RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

EFEITOS DE INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Amanda Chaves Marcuartú[1], Daniela Lopes Gomes[1], Silene Maria Araújo de Lima[1]

RESUMO

Participaram quatro mulheres adultas com recidiva de peso e dificuldades na adesão ao tratamento nutricional. Na linha de base, foram aplicados os questionários sociodemográficos, de avaliação da história clínica e de adesão ao tratamento, além do inventário de ansiedade de Beck e o questionário dos três fatores alimentares. Intervenção 1(I1): Intervenção com plano alimentar convencional; Intervenção 2 (I2): Intervenção baseada na mudança de comportamento alimentar. Percebeu-se melhores resultados em curto prazo com a I2. A I1 contribuiu para aumentar ou manter os níveis de ansiedade e a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais. No entanto, um acompanhamento regular em longo prazo parece ser necessário para emitir reforço social que motive a manter comportamentos de adesão mesmo na ausência de melhorias nos marcadores biológicos.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia-bariátrica. Adesão ao tratamento. Ansiedade. Comportamento alimentar.

ABSTRACT

Effects of nutritional interventions on eating behavior after bariatric surgery

Four adult women with weight relapse and difficulty adhering to nutritional treatment participated. At baseline, sociodemographic, clinical history assessment and treatment adherence questionnaires were applied, in addition to the Beck anxiety inventory and the three dietary factors questionnaire. Intervention 1 (I1): Intervention with a conventional eating plan; Intervention 2 (I2): Intervention based on changing eating behavior. Better results were noticed in the short term with I2. I1 contributed to increasing or maintaining anxiety levels and the frequency of dysfunctional eating behaviors. However, regular long-term monitoring appears to be necessary to provide social reinforcement that motivates adherence behaviors to be maintained even in the absence of improvements in biological markers.

Key words: Obesity. Bariatric surgery. Adherence to treatment. Anxiety. Eating behavior

1 - Universidade Federal do Pará (UFPA), Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento (PPGNC), Belém, Pará, Brasil.

E-mail dos autores:
amandacmarcuartu@gmail.com
danignutri@gmail.com
silenelima@gmail.com

Autor para correspondência:
Amanda Chaves Marcuartú.
amandacmarcuartu@gmail.com

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

INTRODUÇÃO

Nos casos de obesidade grave, quando a terapêutica clínica convencional não se mostra eficaz, o tratamento recomendado é a cirurgia bariátrica, a qual tem apresentado bons resultados na perda ponderal, além de melhorias nas comorbidades associadas (Bandstein e colaboradores, 2016).

No entanto, apesar dos benefícios citados, pode ocorrer recidiva de peso a longo prazo (quando há mais de 15% de aumento em relação ao menor peso estável alcançado após a cirurgia), principalmente após 24 meses da intervenção. Bem como, após o procedimento, há necessidade de mudança no comportamento alimentar e aceitação da nova imagem corporal (Busetto e colaboradores, 2017).

O comportamento alimentar adotado após a cirurgia parece ter relação com o sucesso cirúrgico, especialmente na manutenção do peso perdido (Novelli e colaboradores, 2018).

Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2018) descrevem três tipos de padrões alimentares: a restrição cognitiva, o comer emocional e o descontrole alimentar. O primeiro é a restrição da ingestão alimentar para evitar o consumo excessivo e controlar o peso corporal. O comer emocional é a ingestão associada ao estado emocional como uma forma de aliviar ou compensar vivências desagradáveis. Já o descontrole alimentar é caracterizado por episódios de exagero alimentar na presença ou não de fome física. O Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21), validado para o Brasil por Natacci e Ferreira Júnior (2011), avalia esses três padrões alimentares citados.

Alguns estudos já avaliaram o comportamento alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por meio do TFEQ-21, mas ainda não há consenso sobre o padrão alimentar predominante, bem como não foram encontrados até o momento estudos que avaliassem os efeitos de diferentes abordagens nutricionais no padrão alimentar avaliado com o TFEQ-21 juntamente com análise qualitativa.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever os efeitos de dois tipos intervenções nutricionais nos sintomas de ansiedade e comportamento alimentar de mulheres com recidiva de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

Utilizou-se uma amostragem não probabilística de conveniência utilizando a análise do sujeito pelo seu próprio controle, composta por quatro mulheres 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, que residiam em Belém 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 de uma Universidade pública de Belém - Pará, 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 após a cirurgia, que residissem foram da cidade do estudo, que usassem algum medicamento que poderia confundir a interpretação dos dados (como antidepressivos, antipsicóticos e anti-hipertensivos que geram retenção hídrica e aumentam o processo de diferenciação das células de estoque de gordura).

O fluxograma de perda amostral pode ser visto na Figura 1.

