MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR APÓS DOIS TIPOS DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM MULHERES COM RECIDIVA DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Amanda Chaves Marcuartú[1]; Daniela Lopes Gomes[2]

1 Nutricionista, Mestre em Neurociência e Comportamento/ Universidade Federal do Pará

2 Nutricionista, Doutora em Nutrição Humana/ UNB, Docente da Faculdade de Nutrição e Orientadora no Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal do Pará

INTRODUÇÃO

A primeira consideração abordada com um paciente com recidiva de peso após a cirurgia bariátrica é a adesão aos planos alimentares e de estilo de vida, conforme delineado pela equipe multidisciplinar. Dentre estas considerações, os fatores de risco para a recidiva de peso incluem a inatividade física, a dificuldade na mudança de comportamento alimentar e a evasão do acompanhamento multiprofissional. Porém, além disso, deve-se considerar a expectativa do paciente em relação aos resultados, a autoestima e motivação que são fatores determinantes para a continuidade do tratamento para a maioria dos pacientes. No entanto, a prioridade da equipe multidisciplinar permanece somente na melhora das doenças associadas à obesidade e na perda de peso, de forma que se o objetivo for apenas a perda ponderal, a mudança em longo prazo não será alcançada (MARCHESINI, 2010).

A dificuldade em adotar um estilo de vida saudável em longo prazo após a cirurgia bariátrica, especialmente a adoção de um comportamento alimentar saudável, envolve diversos fatores e é um desafio que pode predispor os pacientes às complicações pós-cirúrgicas e recidiva de peso, prejudicando a qualidade de vida destes pacientes (ROLLAND et al., 2014).

OBJETIVO

Comparar os efeitos de intervenção com plano alimentar tradicional e de intervenção com estratégias de nutrição comportamental sobre comportamento alimentar de mulheres com recidiva de peso após a cirurgia bariátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Utilizou-se uma amostragem não probabilística de conveniência utilizando a análise do sujeito pelo seu próprio controle, composta por quatro mulheres com idade entre 18 e 59 anos, submetidas às técnicas cirúrgicas de Bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) ou *Sleeve* há pelo menos 24 meses, com recidiva de peso maior ou igual a 10% em relação ao menor peso estável alcançado após a cirurgia e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As pacientes foram captadas por meio de um projeto de extensão da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA), o qual realiza gratuitamente o acompanhamento nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que estão sem assistência nutricional. A captação de pacientes foi realizada por meio da divulgação do projeto nas redes sociais e em unidades públicas de saúde, posteriormente foi realizado contato telefônico para agendamento da triagem e então o convite para aquelas que tinham os critérios de inclusão para a pesquisa. Foram excluídas da pesquisa pacientes submetidas a outro tipo de técnica cirúrgica que não fosse a BGYR ou Sleeve, que engravidaram com menos de um ano após a cirurgia, que residissem distante do local de coleta de dados, que usassem algum medicamento que poderia confundir a interpretação dos dados (como antidepressivos, anti-psicóticos e anti-hipertensivos que geram retenção hídrica e aumentam o processo de diferenciação das células de estoque de gordura).

Para avaliar o comportamento alimentar, foi aplicado o Questionário de Três Fatores Alimentares (QTFA). O QTFA avalia, por meio de 21 questões de escala *likert*, três dimensões do comportamento alimentar: restrição alimentar cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar. A restrição cognitiva aborda seis itens, identificando o controle alimentar como forma de influenciar o peso. A escala de alimentação emocional também possui seis itens e mede o quanto os estados emocionais negativos influenciam na aptidão a comer exageradamente. A terceira e última escala aborda o domínio de descontrole alimentar, contendo nove itens que avaliam a propensão do indivíduo em perder o controle alimentar mediante a presença de fome ou estímulos externos.

Os relatos foram identificados a partir de respostas a uma escala *Likert* de quatro opções: 1 – totalmente falso; 2 – falso na maioria das vezes; 3 – verdade na maioria das vezes; 4 – totalmente verdade. Estas pontuações são somadas e nas categorias

alimentação emocional e restrição cognitiva é realizada a seguinte operação matemática: escore = [(total da soma da pontuação – 6) / 18] x 100. Para a categoria descontrole emocional é feita a seguinte operação: escore = [(total da soma da pontuação – 9) / 27] x 100. Este escore pode variar de 0 a 100 e quanto maior for o escore, significa que mais presente é aquele padrão comportamental no repertório do indivíduo. Esse questionário foi aplicado antes e após o início de cada intervenção.

