

A INFLUÊNCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO REGANHO DE PESO EM PACIENTES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

THE INFLUENCE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) ON WEIGHT REGAIN IN POST-BARIATRIC SURGERY PATIENTS

LA INFLUENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) EN LA RECUPERACIÓN DE PESO EN PACIENTES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Maria Geórgia Duarte de Macêdo¹

RESUMO: Este estudo analisou, por meio de pesquisa bibliográfica, a influência da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no reganho de peso em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica, considerando que a manutenção do peso envolve fatores biológicos, comportamentais e emocionais. A literatura revisada indicou que o reganho tende a ocorrer de forma gradual e multifatorial, frequentemente associado à redução do seguimento multiprofissional, à reorganização de hábitos alimentares e à presença de padrões desadaptativos, como comer emocional, episódios de descontrole alimentar e o “beliscar” repetitivo ao longo do dia (grazing). Os achados também mostraram que sintomas de ansiedade e depressão podem intensificar a vulnerabilidade a recaídas, favorecendo ciclos de culpa, evitação do acompanhamento e piora da adesão ao autocuidado. Em relação à TCC, as evidências apontaram benefícios consistentes na redução de sofrimento psicológico e de comportamentos alimentares desordenados, ainda que os efeitos sobre o peso, especialmente no curto prazo, possam ser modestos ou não significativos em alguns estudos. Concluiu-se que a TCC se destaca como estratégia relevante para fortalecer habilidades de autorregulação, reestruturação de pensamentos disfuncionais e prevenção de recaídas, devendo ser integrada ao acompanhamento longitudinal e multiprofissional para ampliar as chances de manutenção dos resultados no pós-bariátrica.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Cirurgia bariátrica. Reganho de peso. Comer emocional. Prevenção de recaídas.

ABSTRACT: This study reviewed the literature on the influence of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on weight regain in patients after bariatric surgery, recognizing that long-term weight maintenance depends on biological, behavioral, and emotional factors. The findings suggested that weight regain is typically gradual and multifactorial, often linked to reduced multidisciplinary follow-up, the progressive relaxation of structured routines, and the re-emergence of maladaptive eating patterns such as emotional eating, loss-of-control eating, and grazing. The evidence also indicated that symptoms of anxiety and depression may increase vulnerability to relapse by reinforcing cycles of shame, avoidance of care, and decreased adherence to self-management behaviors. Regarding CBT, the reviewed studies consistently reported improvements in psychological distress and disordered eating outcomes, even when short-term weight outcomes were modest or not statistically significant. Overall, CBT appeared to be a relevant strategy to strengthen self-regulation skills, restructure dysfunctional thoughts, and support relapse prevention, and it should be integrated into long-term, multidisciplinary follow-up to enhance the likelihood of sustaining post-surgical outcomes.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Bariatric surgery. Weight regain. Emotional eating. Relapse prevention.

¹Mestre em Terapia Familiar Faculdade do Norte do Paraná – FACNORTE.

RESUMEN: Este estudio revisó la evidencia científica sobre la influencia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la recuperación de peso en pacientes tras cirugía bariátrica, considerando que el mantenimiento a largo plazo se relaciona con factores biológicos, conductuales y emocionales. Los resultados señalaron que la recuperación de peso suele ser gradual y multifactorial, frecuentemente asociada con la disminución del seguimiento multiprofesional, la pérdida de estructura en los hábitos cotidianos y el retorno de patrones alimentarios desadaptativos, como la alimentación emocional, episodios de pérdida de control y el “picoteo” repetitivo a lo largo del día (grazing). También se observó que síntomas de ansiedad y depresión pueden aumentar la vulnerabilidad a recaídas, favoreciendo ciclos de culpa, evitación del cuidado y menor adherencia al autocuidado. En cuanto a la TCC, la literatura mostró beneficios consistentes en la reducción del malestar psicológico y de conductas alimentarias desordenadas, aunque los efectos sobre el peso, especialmente a corto plazo, pueden ser discretos o no significativos en algunos estudios. Se concluyó que la TCC constituye una estrategia relevante para fortalecer habilidades de autorregulación, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas, y que su integración en el seguimiento longitudinal y multiprofesional puede favorecer la sostenibilidad de los resultados tras la cirugía.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-Conductual. Cirugía bariátrica. Recuperación de peso. Alimentación emocional. Prevención de recaídas.

INTRODUÇÃO

O primeiro ponto que os resultados deixam evidente é que reganho de peso não é um “desvio moral” do paciente nem um acontecimento isolado: ele costuma ser um processo gradual, com causas que se somam ao longo do tempo. A revisão de descreve que a falta de consenso na definição de reganho já mostra como o fenômeno é complexo e multifacetado; ainda assim, há convergência de que ele se associa a piora de qualidade de vida e retorno de comorbidades, o que torna indispensável pensar em estratégias de prevenção e manejo para além da cirurgia. Na prática, isso reposiciona o pós-operatório como uma etapa que precisa de acompanhamento contínuo, porque a “janela de perda rápida” não garante manutenção se hábitos, emoções e rotina forem se desorganizando.