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

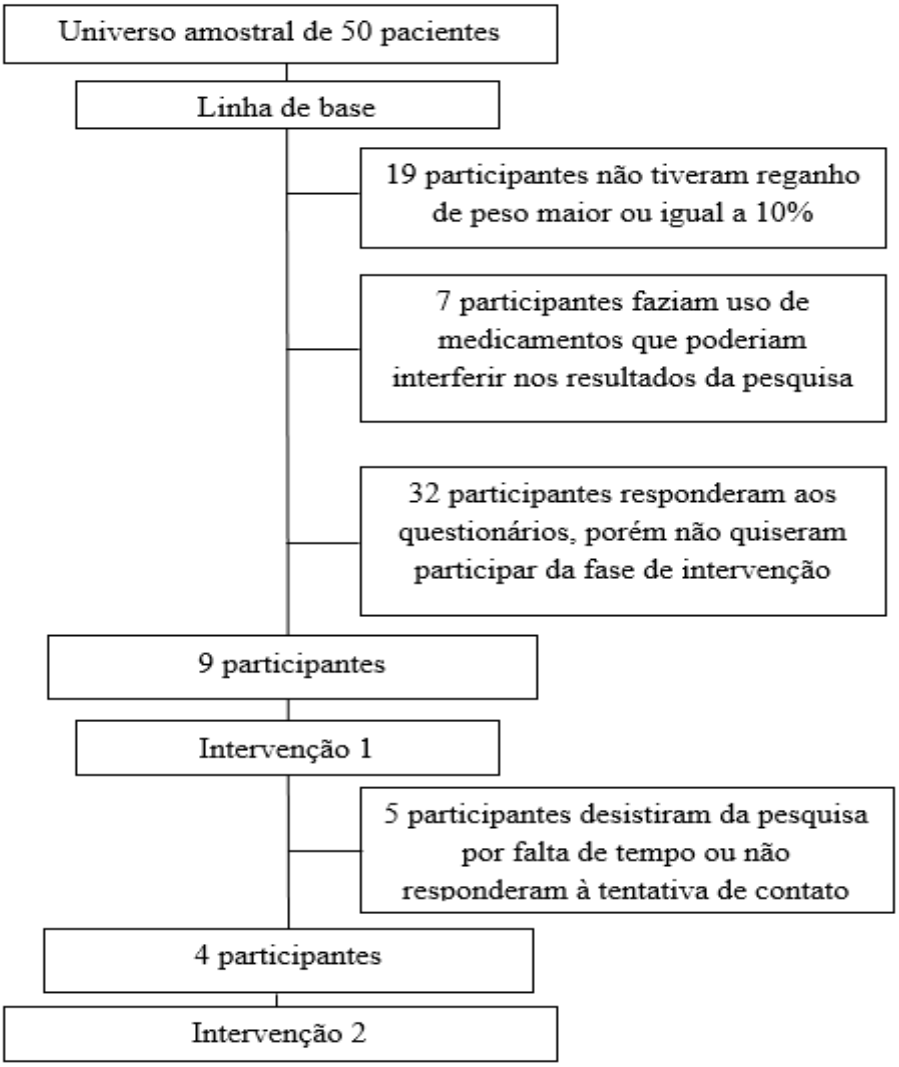

Figura 1 - Fluxograma de seleção de participantes.

Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica foi realizada no Laboratório de Patologia da Nutrição (LAPAN), localizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Foi aferido o peso corporal com balança do tipo plataforma, com estadiômetro acoplado da marca Welmy®, com capacidade de 200kg e precisão de 100g. O peso corporal foi obtido com a paciente descalça e com o mínimo de roupa possível. Para calcular o percentual de recidiva de peso (%RP), foi utilizada a fórmula: %RP= (peso atual - menor peso estável após a cirurgia) x 100/ (peso pré-operatório relatado – menor peso estável após a cirurgia), considerando-se recidiva de peso significativa quando o %RP for maior ou igual a 10%.

Instrumentos

Para avaliação do consumo alimentar foi aplicado o recordatório 24 horas o qual contém colunas para o registro dos alimentos consumidos por refeição. Foi realizado o recordatório 24 horas em três momentos (dois dias de semana e um dia no fim de semana), a partir dos quais foi calculado o valor nutricional e posteriormente realizada a média aritmética para caracterizar o consumo alimentar habitual das participantes. O valor nutricional médio foi utilizado para o cálculo da dieta das participantes que foi entregue a elas na Intervenção 1 (I1), detalhada mais a diante. Esse instrumento também foi utilizado para avaliar a adesão às regras nutricionais

prescritas para as participantes durante a I1, sendo aplicado pela nutricionista durante as consultas que ocorreram uma vez por semana durante as oito semanas de duração desta intervenção.

Para avaliar o comportamento alimentar, foi aplicado o Questionário de Três Fatores Alimentares (QTFA), traduzido e validado para o Brasil por Natacci e Ferreira Junior (2011).

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 presença de fome ou estímulos externos. Os relatos são 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, sendo atribuída às respostas uma pontuação de 1 a 4, de acordo com a opção escolhida. Estas pontuações são somadas e nas categorias alimentação emocional e restrição cognitiva, é feita a seguinte operação matemática: escore = ((somatória da pontuação – 6) / 18) x 100. Para a categoria descontrole emocional é feita a seguinte operação: escore= (somatória da pontuação – 9) / 27) x 100. Este escore pode variar de 0 a 100, e quanto maior for o escore, maior é a predominância daquele padrão comportamental no repertório do indivíduo. Esse questionário foi aplicado na linha de base e após as intervenções um e dois.

Procedimentos

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 sociodemográfico 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.

Caracterização da linha de base

Inicialmente, foi aplicado um roteiro de entrevista inicial, contendo questões abertas e fechadas para coletar informações sobre dados da cirurgia, da adesão ao tratamento pré e pós-cirúrgico e dados sociodemográficos, além de um roteiro para investigação da história clínica e de adesão ao tratamento.

Intervenção nutricional 1 (I1)

A intervenção nutricional tradicional (I1) foi composta por um plano alimentar individualizado, qualiquantitativo, prescrito pela nutricionista pesquisadora de acordo com os hábitos alimentares avaliados por meio de recordatório 24 horas. O Valor Energético Total (VET) do plano alimentar foi calculado conforme indica as Diretrizes Brasileiras de Obesidade e para a adequação dos macronutrientes foram utilizadas as recomendações do Guia Alimentar Bariátrico proposto com Cambi e Baretta (2018). É importante pontuar que o plano alimentar calculado não se configurou como restritivo, visto que foram respeitadas as necessidades nutricionais estimadas. As participantes compareceram às consultas uma vez por semana para avaliação antropométrica e verificação do seguimento das regras nutricionais a partir da aplicação do recordatório 24 horas, totalizando oito encontros.

Intervenção nutricional 2 (I2)

A segunda intervenção foi baseada em estratégias de mudança de comportamento alimentar (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 (Brasil, 2014) e sobre a importância da suplementação nutricional. Incluiu também a utilização da escala de avaliação de percepção de fome e saciedade para treinar a discriminação das sensações de fome e saciedade, que foram discutidas durante a consulta semanal, quatro sessões de grupo de apoio com a participação

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

de uma nutricionista e uma psicóloga, além de duas oficinas culinárias realizadas no domicílio das participantes.