A coleta de dados foi dividida em duas fases, a linha de base e a fase de intervenção. Durante a linha de base foi marcada uma consulta inicial para aplicação do questionário contendo dados sobre a idade, estado civil, escolaridade, renda, motivo da cirurgia, técnica cirúrgica realizada, se a cirurgia foi particular ou pelo plano de saúde ou Sistema Único de Saúde (SUS) e se estava fazendo uso de algum medicamento ou suplementação, posteriormente, foi aplicado o primeiro QTFA. A fase de intervenção incluiu a intervenção nutricional tradicional (I1) composta por um plano alimentar individualizado quali-quantitativo prescrito pela nutricionista pesquisadora de acordo com os hábitos alimentares avaliados por meio de recordatório 24 horas. O Valor Energético Total (VET) foi calculado conforme indica as Diretrizes Brasileiras de Obesidade e para a adequação dos macronutrientes foram respeitadas as recomendações das Diretrizes Internacionais de Cirurgia Bariátrica. É importante pontuar que o plano alimentar calculado não se configurou como restritivo, visto que foram respeitadas as necessidades nutricionais estimadas.

A segunda intervenção foi baseada em estratégias de nutrição comportamental (I2). As participantes não receberam plano alimentar, foi entregue apenas uma orientação nutricional impressa e padronizada sobre os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável definida pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) e sobre a importância da suplementação nutricional. Incluiu também a utilização da escala de avaliação de percepção de fome e saciedade para treinar a alimentação intuitiva, quatro sessões de grupo de apoio com a participação da nutricionista e uma psicóloga, além de duas oficinas culinárias realizadas no domicílio das participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA) sob o parecer 2.170.863, cumprindo as exigências legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para a análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos mostraram que P1, P2, P3 e P4 tinham 36, 40, 34 e 28 anos, respectivamente. Duas participantes eram casadas (P1 e P2) e duas (P3 e P4) eram solteiras. Em relação à escolaridade, P1 possuía pós-graduação, P2 e P3 tinham o ensino superior completo e P4 tinha ensino superior incompleto, portanto, todas as participantes tinham bom nível de escolaridade. As participantes P2 e P4 possuíam uma renda familiar entre 9 e 12 salários mínimos, P1 entre 6 e 9 salários mínimos e P3 de 3 a 6 salários mínimos, o que caracteriza todas as participantes com boa renda média mensal.

As participantes P1 e P4 realizaram a cirurgia particular, P2 realizou a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde e P3 realizou pelo plano de saúde. Quando questionadas sobre o motivo de terem realizado a cirurgia bariátrica, todas as participantes responderam que realizaram a cirurgia para melhorar sua saúde, porém apenas a paciente P3 relatou possuir comorbidades antes da cirurgia. Nenhuma das participantes estava fazendo uso de medicamentos que interferissem de alguma forma na perda ou ganho de peso, inclusive estavam sem o uso de suplementação com polivitamínicos na linha de base desta pesquisa.

Quanto à técnica cirúrgica utilizada, P1 e P4 foram submetidas ao BGYR e P2 e P3 ao *Sleeve* e o tempo de pós-cirurgia bariátrica observado no presente estudo, variou de 4 a 7 anos. Quanto à recidiva de peso no pós-operatório, o percentual para P1, P2, P3 e P4 foi, respectivamente, 45,12%, 35,29%, 43,33% e 48,05%, portanto, maior do que 10%, sendo considerado significativo.

O gráfico 1 mostra a evolução do comportamento alimentar em cada domínio durante a linha de base e após as duas intervenções. Na linha de base as participantes P1, P2 e P3 apresentaram alta pontuação (78,8, 56,6 e 83,3, respectivamente) no domínio de restrição alimentar, apenas P4 apresentou 27,8 pontos nesse domínio. No domínio de comer emocional apenas P3 e P4 apresentaram alta pontuação (94,4 e 100, respectivamente), P1 e P2 apresentaram 44,4 e 33,3 pontos, respectivamente. Quanto ao domínio de descontrole alimentar, P1, P2 e P3 apresentaram notas abaixo de 50 pontos (48,1, 14,8 e 44,4, respectivamente), porém P4 apresentou 77,8 pontos.