Um achado que se repete na literatura é que, embora existam aspectos anatômicos e fisiológicos implicados, os fatores mais comuns apontados como sustentadores do reganho são comportamentos alimentares desregulados, estilo de vida e mecanismos compensatórios do organismo. A revisão de e a revisão sistemática recente de caminham na mesma direção: quando o seguimento enfraquece, cresce o risco de retorno de padrões alimentares de maior densidade calórica, sedentarismo, perda de rotina e, principalmente, estratégias emocionais centradas na comida. Isso explica por que intervenções psicológicas têm plausibilidade clínica tão forte: elas mexem justamente nas engrenagens que, muitas vezes, mantêm o reganho no cotidiano.

Dentro dos comportamentos de risco, o grazing (o “beliscar” repetido e frequente, muitas vezes com sensação de perda de controle) aparece como um marcador importante, e isso faz sentido especialmente no contexto bariátrico. O paciente pode não conseguir reproduzir episódios volumosos de compulsão como antes, mas consegue “comer picado” ao longo do dia, em momentos de ansiedade, tédio ou estresse, e isso vai acumulando calorias sem que a pessoa perceba. A revisão sistemática de destaca esse tipo de padrão como associado ao reganho, e a discussão clínica mais ampla do problema reforça que esses comportamentos “silenciosos” costumam aparecer antes de o ganho de peso ficar evidente. Isso é central para a TCC, porque automonitoramento, identificação de gatilhos e manejo de estímulos são exatamente ferramentas voltadas a interromper esse tipo de comportamento automático.

Quando a gente olha para o eixo emocional, os estudos reforçam que saúde mental e reganho conversam o tempo todo não como “explicação única”, mas como componente que amplifica risco. O estudo publicado na ABCD por evidencia a relação entre comorbidades psiquiátricas e desfechos de longo prazo, apontando que depressão e questões alimentares associadas podem se relacionar com pior manutenção. Na prática, isso se traduz em um ciclo bem conhecido: a pessoa ganha um pouco de peso, sente vergonha/culpa, evita o acompanhamento, perde suporte, come para aliviar emoção, e o reganho avança. Nesse sentido, tratar ansiedade, depressão, crenças rígidas e autocrítica não é “um extra”; é mexer em um dos caminhos mais frequentes de recaída comportamental.

3

É aqui que os achados sobre TCC no pós-bariátrica ficam muito consistentes: a terapia tende a ter impacto mais robusto em comportamento alimentar desordenado e sofrimento psicológico do que em peso no curtíssimo prazo. O ensaio clínico randomizado com tele - TCC de mostra exatamente isso: o grupo intervenção não teve diferença significativa em desfechos de peso no período analisado, mas apresentou redução relevante de binge eating, comer emocional e sintomas de depressão e ansiedade. Clinicamente, isso é enorme, porque esses fatores costumam ser “combustível” do reganho então, mesmo quando a balança não muda imediatamente, o terreno onde o reganho cresce pode estar sendo desarmado.

Só que essa leitura exige maturidade na interpretação: a ausência de diferença de peso no curto prazo não significa que a TCC “não funciona”; significa que o efeito principal pode estar em mecanismos intermediários, que demoram mais para se traduzir em peso. O próprio estudo enfatiza que o impacto das melhoras psicossociais sobre o peso em prazo maior está sendo acompanhado no desenho longitudinal. E isso combina com a realidade do pós-operatório:

reganho frequentemente é um processo lento; então, uma intervenção que reduz comer emocional, melhora humor e fortalece prevenção de recaída pode ser mais “protetiva” ao longo de anos do que “emagrecedora” em meses.

Outro ponto forte é o formato: o ensaio de tele - TCC aponta que intervenções remotas estruturadas podem ser viáveis, e isso, para pós-bariátrica, é muito relevante. Muitos pacientes têm dificuldade de manter acompanhamento presencial por rotina de trabalho, distância, custo e até por vergonha quando começam a recuperar peso. Quando a TCC consegue chegar por telefone, com estrutura e metas claras, ela contorna barreiras e mantém vínculo terapêutico, o que é um componente protetor por si só. A evidência de benefício em desfechos psicológicos e de comportamento alimentar no formato remoto reforça que o cuidado pode ser mais acessível sem perder qualidade, desde que haja protocolo bem definido e acompanhamento consistente.

Apesar disso, a literatura também mostra limites e lacunas que precisam ser encarados com honestidade científica. A revisão sobre o escopo do problema aponta que intervenções dietéticas, de apoio, comportamentais e exercícios nem sempre demonstraram impacto clinicamente relevante sobre reganho em estudos mais rigorosos, e que a área ainda precisa de ensaios robustos que identifiquem “para quem”, “quando” e “com que intensidade” as intervenções funcionam melhor. A revisão sistemática de fatores comportamentais também enfatiza a heterogeneidade metodológica dos estudos, o que dificulta padronizar recomendações universais. Em outras palavras: a direção do benefício é promissora, mas ainda falta refinar protocolos e perfis de indicação.