Durante a primeira sessão em grupo, foi realizada uma apresentação de todas as participantes e uma introdução a respeito de como seriam conduzidas as sessões.

Na segunda sessão foram abordados os conceitos de saciedade, fome e apetite, posteriormente foram feitos os seguintes questionamentos às participantes (adaptado de Tribole e Resch, 2015): “Como vocês gostariam de se sentir fisicamente após uma refeição?”; “Por quanto tempo vocês gostariam que essa sensação durasse?”; “Quando foi a última vez que vocês comeram? Vocês estavam sentindo fome?”; “Depois que vocês finalizaram essa refeição, como vocês se sentiram fisicamente?”.

Na terceira sessão foi realizada a atividade chamada de “Fazendo as pazes com o alimento” (Scagliusi e colaboradores, 2011), na qual foi feita a seguinte instrução: “Pense em todos os alimentos que você adora comer. Mas pense neles sem julgamentos se deve ou não comer, se são saudáveis ou não, se engordam ou não. Faça uma lista dos seus alimentos ou comidas preferidas: da maçã ao brigadeiro, frango assado a pizza, sorvete a suco de abacaxi. Faça uma lista desses alimentos. [Esperou-se que todas as participantes fizessem suas listas]. Agora você deve circular com cores diferentes os alimentos da lista que você considera perigosos ou proibidos, ou que geram medo, ansiedade e culpa. [Esperou-se que todas as participantes circulassem os alimentos da lista]. Agora vamos refletir: categorizar os alimentos faz parte do seguimento de dieta com o objetivo de fazer as pessoas perderem peso, porém proibir alimentos aumenta o desejo e deixa a comida mais tentadora, autorizar a ingestão da comida traz a tranquilidade e a segurança de não se culpar pelas escolhas que se faz e escolher comer o que se tem vontade e parar quando se está satisfeito. Então a partir da sua lista eu pergunto: se você se permitir comer todos os alimentos que deseja, sem culpa ou julgamento, do que você tem medo?”. As respostas foram gravadas em áudio.

Após a prática, foram discutidas e repassadas informações e argumentos positivos sobre cada alimento considerado ruim ou proibido pelas participantes. Posteriormente, foi sugerido que as participantes escolhessem um alimento considerado por elas como “perigoso” ou “proibido” da sua lista para experimentar para a próxima sessão. Foi combinado previamente com cada uma o que seria consumido, na companhia de quem, em qual local e em qual momento.

A quarta sessão se iniciou a partir da reflexão sobre a experiência na atividade “fazendo as pazes com a comida” e concluído se aquele alimento ou contexto contribuiu para a busca da percepção de neutralidade. Além disso, foi solicitado que as participantes ampliassem para outros alimentos esta atividade gradativamente na sua rotina. Para finalizar a sessão, foi realizada a atividade chamada de “Meditação do Chocolate” (Polacow, Costa e Figueiredo, 2015).

Foi feita a seguinte orientação: “No exercício de hoje iremos fazer a meditação do chocolate, o objetivo dessa atividade é experimentar o chocolate de uma forma diferente. Vocês podem fazer o exercício até onde se sentirem confortáveis e enquanto fizerem devem ficar atentas a todos os seus sentidos. Agora escolham um chocolate de dentro do pote [aguardou-se até que todas estivessem com seus chocolates]. Agora escolha uma posição confortável [pausa], respire fundo três vezes [pausa]. Comece a desembrulhar o chocolate lentamente, prestando atenção no barulho que faz o papel. Observe a cor, o formato e a textura do chocolate [pausa]. Leve o chocolate ao seu nariz e respire profundamente algumas vezes. Perceba quais sensações se despertam quando o cheiro entra por suas narinas [pausa]. Dê uma pequena mordida no chocolate e deixe-o por alguns momentos em sua língua. Não mastigue direto. Pense em algumas características que possam descrever o sabor do chocolate neste momento: suave, rico, amargo ou doce. Perceba também os sentimentos, as sensações e as memórias que possam surgir. Mesmo que sejam sentimentos negativos (como culpa, por exemplo), não tente mandá-los embora, apenas esteja presente neste momento. Agora, mastigue o chocolate e perceba o som da sua mandíbula quebrando o chocolate em pequenos pedaços. É crocante? Macio? Perceba agora a sensação do chocolate em sua garganta, enquanto você o engole (agora repita essa experiência com o restante do chocolate – enquanto ficarei em silêncio). Ao terminar de comer o chocolate, faça mais três respirações e abra os olhos”.

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

Ao final, foi realizada reflexão sobre a experiência, que incluiu os seguintes questionamentos: “Comendo dessa forma, o chocolate para você teve o mesmo gosto de sempre?”; “Quais sentimentos você teve ao comer o chocolate?”; “Você gostaria de mudar a maneira como come?”; “Você ficou surpresa com a intensidade do prazer que se pode obter com um pequeno pedaço de chocolate?”; “Nesse momento, você tem vontade de comer mais chocolate?”. A partir destes questionamentos foram discutidas as respostas de cada participante e encerrada a sessão.