Após a I1, o domínio de restrição alimentar manteve-se estável para P3 e P4 (83,3 e 27,8, respectivamente), diminuiu para P1 (77,8) e aumentou para P2 (61,1), mas não foram mudanças estatisticamente significantes. Os domínios de comer emocional e

de descontrole alimentar mantiveram-se estáveis para todas as participantes durante esta condição.

No entanto, após a I2, os domínios de restrição alimentar, comer emocional e descontrole alimentar mostraram uma diminuição significativa (p-valor=0,001, p=0,009 e p<0,0001, respectivamente) para todas as participantes.

A redução significativa na pontuação do domínio de restrição alimentar após a I2 pode ter acontecido pelo fato de que as pessoas que estão em um processo de restrição energética geralmente ignoram os sinais de fome e saciedade, que podem estimular fisiológica e psicologicamente mecanismos compensatórios, incluindo adaptações hormonais que favorecem o ganho de peso (SUMITHRAN et al., 2011). Adami (2011) em seu estudo mostrou que existe correlação entre restrição alimentar e peso corporal. Explicado pelo fato de que pessoas com tendência à obesidade são mais expostas à discriminação social e tendem a ter mais comportamentos restritivos alimentares do que as pessoas que não têm tendência à obesidade.

Em relação ao domínio de comer emocional, foi observado que, após a I2, todas as participantes apresentaram diminuição significativa no comportamento de comer emocional. As emoções negativas são conhecidas por induzir mudanças na alimentação, incluindo excessos em alguns casos, além disso, Peneaud et al., (2013) encontraram uma associação positiva entre a alimentação emocional e o peso mais forte em mulheres em comparação aos homens.

Por fim, no dominio de descontrole alimentar devemos destacar que, em geral, apresenta valores baixos quando falamos de pacientes bariátricos devido à redução da capacidade gástrica, porém, podemos observar que com o decorrer do tempo, concomitante à estabilização fisiológica, esses episódios são relatados com mais frequência, como se pode observar através dos resultados desta pesquisa. Alguns estudos ressaltaram a relação entre comportamentos alimentares não compatíveis com a cirurgia e a recidiva de peso, indicando que a ocorrência de episódios de perda de controle alimentar ou maior descontrole alimentar no pós-operatório foram associadas à pior perda ponderal e recidiva de peso (ODOM et al., 2010).

CONCLUSÃO

A intervenção com estratégias de nutrição comportamental parece ser eficaz na redução da frequência de comportamentos disfuncionais que favorecem a recidiva de peso e recorrência de comorbidades em longo prazo, porém é importante estudos de

longo prazo para confirmar se as mudanças serão mantidas. Um acompanhamento multiprofissional regular em longo prazo parece ser necessário para emitir reforço social que motive os pacientes a manter comportamentos de adesão mesmo na ausência de melhorias em curto prazo.

Descritores: Comportamento alimentar; cirurgia-bariátrica; mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, G. F. **Feeding Behavior and Body Mass Index**. In: Preedy VR et al., editor. Handbook of behavior, food and nutrition. New York: Springer. p. 891-910. 2011.

MARCHESINI, S. D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, 23(2), 108-113. 2010.