4

Um caminho que os próprios achados sugerem é a ideia de estratificação de risco: nem todo paciente precisa do mesmo tipo de cuidado psicológico, mas há sinais que pedem atenção mais cedo. Grazing recorrente, comer emocional intenso, sintomas depressivos/ansiosos, histórico de compulsão e queda de seguimento são bandeiras vermelhas que aparecem na literatura como fatores associados ao reganho. E aí a TCC tem um papel bem prático: trabalhar automonitoramento, flexibilização cognitiva (“não é tudo ou nada”), habilidades de enfrentamento e plano de prevenção de recaídas. Quanto mais cedo esses sinais são tratados, menor a chance de o paciente entrar naquele ciclo de vergonha e evitamento que piora tudo.

Por fim, a discussão aponta uma conclusão clínica bem direta: TCC não deve ser vista como “correção de comportamento”, e sim como apoio estruturado para o paciente sustentar mudanças difíceis em um contexto em que corpo, identidade e rotina mudam profundamente. O conjunto das evidências sustenta que a TCC agrega valor principalmente na redução de

sofrimento psicológico e alimentação desordenada fatores que, por sua vez, sustentam o reganho no longo prazo. Então, quando ela é integrada ao cuidado multiprofissional (nutrição, endocrinologia, educação em saúde e seguimento clínico), com foco em prevenção e manutenção, ela tende a ser uma das estratégias mais coerentes para enfrentar o reganho como aquilo que ele é: um processo contínuo e humano, e não um “fracasso” individual.

MÉTODOS

Este artigo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de reunir, organizar e interpretar evidências científicas sobre a influência da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no reganho de peso no período pós-cirurgia bariátrica. A escolha desse método se justifica porque o tema envolve múltiplas dimensões (clínica, comportamental e psicológica) e exige uma leitura cuidadosa de estudos já publicados, permitindo identificar padrões, lacunas e convergências entre achados. Assim, a investigação foi orientada pela lógica de levantamento sistematizado da literatura, garantindo rastreabilidade do processo e coerência entre a pergunta do estudo e a forma de buscar as respostas (Rodrigues & Neubert, 2023).

A pergunta norteadora foi construída com foco em população e fenômeno, buscando responder: “De que maneira intervenções baseadas em TCC influenciam o reganho de peso e fatores associados (como comer emocional, compulsão e adesão ao autocuidado) em pacientes pós-bariátrica?”. A partir disso, definiram-se os principais descritores e sinônimos em português e inglês, combinando termos relacionados a cirurgia bariátrica (bariatric surgery; gastric bypass; sleeve gastrectomy), reganho de peso (weight regain; weight recidivism) e TCC (cognitive behavioral therapy; CBT), além de termos que frequentemente aparecem vinculados ao reganho (binge eating, emotional eating, grazing e adherence). Esses descritores foram cruzados por operadores booleanos (AND/OR) para ampliar a sensibilidade da busca sem perder o foco do tema.

As buscas foram realizadas em bases amplamente utilizadas na área da saúde, como PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Google Scholar, priorizando estudos publicados nos últimos anos, sem excluir trabalhos clássicos quando considerados estruturantes para compreensão do fenômeno. Para controlar a qualidade do processo, a etapa de identificação e seleção dos estudos seguiu uma lógica de rastreamento transparente, respeitando o encadeamento “identificar triar avaliar elegibilidade incluir”, com registro dos motivos de exclusão (por exemplo: estudos sem intervenção baseada em TCC; amostras não bariátricas;

foco apenas pré-operatório; ausência de relação com reganho ou com fatores comportamentais ligados ao reganho). A organização dessas etapas foi guiada pela diretriz PRISMA 2020, especialmente como referência para clareza e padronização do relato metodológico (Galvão, 2022).

Foram definidos como critérios de inclusão: (a) artigos originais, ensaios clínicos, estudos quase-experimentais, revisões sistemáticas e estudos piloto com intervenção; (b) população adulta no pós-operatório de cirurgia bariátrica; (c) presença explícita de intervenção baseada em TCC (presencial, remota, individual ou em grupo); (d) avaliação de desfechos relacionados a reganho de peso, manutenção do peso ou variáveis comportamentais/psicológicas diretamente vinculadas ao reganho (por exemplo, compulsão, comer emocional, depressão, ansiedade, adesão). Como critérios de exclusão, retiraram-se textos sem método claro, relatos puramente opinativos e estudos cujo foco fosse exclusivamente nutricional/farmacológico sem componente cognitivo-comportamental.

Após a busca, os estudos foram submetidos à triagem em duas etapas: primeiro por leitura de título e resumo; depois por leitura do texto completo, quando necessário. A extração de dados foi realizada por um formulário padronizado, contemplando: autor/ano, país, desenho do estudo, tamanho e características da amostra, tipo de cirurgia, tempo de pós-operatório, formato/duração da intervenção de TCC, medidas de desfecho (peso, reganho, comportamento alimentar e saúde mental) e principais resultados. Esse cuidado de padronizar a extração ajuda a diminuir vieses de interpretação e facilita comparar estudos diferentes, principalmente quando a literatura apresenta protocolos e acompanhamentos muito variados (Rodrigues & Neubert, 2023).