Quadro 1 - Descrição dos procedimentos

Procedimentos	Resumo	Tempo de duração
Linha de base	Aplicação do questionário sociodemográfico, primeiro QTFA e o primeiro BAI em todos os pacientes.	6 meses
Fase de intervenção		
Intervenção 1	Utilização do plano alimentar	2 meses
1º atendimento	Coleta do Recordatório 24h	1ª semana
2º atendimento		2ª semana
3º atendimento		3ª semana
4º atendimento		4ª semana
5º atendimento		5ª semana
6º atendimento		6ª semana
7º atendimento		7ª semana
8º atendimento		8ª semana
Intervenção 2	Baseada em estratégias de mudança de comportamento alimentar.	2 meses
1ª sessão	Apresentação e introdução a respeito de como seriam conduzidas as sessões.	1ª semana
1º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	1ª semana
1ª Prática culinária	Execução de 3 receitas	2ª semana
2º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	2ª semana
2ª sessão	Abordados os conceitos de saciedade, saciedade, fome e apetite, e posteriormente foram feitos alguns questionamentos.	3ª semana
3º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	3ª semana
4º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	4ª semana
3ª sessão	Realizada a atividade chamada de “Fazendo as pazes com o alimento”.	5ª semana
5º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	5ª semana
2ª prática culinária	Execução de 3 receitas	6ª semana
6º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	6ª semana
4ª sessão	Realizada uma reflexão sobre a experiência na atividade da sessão anterior, foi também realizada a atividade chamada de “Meditação do Chocolate”.	7ª semana
7º atendimento	Discussão individual sobre as experiências da semana anterior.	7ª semana
8º atendimento	Relato sobre as vantagens e desvantagens de cada Intervenção.	8ª semana

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

Além das sessões de grupo, foram realizadas duas práticas culinárias sob a supervisão da nutricionista pesquisadora (uma no primeiro mês e uma no segundo mês de intervenção), individualmente, no domicílio das participantes. As práticas foram realizadas com o objetivo de aumentar as habilidades culinárias das participantes (Brasil, 2014).

Durante as práticas, não foram disponibilizados os valores nutricionais das preparações, mesmo quando solicitados pelas participantes, pois pretendia-se destacar um conceito mais amplo sobre alimentação, para além da quantidade de energia e nutrientes, com o objetivo de modificar a tendência de as participantes considerarem o valor energético das preparações como o único estímulo discriminativo para a seleção do que comer. Foram elaboradas seis preparações culinárias, duas para o desjejum, duas para os lanches ou ceia e duas para o almoço ou jantar, em cada encontro eram realizadas 3 receitas para cada refeição.

Os procedimentos realizados nos encontros estão descritos abaixo, no quadro 1.

Considerações éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética 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). O sigilo da identidade das participantes foi garantido utilizando-se códigos para identificá-las no banco de dados e foi garantido a todas as participantes o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis por qualquer motivo.

Análise de dados

Para a análise quantitativa, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para a análise descritiva dos dados por meio do software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0. Para a análise qualitativa foram gravadas e posteriormente transcritas as sessões de intervenção. As características do comportamento de adesão à alimentação saudável em linha de base foram analisadas a partir do Roteiro de entrevista inicial, que possibilitou caracterizar as participantes da pesquisa e seu padrão alimentar no mês anterior ao início da pesquisa. O relato das participantes, quanto às vantagens e desvantagens de cada condição de treino, também foi utilizado para a análise. A partir destes resultados foi realizada uma comparação entre os dados coletados na linha de base, no segundo momento e na última fase da pesquisa.

RESULTADOS

As participantes foram nomeadas como P1, P2, P3 e P4. P1 tinha 36 anos, era casada, sem filhos, tinha pós-graduação, tinha renda familiar de 6 a 9 salários-mínimos, sua cirurgia foi pelo sistema privado, foi submetida à técnica BGYR há 7 anos e sua recidiva de peso era de 45,12%. P2 tinha 40 anos, estava casada, tinha um filho, possuía o ensino médio completo e renda familiar de 9 a 12 salários-mínimos, sua cirurgia foi realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi submetida à técnica Sleeve há 4 anos e sua recidiva de peso era de 35,29%. P3 tinha 34 anos, estava solteira, sem filhos, havia concluído o ensino superior, tinha renda familiar de 3 a 6 salários-mínimos, sua cirurgia foi realizada por meio do plano de saúde, tinha sido submetida à técnica Sleeve há 5 anos e sua recidiva de peso era de 43,33%. Por fim, P4 tinha 28 anos, estava solteira, sem filhos, estava cursando o ensino superior, tinha renda familiar de 9 a 12 salários-mínimos, sua cirurgia foi particular, utilizando a técnica BGYR, realizada há 5 anos e sua recidiva de peso era de 48,05%.

Quando questionadas sobre quanto tempo depois da cirurgia foi iniciado o acompanhamento nutricional, P1, P2 e P3 iniciaram de uma semana até um mês após a cirurgia, apenas P4 iniciou este acompanhamento somente após 5 anos de cirurgia. Segundo a paciente P4, ela não recebeu muitas informações tanto antes quanto depois da cirurgia, principalmente relacionadas à nutrição, como pode ser observado no relato abaixo:

P4: “Eu nunca nem vi uma nutricionista durante os preparativos pra cirurgia e depois que eu fiz a cirurgia é que eu não vi mesmo, eu só voltei com o médico umas três vezes... ele que me passou a dieta que eu tinha que fazer e depois eu comecei a comer normal as coisas que eu comia antes”.

Em relação às mudanças nas orientações nutricionais após a cirurgia, todas responderam que não foram realizadas mudanças nas recomendações nutricionais

recebidas. Quanto à participante P4, as únicas informações sobre nutrição que ela recebeu foram dadas por sua irmã nutricionista.

Nenhuma participante estava utilizando medicamentos para perda de peso na linha de base. Quanto aos recursos utilizados para perder peso, as participantes P2 e P4 faziam apenas dieta para tentar controlar o peso e P1 e P3 realizavam, além de dieta, também atividade física. A participante P3 também estava realizando tratamento estético, indicado por uma amiga, como pode-se observar no relado descrito abaixo:

P3: “Eu tô fazendo academia e, não sei se você já ouviu falar de umas enzimas que estão aplicando agora pra perder gordura? Pois é, uma amiga começou a fazer e disse que viu bastante diferença aí eu resolvi fazer também. Já fiz três aplicações, mas até agora não vi diferença nenhuma”.