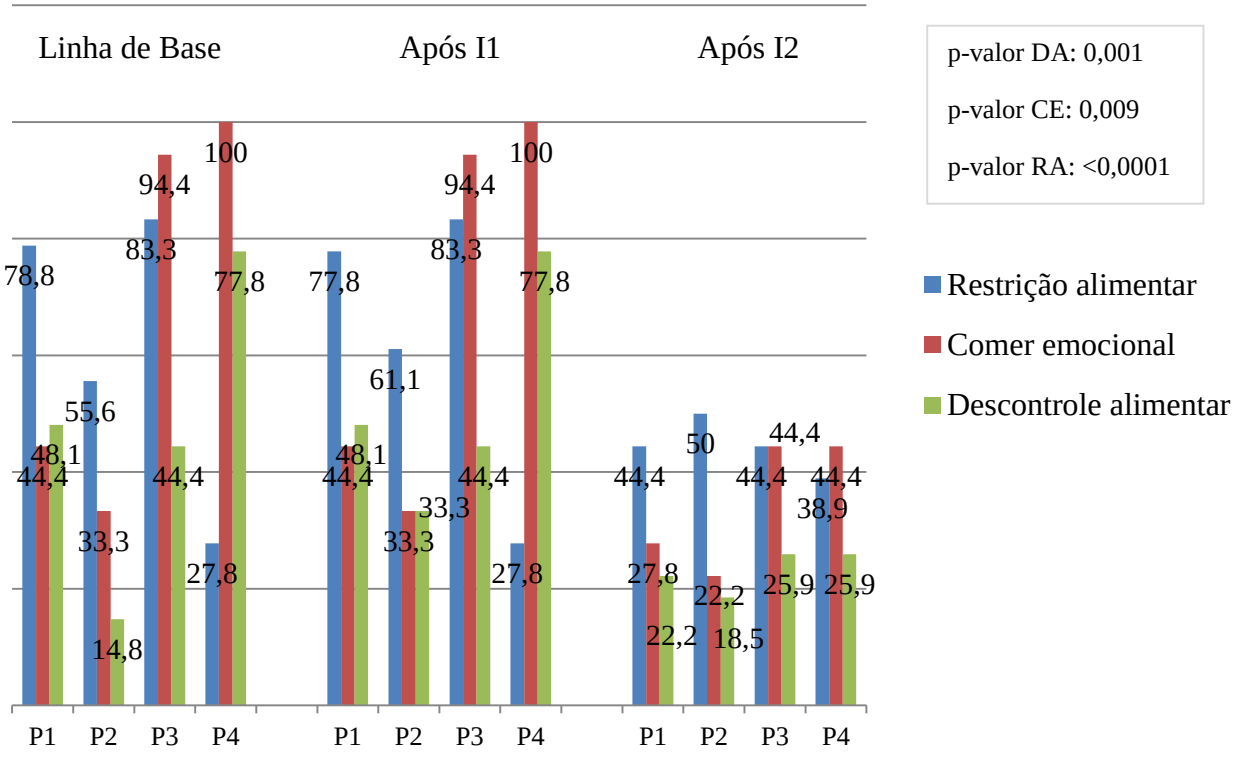
PENEAUD, S et al. Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. **The American Journal of Clinical Nutrition**, 97: 1307-1313. 2013.

ROLLAND, C. et al. Long-term weight loss maintenance and management following a VLCD: a 3-year outcome. **International Journal of Clinical Practice,** 68:379-87. 2014.

SUMITHRAN, P. et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. **New England Journal of Medicine**, 365, 1597-1604. 2011.

Anexo 1- Gráfico 1

Gráfico 1. Comportamento alimentar nos três momentos da pesquisa



DA: Descontrole Alimentar; CE: Comer Emocional; RA: Restrição Alimentar.

Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efeitos de três tipos de intervenção no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico

Pesquisador: Daniela Lopes Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59781416.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.170.863

Apresentação do Projeto:

A obesidade tem alcançado prevalência preocupante em todo mundo. Nos casos de obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem sido indicada como o tratamento eficaz para redução do peso e controle de comorbidades associadas, sendo considerada padrão-ouro a técnica de gastroplastia redutora em Y-de-Roux (GRYR). No entanto, apesar dos benefícios, esta técnica pode desenvolver complicações nutricionais que podem comprometer a saúde e qualidade de vida dos pacientes. A dificuldade de adesão às regras nutricionais em longo prazo tem sido um desafio,podendo causar deficiências nutricionais e reganho de peso, predispondo à recorrência de comorbidades. Objetivo: Nesse sentido, o objetivo deste estudo é avaliar os efeitos de três tipos de intervenção nutricional no comportamento alimentar, perfil antropomético, bioquímico, composição corporal e qualidade de vida de pacientes com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico em um Programa de acompanhamento nutricional gratuito de Belém – PA. Método: Os pacientes serão convidados a participar do programa de acompanhamento nutricional e da presente pesquisa por meio de divulgação do programa em redes sociais e folder de divulgação que será entregue nas unidades básicas de saúde. Serão captados para a pesquisa pacientes de ambos os sexos, com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica e a coleta de dados acontecerá no período de