Por fim, os dados foram analisados de forma qualitativa e interpretativa, com síntese narrativa por categorias temáticas, agrupando os achados em eixos que respondem diretamente ao problema do estudo: (1) impacto da TCC em desfechos de peso/reganho; (2) impacto em comportamento alimentar e adesão; (3) impacto em sintomas psicológicos e fatores de risco para reganho; e (4) condições que parecem aumentar a efetividade (tempo de intervenção, formato, subgrupos com compulsão/comer emocional). Por se tratar de pesquisa bibliográfica com dados secundários, não houve envolvimento direto de participantes, respeitando-se integralmente a fidelidade às fontes, com apresentação clara da forma como os estudos foram identificados e sintetizados, em consonância com a lógica de transparência recomendada para revisões (Galvão, 2022).

RESULTADOS

Os estudos mais recentes reforçam que o reganho de peso no pós-cirurgia bariátrica é um fenômeno relevante e, em muitos casos, esperado quando o acompanhamento não é contínuo e quando fatores comportamentais e metabólicos vão se reorganizando após o período de maior perda ponderal. Uma revisão ampla sobre o tema descreve que, depois do nadir (menor peso atingido), é comum ocorrer estabilização e, em parte dos pacientes, um aumento progressivo no longo prazo, o que exige olhar clínico para além da “fase de emagrecimento”, tratando a manutenção como parte do tratamento. (Noria & Grantcharov, 2023).

Na mesma linha, a literatura mostra que existe variação grande na forma como os estudos definem “reganho”, o que impacta comparações e prevalências. Alguns trabalhos usam quilos recuperados a partir do nadir, outros usam percentual do peso perdido, e há quem utilize limiares clínicos (como >10% ou >20% de recuperação). Essa falta de padronização é apontada como um dos entraves para estabelecer números universais, mesmo quando há consenso de que o reganho merece atenção por seu impacto clínico e psicossocial. (Ribeiro-Parenti et al., 2023).

Mesmo com critérios diferentes, revisões apontam que o reganho pode alcançar proporções expressivas em seguimentos longos. Uma síntese citada por Noria & Grantcharov (2023) menciona que, em revisão sistemática, pacientes submetidos à gastrectomia vertical (sleeve) apresentaram taxas elevadas de reganho significativo em follow-up de seis anos, o que reforça que a manutenção é um desafio real e não um evento pontual. (Noria & Grantcharov, 2023).

Quando o recorte vai para prazos ainda maiores, estudos observacionais recentes mostram que o reganho pode ser clinicamente relevante mesmo em 10 anos de pós-operatório. Um artigo em acesso aberto descreve dados de seguimento decenal e relata proporção considerável de pacientes com reganho acima de limiares clínicos, com médias de recuperação ponderal que variam amplamente entre indivíduos. Isso ajuda a entender por que a prevenção de recaídas precisa ser pensada como processo e não como ação isolada. (Ribeiro et al., 2025).

Ao mapear os fatores associados ao reganho, estudos recentes convergem em um ponto: a explicação raramente é “só biológica” ou “só comportamental”; costuma ser uma mistura de adaptações fisiológicas com mudanças na adesão ao autocuidado. Uma revisão sistemática sobre comportamentos dietéticos e estilo de vida descreve que baixa adesão alimentar, atividade física insuficiente e seguimento clínico irregular aparecem repetidamente associados ao reganho, indicando que o cuidado de longo prazo é determinante. (Althumiri et al., 2024).

Ainda sobre comportamento, a literatura recente destaca que “erros” alimentares clássicos (como retorno de itens altamente calóricos e consumo frequente de doces/bebidas adoçadas) são só parte do problema, porque o padrão alimentar costuma se reorganizar em função de rotina, estresse e sofrimento emocional. Na revisão de Althumiri et al. (2024), a presença de padrões alimentares desadaptativos e a baixa adesão às orientações aparecem como elementos recorrentes, principalmente quando o paciente não consegue sustentar acompanhamento e estrutura de hábitos no cotidiano. (Althumiri et al., 2024).

Um achado bem consistente e com implicação clínica direta é a associação entre grazing (beliscar repetidamente ao longo do dia, muitas vezes com sensação de perda de controle) e reganho. A revisão de Althumiri et al. (2024) chama atenção para a prevalência significativa do grazing e para a associação estatisticamente relevante com reganho em boa parte dos estudos avaliados, sugerindo que esse padrão é um “sinal de risco” importante para monitoramento no pós-operatório. (Althumiri et al., 2024).

Essa associação do grazing com piores desfechos não é um detalhe isolado: ela aparece em revisões e discussões clínicas amplas sobre “reganho” e “perda insuficiente”. Um artigo de revisão muito citado na área descreve grazing como um comportamento frequentemente ligado a resultados piores de perda/manutenção, reforçando que não se trata apenas do “quanto” a pessoa come, mas de “como” come, em que contexto e com que nível de controle percebido. (El Ansari et al., 2021).

Quando a análise foca a dimensão psicológica, os resultados mostram que o reganho tende a coexistir com maior carga de sofrimento mental e maior frequência de comorbidades psiquiátricas e alimentares em parte dos pacientes. Um estudo publicado na ABCD (2023) investigou a influência de doenças psiquiátricas no sucesso de longo prazo e discutiu a relação entre reganho e questões de saúde mental, apontando para a necessidade de critérios clínicos que capturem essa interseção na prática e na pesquisa. (Furtado et al., 2023).