Quanto aos tratamentos realizados antes da cirurgia e seus resultados, todas as participantes fizeram uso de medicamentos para perda de peso e dietas restritivas, no entanto, todas emagreceram inicialmente com posterior recuperação do peso perdido, o que sugere possível falha na adesão ao tratamento. A média do consumo energético relatado nos recordatórios alimentares na linha de base mostrou que P1, P2 e P3 tinham um consumo energético menor do que a sua necessidade nutricional, enquanto P4 tinha um consumo energético acima da necessidade energética. Ao iniciar a Intervenção nutricional 1 (I1), observou-se que, com a prescrição de planos alimentares, todas as participantes apresentaram um consumo energético e de macronutrientes relatado muito aproximado ao que foi prescrito no plano alimentar, demonstrando uma boa adesão a esta estratégia.

A Intervenção nutricional 2 foi iniciada com a primeira sessão, foi realizada uma apresentação de todas as participantes e uma breve introdução sobre as próximas sessões. Na segunda sessão foram abordados os conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite, e então foram realizados alguns questionamentos:

1. Como você gostaria de se sentir fisicamente após uma refeição?

P1: “Satisfeita”

P2: “Bem, sem ficar com o estômago cheio sentindo que eu comi mais do que deveria”.

P3: “Sabe que eu não sei? Acho que eu queria me sentir saciada”.

P4: “Eu queria não sentir que eu ainda preciso comer, queria me sentir bem sem exagerar na comida”.

2. Por quanto tempo você gostaria que essa sensação durasse?

P1: “Até eu ter tempo pra poder comer de novo”.

P2: “Até eu sentir fome de novo”.

P3: “Não sei, acho que até eu sentir fome de novo ou poder comer de novo”.

P4: “Acho que pra sempre... eu não queria ter que comer, na verdade. Queria não sentir fome”.

3. Quando foi a última vez que você comeu? Você estava sentindo fome?

P1: “Eu comi agora no café da manhã, não “tava” com tanta fome então só tomei um café com uma torrada”.

P2: “Tomei café da manhã. Eu não sinto muita fome, mas se eu não comer sei que vou sentir fome mais tarde”.

P3: “Como eu acordei 5 horas da manhã, eu tomei café as 05h30min e lanchei pra vir pra cá umas 07h30min”.

P4: “Foi no café da manhã. Normalmente eu sinto uma fome leve de manhã”.

4. Depois que você finalizou essa refeição, como você se sentiu fisicamente?

P1: “Me senti bem, mas daqui a pouco vai me dar fome de novo”.

P2: “Me senti satisfeita, comi fruta, pão, queijo, mas tudo em pouca quantidade. Não fiquei cheia, sabe?”.

P3: “Bem, não “tava” cheia, mas também não “tava” com fome”.

P4: “Não muito bem, eu comi muita coisa”.

Como se pode observar, as participantes ainda não conseguiam diferenciar quando estavam com fome e quando estavam saciadas além de não perceberem as repercussões físicas que isso traz. Pelo relato de P4 no segundo questionamento, pode-se perceber como as sensações de fome e saciedade são menosprezadas de forma que, o que importaria para emagrecer seria o “não sentir fome”, porém sabemos que mesmo sem a sensação de fome muitas pessoas continuam se alimentando.

Na terceira sessão foi realizada a prática “Fazendo as pazes com a comida”. Os alimentos escolhidos pela participante P1 foi docinho de aniversário, pois naquele mesmo dia ela teria uma festa de aniversário para ir e poderia colocar em prática o que foi abordado. Para ela, durante muitos anos esse alimento foi

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

seu “maior pecado”, era um alimento que não cabia no dia a dia de pessoas que fazem dieta.

P2 escolheu biscoito recheado, pois era algo que ela sempre comprava para seu filho, mas acabava comendo sozinha e em grande quantidade. Para ela, a prática de dividir com o filho algo que os dois gostavam de comer seria algo recompensador.

P3 escolheu pastel, pois era um alimento frequente na sua rotina, porém o consumo lhe trazia angústia e culpa. A percepção de que todos os alimentos podem ser consumidos sem associar a esses sentimentos e que respeitando a sua fome e saciedade, ela poderia ter um olhar diferente sobre aquele alimento.

P4 escolheu hambúrguer, pois é um alimento consumido por ela e pelo namorado em todos os finais de semana. Esse consumo era tão rotineiro que já havia se tornado automático, ou seja, a percepção de fome, saciedade e vontade eram negligenciadas.

Para finalizar a última sessão de grupo, foi realizada a atividade chamada de “Meditação do Chocolate” e posteriormente foi feito alguns questionamentos sobre esta prática.