Outubro de 2016 a Setembro de 2017. Será aplicado um questionário inicial para caracterização do perfil sociodemográfico, comorbidades presentes antes e após a GRYR e uso de suplementos nutricionais. Para a avaliação do perfil nutricional será realizada a avaliação antropométrica, por meio da aferição de peso e estatura, para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC; kg/m2), análise da composição corporal por meio da bioimpedância

tetrapolar e avaliação do consumo alimentar por meio de três recordatórios 24 horas. Para caracterização dos estágios de mudança de comportamento, será aplicado o questionário do modelo transteórico para analisar a motivação para mudança de comportamento dos pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os efeitos de três tipos de intervenção nutricional no comportamento alimentar, perfil antropomético, bioquímico, composição corporal e qualidade de vida de pacientes com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico e Sleeve em um hospital público de Belém – PA.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico e comorbidades apresentadas pelos pacientes;- Caracterizar a história de adesão ao tratamento dos pacientes;- Traçar o perfil bioquímico, antropométrico e de composição corporal dos pacientes;- Avaliar a frequência de reganho de peso significativo dentre os pacientes com mais de 24 meses de GRYR;- Identificar os estágios de mudança de comportamento alimentar dos pacientes pelo modelo

transteórico;- Adequar e validar um instrumento para caracterização do comportamento alimentar dos pacientes;- Verificar a percepção de qualidade de vida dos pacientes;- Classificar os níveis de ansiedade por meio do inventário de ansiedade de Beck (BAI);- Avaliar a percepção de apoio familiar dos pacientes por meio de uma escala do tipo Likert;- Analisar os efeitos da prescrição de plano alimentar e consultas nutricionais periódicas sobre o comportamento de seguir as regras nutricionais;- Analisar os efeitos do uso de registros de automonitoração do plano alimentar e consultas nutricionais periódicas sobre o comportamento de seguir as instruções do nutricionista;- Analisar os efeitos de estratégias de nutrição comportamental, com sessões de grupo de apoio nutricional, oficinas culinárias e uso de escala de avaliação de saciedade sobre o comportamento

alimentar dos pacientes;- Comparar os resultados obtidos com o uso do plano alimentar, do registro de automonitoração e de estratégias de nutrição comportamental sobre comportamento de seguir instruções do nutricionista;- Identificar as vantagens e as desvantagens da utilização de plano alimentar, do registro de automonitoração e de estratégias de nutrição comportamental, segundo o relato dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa apresenta riscos mínimos, pois os dados serão coletados por meio de questionários, avaliação antropométrica não invasiva e a avaliação bioquímica será realizada por um profissional experiente, cumprindo os protocolos para dosagem bioquímica. A identidade das pacientes mantida em sigilo na divulgação dos resultados.

Benefícios:

Os resultados obtidos poderão embasar novas pesquisas e políticas públicas, pois trará informações sobre a prevalência de reganho de peso e perfil nutricional de pacientes que submetidos ao bypass gástrico, além de dados sobre os efeitos de diferentes estratégias de aconselhamento nutricional para promoção da adesão a um comportamento alimentar saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado trata-se de uma emenda com a justificativa de que devido à demanda no ambulatório de pacientes que fizeram a cirurgia do tipo Gastroplastia verticais,
também conhecida como Sleeve, se tornou necessário incluir estes pacientes na pesquisa, além disso,Buchwald e Oien (2013) mostram que após um aumento constante nos números de operações na última década, a gastrectomia de manga laparoscópica (SG) ou Sleeve gástrico tornou-se o segundo procedimento bariátrico mais frequentemente realizado no mundo em 2013, representando mais de 37% de todo o procedimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_950271E1.pdf	25/06/2017 00:43:19		Aceito

Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSO2.pdf	11/09/2016 19:20:56	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Cronograma	Cronograma2.pdf	09/09/2016 19:24:24	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoprodoutor2.pdf	09/09/2016 19:23:47	Daniela Lopes Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	09/09/2016 12:46:20	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	08/09/2016 13:48:28	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	ACEITEORIENTADOR.pdf	08/09/2016 13:48:09	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Outros	ISENCAOONUSFINANCEIRO.pdf	08/09/2016 13:47:21	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/08/2016 09:48:32	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_HUJBB.pdf	11/08/2016 16:27:57	Daniela Lopes Gomes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/06/2016 18:59:01	Daniela Lopes Gomes	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELEM, 13 de Julho de 2017

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br