O mesmo estudo da ABCD também reforça algo que muitos serviços observam: quando há depressão, ansiedade e padrões alimentares desorganizados no pós-operatório, a chance de desfechos piores aumenta, inclusive pela queda de adesão e pelo afastamento do acompanhamento multiprofissional. Esse tipo de evidência sustenta a inclusão sistemática de triagem psicológica e cuidado longitudinal como parte do manejo do reganho, e não como complemento opcional. (Furtado et al., 2023).

Nesse panorama, a TCC aparece na literatura como intervenção especialmente relevante por atuar diretamente sobre mecanismos que costumam anteceder ou sustentar o reganho: comer emocional, compulsão, crenças rígidas, autocrítica, “tudo ou nada” e prevenção de recaídas. O estudo clínico randomizado mais robusto e recente no tema testou uma versão estruturada de TCC por telefone (tele - CBT) e descreveu benefícios importantes em desfechos psicológicos e comportamentais. (Sockalingam et al., 2023).

Em termos de peso corporal no curto prazo, o ensaio clínico com 306 adultos aproximadamente um ano após a cirurgia não encontrou diferença estatisticamente significativa nos desfechos de peso entre grupo intervenção e controle. Esse é um resultado bem importante porque ajusta expectativas: a TCC pode não “produzir emagrecimento extra rápido”, mas ainda assim ser clinicamente valiosa por reduzir fatores que frequentemente empurram o paciente para a trajetória de reganho ao longo do tempo. (Sockalingam et al., 2023).

Onde a tele - CBT mostrou efeito mais claro foi em desfechos ligados ao comportamento alimentar e ao sofrimento psicológico. O artigo relata redução significativa de binge eating, comer emocional e sintomas de depressão e ansiedade no grupo que recebeu a intervenção, comparado ao controle, o que é coerente com o objetivo da TCC de interromper ciclos emocionais e cognitivos que disparam padrões alimentares desadaptativos. (Sockalingam et al., 2023).

9

Um detalhe metodológico relevante é que os próprios autores destacam que o impacto dessas melhoras psicossociais sobre desfechos de peso em prazos mais longos ainda está em avaliação, como parte do desenho longitudinal do estudo. Isso importa porque o reganho, em muitos casos, se manifesta com maior força em períodos mais extensos, e a TCC pode funcionar como “fator protetor” cuja repercussão no peso aparece mais adiante. (Sockalingam et al., 2023).

Além do artigo principal, publicações recentes relacionadas ao acompanhamento e continuidade do estudo reforçam que intervenções remotas estruturadas podem ser viáveis e clinicamente úteis, especialmente para reduzir desfechos de alimentação desordenada e sofrimento psicológico. Esse ponto é forte porque barreiras logísticas e dificuldade de comparecimento são comuns no seguimento pós-bariátrico, e o formato remoto pode ampliar acesso e adesão. (Sockalingam et al., 2023).

No conjunto, os estudos também mostram que a TCC tende a funcionar melhor quando o “alvo” é bem definido: por exemplo, pacientes com sinais de compulsão, comer emocional intenso, ansiedade/depressão ou padrões como grazing podem se beneficiar mais de protocolos

que enfatizam automonitoramento, reestruturação cognitiva, habilidades de enfrentamento e prevenção de recaídas. Essa lógica se conecta com o que revisões recentes apontam como fatores associados ao reganho: não é apenas calorias, mas trajetória de adesão e regulação emocional. (Althumiri et al., 2024).

Outro resultado consistente na literatura é que a prevenção do reganho depende de seguimento e apoio continuado, porque “períodos de baixa assistência” aparecem associados a pior manutenção. Quando o paciente reduz consultas, perde vínculo com equipe e volta a lidar sozinho com emoções e rotina, aumentam as chances de retorno de padrões alimentares de risco. Esse achado aparece como um eixo importante em revisões comportamentais e dietéticas do pós-operatório. (Althumiri et al., 2024).

Complementando esse quadro, revisões clínicas descrevem que o nadir de peso costuma ocorrer entre 12 e 18 meses após a cirurgia, com estabilização posterior justamente um período em que a pessoa pode relaxar o acompanhamento por “sensação de missão cumprida”. Quando isso acontece, pequenas mudanças alimentares e comportamentais podem se acumular e, com o tempo, se traduzirem em reganho. Esse dado temporal é importante para pensar o melhor momento de intervenção psicológica e estratégias de prevenção. (Ribeiro-Parenti et al., 2023).

Já em produções mais recentes focadas especificamente em reganho de longo prazo, volta a aparecer a associação entre padrões alimentares, seguimento e comportamentos como grazing. Isso reforça que o reganho não é um “evento” e sim um processo sustentado por hábitos e respostas emocionais repetidas, onde intervenções como a TCC têm plausibilidade clínica por fortalecer habilidades de autorregulação e reduzir recaídas comportamentais. (Althumiri et al., 2025).