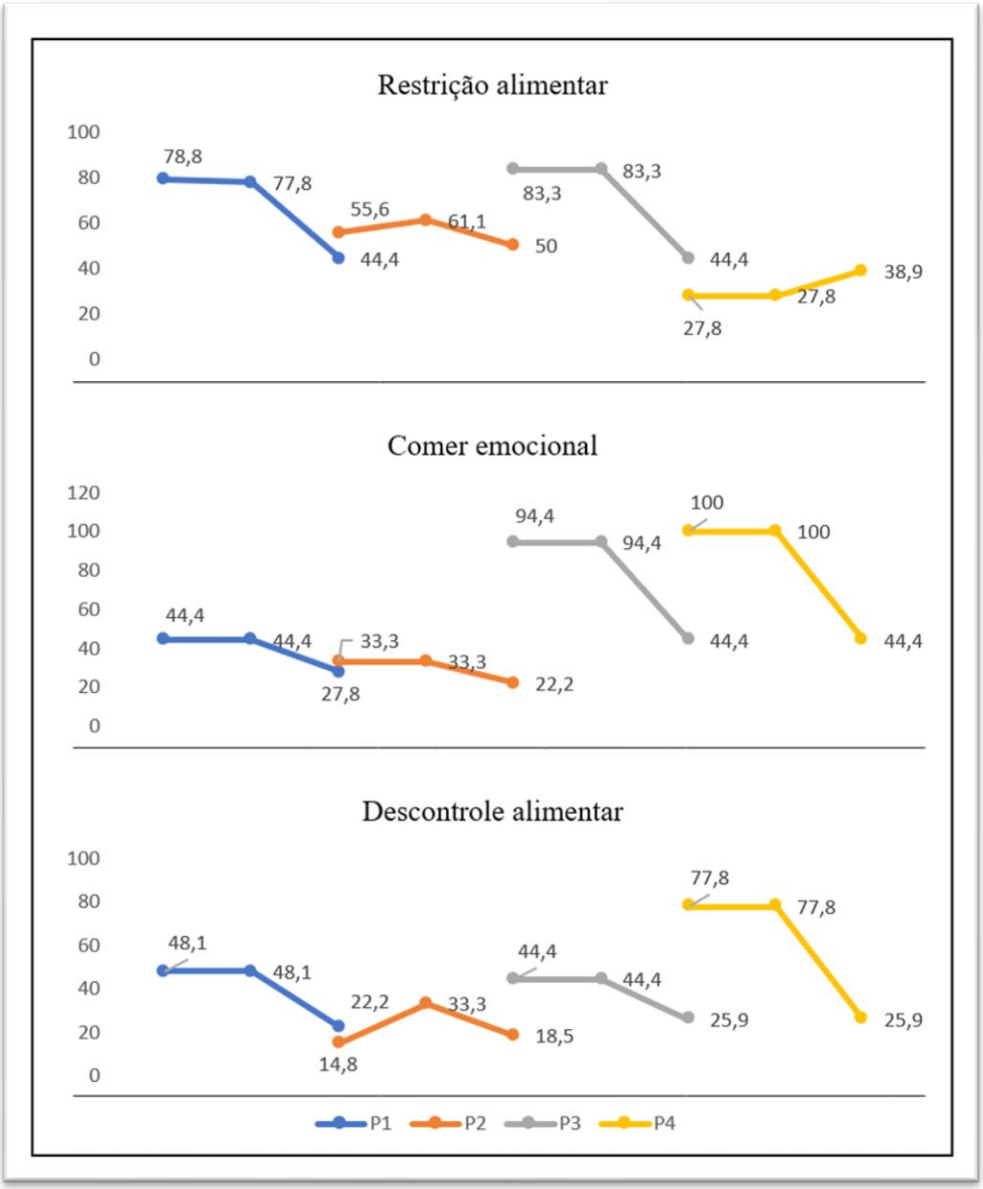

Figura 2 - Domínios do comportamento alimentar na linha de base, após a intervenção nutricional 1 e a intervenção nutricional 2.

RBONE
Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

1. Comendo dessa forma, o chocolate para você teve o mesmo gosto de sempre?
P1: “A sim, o gosto foi o mesmo, mas parece que eu aproveite mais ele”.
P2: “Sim, mas parecia que tinha algo a mais”.
P3: “Acho que o gosto ficou mais acentuado”.
P4: “Na verdade parece que eu comi chocolate pela primeira vez na minha vida”.
2. Quais sentimentos você teve ao comer o chocolate?
P1: “Uma mistura de felicidade com descoberta”.
P2: “Foi come se eu “tivesse” comido algo especial”.
P3: “De libertação”.
P4: “Felicidade”.
3. Você gostaria de mudar a maneira como come?
P1: “Acho que já mudei algumas coisas, mas tenho muita coisa pra melhorar”
P2: “Com certeza”.
P3: “Sim”.
P4: “Sim, com certeza”.
4. Você ficou surpresa com a intensidade do prazer que se pode obter com um pequeno pedaço de chocolate?
P1: “Com certeza, a gente não costuma demorar tanto tempo pra comer uns quadradinhos de chocolate né?”.
P2: “Muito! Eu sempre como rápido e só percebo quando acaba o pacote”.
P3: “Sem dúvida, eu costumo fazer tudo tão rápido e no piloto automático que eu nunca parei pra saborear um chocolate dessa forma”.
P4: “Fiquei porque eu só sentia isso como comida um pacote inteiro de chocolate”.
5. Nesse momento, você tem vontade de comer mais chocolate?
P1: “Agora não, talvez mais tarde, mas vou tentar fazer a mesma coisa”.
P2: “Não”.
P3: “Nesse momento, não”.
P4: “Vontade eu até tenho, mas eu acho que eu não preciso comer agora”.

A Figura 2 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, P4 apresentou apenas 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 se manteve estável para P3 e P4 (83,3 e 27,8, respectivamente), diminuiu para P1 (77,8) e aumentou para P2 (61,1). Os domínios de comer emocional e de descontrole alimentar se mantiveram estáveis para todas as participantes.

Após a I2, o domino de restrição alimentar mostrou uma diminuição significativa (p-valor=0,001) para todas as participantes, P1 e P3 apresentaram 44,4 pontos, P2 apresentou 50 pontos e P3 38,9 pontos. O domínio de comer emocional também apresentou uma diminuição de pontuação (p=0,009) para todas as participantes, P1 e P2 apresentaram 27,8 e 22,22 pontos, respectivamente e P3 e P4 apresentaram 44,4 pontos. O domínio de descontrole alimentar, como os outros domínios, também apresentou diminuição na pontuação (p<0,0001), P1 e P2 apresentaram, 22,2 e 28,5 pontos, respectivamente e P3 e P4 apresentaram 25,9 pontos.

Finalizada as intervenções, foi solicitado que as participantes relatassem as vantagens e desvantagens observadas durante a realização de cada intervenção.
Todas as participantes encontraram mais vantagens na I2, os principais pontos citados como foram o maior controle sobre a ingestão de alimentos, não ficando sob o controle de um plano alimentar restritivo e a melhora das características emocionais como a ansiedade, que podiam levar ao comer emocional. Quanto às desvantagens, apenas P1 citou que achava que talvez a perda de peso pudesse ser mais lenta.