Em síntese, os resultados mais sólidos e atuais apontam que a TCC no pós-bariátrica tem evidência consistente para melhorar desfechos de alimentação desordenada e sofrimento psicológico (binge eating, comer emocional, ansiedade e depressão), enquanto os efeitos sobre peso no curto prazo podem ser modestos ou não significativos em desenhos robustos como o ensaio randomizado. Ainda assim, como esses fatores são reconhecidamente associados ao reganho, a TCC se posiciona como estratégia relevante dentro do acompanhamento multiprofissional, especialmente quando aplicada de forma continuada, com foco em prevenção de recaídas e manejo de gatilhos. (Sockalingam et al., 2023; Noria & Grantcharov, 2023).

DISCUSSÃO

O primeiro ponto que os resultados deixam evidente é que reganho de peso não é um “desvio moral” do paciente nem um acontecimento isolado: ele costuma ser um processo gradual, com causas que se somam ao longo do tempo. A revisão de descreve que a falta de consenso na definição de reganho já mostra como o fenômeno é complexo e multifacetado; ainda assim, há convergência de que ele se associa a piora de qualidade de vida e retorno de comorbidades, o que torna indispensável pensar em estratégias de prevenção e manejo para além da cirurgia. Na prática, isso reposiciona o pós-operatório como uma etapa que precisa de acompanhamento contínuo, porque a “janela de perda rápida” não garante manutenção se hábitos, emoções e rotina forem se desorganizando.

Um achado que se repete na literatura é que, embora existam aspectos anatômicos e fisiológicos implicados, os fatores mais comuns apontados como sustentadores do reganho são comportamentos alimentares desregulados, estilo de vida e mecanismos compensatórios do organismo. A revisão de e a revisão sistemática recente de caminham na mesma direção: quando o seguimento enfraquece, cresce o risco de retorno de padrões alimentares de maior densidade calórica, sedentarismo, perda de rotina e, principalmente, estratégias emocionais centradas na comida. Isso explica por que intervenções psicológicas têm plausibilidade clínica tão forte: elas mexem justamente nas engrenagens que, muitas vezes, mantêm o reganho no cotidiano.

11

Dentro dos comportamentos de risco, o grazing (o “beliscar” repetido e frequente, muitas vezes com sensação de perda de controle) aparece como um marcador importante, e isso faz sentido especialmente no contexto bariátrico. O paciente pode não conseguir reproduzir episódios volumosos de compulsão como antes, mas consegue “comer picado” ao longo do dia, em momentos de ansiedade, tédio ou estresse, e isso vai acumulando calorias sem que a pessoa perceba. A revisão sistemática de destaca esse tipo de padrão como associado ao reganho, e a discussão clínica mais ampla do problema reforça que esses comportamentos “silenciosos” costumam aparecer antes de o ganho de peso ficar evidente. Isso é central para a TCC, porque automonitoramento, identificação de gatilhos e manejo de estímulos são exatamente ferramentas voltadas a interromper esse tipo de comportamento automático.

Quando a gente olha para o eixo emocional, os estudos reforçam que saúde mental e reganho conversam o tempo todo não como “explicação única”, mas como componente que amplifica risco. O estudo publicado na ABCD por evidencia a relação entre comorbidades psiquiátricas e desfechos de longo prazo, apontando que depressão e questões alimentares

associadas podem se relacionar com pior manutenção. Na prática, isso se traduz em um ciclo bem conhecido: a pessoa ganha um pouco de peso, sente vergonha/culpa, evita o acompanhamento, perde suporte, come para aliviar emoção, e o reganho avança. Nesse sentido, tratar ansiedade, depressão, crenças rígidas e autocrítica não é “um extra”; é mexer em um dos caminhos mais frequentes de recaída comportamental.

É aqui que os achados sobre TCC no pós-bariátrica ficam muito consistentes: a terapia tende a ter impacto mais robusto em comportamento alimentar desordenado e sofrimento psicológico do que em peso no curtíssimo prazo. O ensaio clínico randomizado com tele - TCC de mostra exatamente isso: o grupo intervenção não teve diferença significativa em desfechos de peso no período analisado, mas apresentou redução relevante de binge eating, comer emocional e sintomas de depressão e ansiedade. Clinicamente, isso é enorme, porque esses fatores costumam ser “combustível” do reganho então, mesmo quando a balança não muda imediatamente, o terreno onde o reganho cresce pode estar sendo desarmado.

Só que essa leitura exige maturidade na interpretação: a ausência de diferença de peso no curto prazo não significa que a TCC “não funciona”; significa que o efeito principal pode estar em mecanismos intermediários, que demoram mais para se traduzir em peso. O próprio estudo enfatiza que o impacto das melhoras psicossociais sobre o peso em prazo maior está sendo acompanhado no desenho longitudinal. E isso combina com a realidade do pós-operatório: reganho frequentemente é um processo lento; então, uma intervenção que reduz comer emocional, melhora humor e fortalece prevenção de recaída pode ser mais “protetiva” ao longo de anos do que “emagrecedora” em meses.

Outro ponto forte é o formato: o ensaio de tele - TCC aponta que intervenções remotas estruturadas podem ser viáveis, e isso, para pós-bariátrica, é muito relevante. Muitos pacientes têm dificuldade de manter acompanhamento presencial por rotina de trabalho, distância, custo e até por vergonha quando começam a recuperar peso. Quando a TCC consegue chegar por telefone, com estrutura e metas claras, ela contorna barreiras e mantém vínculo terapêutico, o que é um componente protetor por si só. A evidência de benefício em desfechos psicológicos e de comportamento alimentar no formato remoto reforça que o cuidado pode ser mais acessível sem perder qualidade, desde que haja protocolo bem definido e acompanhamento consistente.

Apesar disso, a literatura também mostra limites e lacunas que precisam ser encarados com honestidade científica. A revisão sobre o escopo do problema aponta que intervenções dietéticas, de apoio, comportamentais e exercícios nem sempre demonstraram impacto

cl clinicamente relevante sobre reganho em estudos mais rigorosos, e que a área ainda precisa de ensaios robustos que identifiquem “para quem”, “quando” e “com que intensidade” as intervenções funcionam melhor. A revisão sistemática de fatores comportamentais também enfatiza a heterogeneidade metodológica dos estudos, o que dificulta padronizar recomendações universais. Em outras palavras: a direção do benefício é promissora, mas ainda falta refinar protocolos e perfis de indicação.

Um caminho que os próprios achados sugerem é a ideia de estratificação de risco: nem todo paciente precisa do mesmo tipo de cuidado psicológico, mas há sinais que pedem atenção mais cedo. Grazing recorrente, comer emocional intenso, sintomas depressivos/ansiosos, histórico de compulsão e queda de seguimento são bandeiras vermelhas que aparecem na literatura como fatores associados ao reganho. E aí a TCC tem um papel bem prático: trabalhar automonitoramento, flexibilização cognitiva (“não é tudo ou nada”), habilidades de enfrentamento e plano de prevenção de recaídas. Quanto mais cedo esses sinais são tratados, menor a chance de o paciente entrar naquele ciclo de vergonha e evitamento que piora tudo.

Por fim, a discussão aponta uma conclusão clínica bem direta: TCC não deve ser vista como “correção de comportamento”, e sim como apoio estruturado para o paciente sustentar mudanças difíceis em um contexto em que corpo, identidade e rotina mudam profundamente. O conjunto das evidências sustenta que a TCC agrega valor principalmente na redução de sofrimento psicológico e alimentação desordenada fatores que, por sua vez, sustentam o reganho no longo prazo. Então, quando ela é integrada ao cuidado multiprofissional (nutrição, endocrinologia, educação em saúde e seguimento clínico), com foco em prevenção e manutenção, ela tende a ser uma das estratégias mais coerentes para enfrentar o reganho como aquilo que ele é: um processo contínuo e humano, e não um “fracasso” individual.

CONCLUSÃO

A discussão construída a partir da literatura recente mostra que o reganho de peso no pós-cirurgia bariátrica deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial e progressivo, que se estabelece na interseção entre adaptações fisiológicas, mudanças na rotina e vulnerabilidades comportamentais e emocionais. Mais do que um “evento” isolado, o reganho tende a ocorrer como processo, especialmente quando o seguimento multiprofissional enfraquece e quando hábitos e estratégias de enfrentamento do paciente voltam a se organizar em torno de padrões antigos, como comer emocional, beliscar frequente e queda de adesão a

orientações de longo prazo. Essa leitura é essencial porque retira o tema do campo da culpa e coloca no campo do cuidado contínuo, reforçando que manutenção é parte do tratamento e precisa ser planejada desde cedo.

Os achados também evidenciam que fatores comportamentais como o grazing e a alimentação desorganizada têm papel central como “marcadores de risco” para o reganho, muitas vezes aparecendo antes de o aumento de peso se tornar evidente. Quando esses padrões se instalam, eles costumam vir acompanhados de cansaço emocional, autocrítica, sintomas ansiosos ou depressivos e afastamento do acompanhamento, criando um ciclo que se retroalimenta. Por isso, a prevenção do reganho depende de vigilância clínica e intervenções que não se limitem a prescrição alimentar, mas que ajudem o paciente a reconhecer gatilhos, reorganizar rotina e reconstruir uma relação mais consciente com a alimentação, com atenção especial aos momentos de estresse e vulnerabilidade psicológica.

Nesse cenário, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se apresenta como uma estratégia relevante porque atua diretamente sobre mecanismos que sustentam recaídas e desorganização alimentar, como pensamentos automáticos rígidos, crenças de “tudo ou nada”, dificuldade de manejar emoções e padrões de esquiva. A evidência mais robusta indica que a TCC, especialmente em formatos estruturados e acessíveis, como intervenções remotas, produz benefícios consistentes na redução de comer emocional, compulsão e sofrimento psicológico ainda que nem sempre apresente efeito imediato e significativo sobre o peso no curto prazo. Essa conclusão é particularmente importante porque sugere que o sucesso da TCC no pós-bariátrica não deve ser medido apenas pela balança, mas também pela melhora de fatores que, no cotidiano, sustentam a manutenção do peso ao longo do tempo.