Em relação às vantagens da I1, o principal ponto citado foi a facilidade de seguir a dieta, pelo fato de não ter sido calculada uma dieta considerada restritiva. A principal desvantagem foi a monotonia e o sentimento de obrigação em seguir a dieta prescrita e o sentimento de culpa quando falhavam em seguir as regras descritas no plano alimentar.

DISCUSSÃO

Em relação ao comportamento de restrição alimentar, geralmente, as mulheres podem estar mais propensas a ficarem insatisfeitas com seus corpos e, portanto, impor

restrições alimentares sobre si mesmas, pois, em nossa sociedade a aparência física é um fator mais importante para as mulheres do que para os homens. Alguns estudos mostraram uma associação mais forte entre ganho de peso e a restrição alimentar em mulheres do que em homens (Bellisle, e Dalix, 2001).

O domínio de restrição alimentar de todas as participantes mostrou uma melhora significativa após a I2, isso pode ser explicado, pois 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.

Estudos transversais (Adami, 2011) mostram que existe correlação entre restrição alimentar e peso corporal. Em outras palavras, maiores graus de restrição são encontrados em pessoas mais gordas. Isso pode ser 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. Ou seja, estas pessoas fazem mais dietas restritivas.

De fato, uma restrição alimentar importante parece alterar o metabolismo e fazer com que a pessoa desenvolva uma resistência para perder peso ou até mesmo um aumento da tendência de ganhar peso. Por esse motivo ela é considerada um padrão alimentar relacionado à obesidade (Bellisle e Dalix, 2001).

Além disso, tem-se mostrado que pessoas com alto grau de restrição tendem a comer descontroladamente quando estão expostas a determinados fatores psicológicos (estresse, depressão) ou ambientais (festas, banquetes, eventos sociais, uso de bebidas alcoólicas). Isso pode fazer com que estas pessoas acabem comendo mais do que outras com menor grau de restrição alimentar (Bellisle e Dalix, 2001).

O modelo que explica este conceito é designado como Modelo Fronteira, criado por Herman e Polivy (1984) e sugere que os sujeitos que comem as proporções consideradas normais, ou seja, os sujeitos que não autoimpõem regras relativas à ingestão de alimentos, respondem às suas necessidades fisiológicas, no que concerne à energia necessária para o organismo e para a digestão. Isto ocorre porque estes sujeitos aguardam até terem necessidade de se alimentar, sentindo-se confortáveis nesse tempo de espera e, quando iniciam uma refeição, alimentam-se até se sentirem saciados.

Como já observado, o comportamento alimentar pode ser bastante afetado pelas emoções, visto que as suas escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem de vários fatores, sendo um deles as emoções e não apenas as suas necessidades fisiológicas (Lourenço, 2016).

As emoções negativas são conhecidas por induzir mudanças na alimentação, incluindo excessos em alguns casos.

Glisenti e Strodl (2012) sugerem que quando os pacientes se sentem oprimidos pela força das suas emoções, eles têm dificuldade em desafiar logicamente as cognições que podem estar relacionadas à sua alimentação emocional, dessa forma as técnicas como o mindfulness (atenção plena) podem contribuir nesse processo.

A última dimensão do comportamento, o descontrole alimentar, pode estar associada à restrição alimentar e ao comer emocional. É definido como uma situação, estímulo ou objeto que desvia a atenção para uma determinada tarefa ou pensamento, consistindo-se assim numa distração que leva o sujeito a comer mais do que é habitual.

Para os sujeitos que restringem a sua alimentação, qualquer estímulo que desregule o seu controle sobre a ingestão de alimentos é considerado como desinibidor, diminuindo os seus recursos de atenção e a capacidade intelectual de autoconhecimento, afetando a capacidade de controlar a ingestão de alimentos, levando-o ao consumo excessivo, assim, para aqueles que comem consoante ao seu estado emocional, a emoção negativa age como desinibidora do seu comportamento alimentar (Glisenti e Strodl, 2012).

Travado e colaboradores, (2004) afirmam que o obeso que obtiver uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente, não pode ser considerado como um sucesso terapêutico. Se isto ocorrer pode-se considerar que o processo terapêutico está incompleto, pois as variáveis comportamentais foram negligenciadas.

Devemos destacar que, em geral, esse domínio 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 e colaboradores, 2010).

Por fim, Leal e Baldin (2007) apontam que é comum o surgimento de quadros psiquiátricos, tais como sintomas depressivos, ansiedade, dentre outras situações, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia após a cirurgia bariátrica, sobretudo em pacientes que apresentavam dificuldades de emagrecer. Elevados níveis de estado de ansiedade trazem sintomas considerados desagradáveis ou dolorosos, iniciando-se uma sequência de comportamentos onde se pretende evitar ou minimizar o perigo. Se o estado de ansiedade persistir, o sujeito poderá recorrer a mecanismos psicológicos de defesa, de modo a reduzir a intensidade da reação.

O comportamento alimentar pode ser um desses mecanismos, visto que o sujeito pode recorrer à comida como mecanismo compensatório para lidar com o seu estado emocional e as suas emoções (Lourenço, 2016).

Em particular, verificou-se que os indivíduos com obesidade comem mais quando se sentem ansiosos, enquanto os indivíduos com peso normal não foram afetados, além disso, a obesidade pode estar mais fortemente relacionada aos níveis altos de ansiedade em mulheres do que em homens devido à grande discriminação social experimentada por elas principalmente (Puhl e Heuer, 2009).

Os estudos realizados por Egan e colaboradores, (2013) e Lourenço (2016) permitiram determinar que a ansiedade se encontra associada ao descontrole alimentar, visto que permite ao sujeito uma redução, embora que temporária, da ansiedade. Como pode ser observado, após a I2, os níveis de descontrole alimentar também diminuíram, porém não de forma significativa relacionada a ansiedade, de modo que podemos apenas inferir que isto pode estar associado à diminuição dos sintomas de ansiedade das participantes.