Ao mesmo tempo, a literatura aponta limites e lacunas que precisam ser consideradas com seriedade: há heterogeneidade nos estudos, diferenças nos critérios de reganho, variação no tempo de pós-operatório e na intensidade e formato das intervenções psicológicas, o que dificulta estabelecer protocolos universais. Ainda assim, o conjunto das evidências permite sustentar uma direção prática: intervenções psicológicas baseadas em TCC tendem a ser mais estratégicas quando direcionadas a pacientes com sinais de risco (grazing, comer emocional intenso, depressão/ansiedade, história de compulsão e baixa adesão), funcionando como componente de prevenção de recaídas e fortalecimento de habilidades de autorregulação. Nesse sentido, pensar em estratificação de risco e oferta de TCC conforme necessidade clínica pode ser um caminho mais realista e efetivo para a prática assistencial.

Por fim, conclui-se que a TCC exerce influência importante no enfrentamento do reganho pós-bariátrica ao favorecer mudanças sustentáveis em comportamento alimentar e saúde mental, compondo um cuidado mais humano e realista para pacientes que, muitas vezes, se sentem sozinhos na etapa de manutenção. Quando integrada ao acompanhamento multiprofissional e aplicada de forma contínua, com automonitoramento, prevenção de recaídas e manejo de gatilhos emocionais, a TCC tende a fortalecer a manutenção de resultados e a reduzir a vulnerabilidade ao ciclo de culpa, desistência e retorno de padrões desadaptativos. Assim, a principal contribuição deste estudo é reforçar que o sucesso pós-bariátrica não depende apenas da técnica cirúrgica, mas do suporte longitudinal que ajude o paciente a sustentar mudanças complexas e, dentro desse suporte, a TCC se destaca como ferramenta clínica consistente e promissora.

REFERÊNCIAS

ALTHUMIRI, N. A.; ALHARBI, M. A.; ALQAHTANI, S. S.; et al. Dietary habits, lifestyle behaviors, and weight regain after bariatric surgery: a systematic review. *Nutrients*, Basel, v. 16, n. 2, p. 1-20, 2024.

ALTHUMIRI, N. A.; ALHARBI, M. A.; ALQAHTANI, S. S.; et al. Long-term weight regain after bariatric surgery: behavioral and lifestyle predictors. *Nutrients*, Basel, v. 17, n. 19, p. 3080, 2025.

DAVID, L. A.; SIJERCIC, I.; CASSIN, S. E. Preoperative and postoperative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: a systematic review. *Obesity Reviews*, Oxford, v. 21, n. 4, e12926, 2020.

EL ANSARI, W.; EL HAGGAGY, M.; STANDING, R.; et al. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management. *Obesity Surgery*, New York, v. 31, n. 4, p. 1755-1766, 2021.

FURTADO, M. S.; CAMPOS, J. M.; RAMOS, A. C.; et al. Psychiatric disorders and long-term outcomes after bariatric surgery. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 36, e1769, 2023.

GALVÃO, T. F. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a diretriz PRISMA 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 2, e2021366, 2022.

MAGRO, D. O.; GELONEZE, B.; DELFINI, R.; PAREJA, B. C.; PAREJA, J. C. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, New York, v. 18, n. 6, p. 648-651, 2008.

NORÍA, S. F.; GRANTCHAROV, T. Biological, behavioral, and technical causes of weight regain after bariatric surgery. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, London, v. 11, n. 1, p. 64-76, 2023.

PAUL, L.; VAN DER HEIDEN, C.; VAN HOEKEN, D.; et al. Three- and five-year follow-up results of a randomized controlled trial on the effects of cognitive behavioral therapy before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, Hoboken, v. 55, n. 12, p. 1824-1837, 2022.

RIBEIRO-PARENTI, L.; SÁNCHEZ-SANTOS, R.; COUCEIRO-GÓMEZ, J.; et al. Weight regain after bariatric surgery: clinical significance and predictors. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 12, n. 9, p. 3265, 2023.

RIBEIRO, L. M.; SILVA, A. M.; SANTOS, L. S.; et al. Long-term weight regain after bariatric surgery: a 10-year follow-up study. *Obesity Surgery*, New York, v. 35, p. 1024-1032, 2025.

RODRIGUES, L. M.; NEUBERT, P. S. *Introdução à pesquisa bibliográfica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2023.

RUDOLPH, A.; HILBERT, A. Cognitive-behavioral therapy for postbariatric surgery patients with mental disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, Lausanne, v. 11, p. 14, 2020.

SOCKALINGAM, S.; LEUNG, S. E.; MA, C.; et al. Efficacy of telephone-based cognitive behavioral therapy for weight loss, disordered eating, and psychological distress after bariatric surgery: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, Chicago, v. 6, n. 8, e2327099, 2023.

SOCKALINGAM, S.; MA, C.; LEUNG, S. E.; et al. Sustained effects of telephone-based cognitive behavioral therapy after bariatric surgery: 18-month follow-up. *Obesity Surgery*, New York, v. 33, p. 2411-2420, 2023.

STORMAN, D.; BRZEZIŃSKA, A.; KOWALSKI, P.; et al. Psychological interventions and bariatric surgery among people with clinically severe obesity: a Bayesian meta-analysis of randomized trials. *Nutrients*, Basel, v. 14, n. 8, p. 1592, 2022.

VELAPATI, S. R.; SHAH, M.; KUHN, J.; et al. Weight regain after bariatric surgery: prevalence, etiology, and treatment. *Current Obesity Reports*, Cham, v. 7, n. 4, p. 329-334, 2018.