Sugerem-se mais estudos testando a associação entre os sintomas de ansiedade e os diferentes domínios do comportamento alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Segundo Neufeld, Moreira e Xavier (2012) a terapia cognitivo comportamental aplicada em grupos de emagrecimento propicia, além da redução do peso corporal, benefícios clinicamente significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, sintomas de ansiedade, sentimento de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar.

No estudo de Sant'Anna (2016), o grupo que passou por intervenção com técnicas de atenção plena durante oito semanas, mostrou melhoras dos níveis de tensão, ansiedade e estados nervosos, autocontrole quanto a pensamentos, emoções ou sentimentos, aumento no estado de felicidade e satisfação e as pacientes relataram sentir-se mais ativas e vigorosas, estáveis emocionalmente e seguras de si mesmas.

No entanto, o tempo de intervenção foi curto e a amostra utilizada pequena, de forma que não se pode afirmar através deste tempo se uma intervenção é melhor do que a outra em longo prazo.

Sugere-se a replicação da pesquisa com um tempo maior de intervenção e com uma amostra mais densa. Além disso, não foi controlada a ordem de exposição às intervenções, com isso, indica-se que pesquisas futuras controlem a ordem para testar possíveis diferenças no resultado.

Através do presente estudo se pode perceber a importância e a necessidade de estudos que se propõem a avaliar os aspectos psicossociais em diferentes tipos de tratamento após a cirurgia, incluindo um longo período pós-cirúrgico, no entanto, mais pesquisas nesta área são necessárias para contribuir para a melhor forma de tratamento e, manutenção do tratamento em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, principalmente estudos de longo prazo.

Por fim, podemos concluir que a intervenção com plano alimentar contribuiu para aumentar ou manter os sintomas de ansiedade e a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais.

Quanto à intervenção baseada em mudança de comportamento, esta parece ser eficaz em curto prazo, uma vez que auxiliou no

aumento da auto-observação e nas mudanças positivas no comportamento alimentar e na ansiedade.

No entanto, um acompanhamento regular em longo prazo parece ser necessário para emitir reforço social que motive os pacientes a manterem comportamentos de adesão mesmo na ausência de melhorias nos marcadores biológicos.

Desse modo se torna necessário enfatizar a importância da capacitação da equipe multiprofissional para atender pacientes de forma a buscar uma adesão concreta através de técnicas comportamentais já comprovadas como eficazes.

REFERÊNCIAS

1-Adami, G.F. Feeding Behavior and Body Mass Index. In: Preedy, V.R. editor. Handbook of behavior, food and nutrition. New York: Springer. 2011. p. 891-910. doi:10.1007/978-0-387-92271-3_59.

2-Bellisle, F.; Dalix, A. Cognitive restraint can be offset by distraction, leading to increased meal intake in women. The American Journal of Clinical Nutrition. Num. 74. 2001. p. 197-200. doi: 10.1093/ajcn/74.2.197.

3-Bandstein, M; Mwinyi, J.; Ernst, B.; Thurnheer, M.; Schultes. B.; Schioth, H. B. A genetic variant in proximity to the gene LYPLAL1 is associated with lower hunger feelings and increased weight loss following Roux-en-Y gastric bypass surgery. Scandinavian Journal of Gastroenterology. Vol. 51. Num. 9. 2016. p. 1050-1055. doi:10.3109/00365521.2016.1166 519.

4-Busetto, L.; e colaboradores. Practical recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the post-bariatric surgery medical management. Obesity Facts. Vol. 10. Num. 6. 2017. p. 597-632. doi: 10.1159/000 481825.

5-Cambi, M.P.C.; Baretta, G.A.P. Guia alimentar bariátrico: modelo do prato para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Vol. 31. Num. 2. 2018. p. e1375. doi: /10.1590/0102-672020180001e1375.

6-Duarte, C.; Pinto-Gouveia, J.; Stubbs, R.J. Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for 70 binge eating. Clin Psychol Psychother. Vol. 24. Num. 6. 2017. p. O1437-O1447.

7-Egan, S.J.; Watson, H.J.; Kane, R.T.; McEvoy, P.; Fursland, A.; Nathan, P.R. Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. Cognitive Therapy and Research. Num. 37. 2013. p. 905-913. doi: 10.1007/s10608-012-9516-x

8-Glisenti, K.; Strodl, E. Cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy for treating obese emotional eaters. Clinical Case Studies. Vol. 11. Num. 2. 2012. p. 71-88. doi: 10.1177/1534650112441701.

9-Herman, C.P.; Polivy, J. A Boundary Model for the regulation of eating. In A. B. Stunkard & E. Stellar (Eds.), Eating and its disorders. 1984. p. 141-156. New York: Raven Press. doi: 10.3928/0048-5713-19831201-03.

10-Leal, C.W.; Baldin, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Vol. 29. Num. 3. 2007. p. 324-327. doi: 10.1590/S0101-81082007000300013.

11-Lourenço, A.S. A. Ingestão de Alimentos como Mecanismo de Regulação da Ansiedade. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa. Portugal. 2016.

12-Odom, J.; Zalesin, K.C.; Washington, T.L.; Miller, W.W.; Hakmeh, B.; Zaremba, D.L.; Altattan, M.; Balasubramaniam, M.; Gibbs, D. S.; Krause, K.R.; Chengelis, D.L.; Franklin, B. A.; McCullough, P.A. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. Obesity Surgery. Vol. 20. Num. 3. 2010. p. 349-56.

13-Natacci, L.C.; Ferreira Júnior, M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. Revista de Nutrição. Vol. 24. Num. 3. 2011. p. 383-394. doi: 10.1590/S1415-52732011000300002

14-Neufeld, C.B.; Moreira, C.A.M.; Xavier, G.S. Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos de Emagrecimento: o relato de uma experiência. Psico. 2012. Vol. 43. Num. 1. 2012. p. 93-100.

15-Novelli, I.R.; Fonseca, L.G.; Gomes, D.L.; Dutra, E.S.; Carvalho, K.M.B. Emotional eating behavior hinders body weight loss in women after Roux-en-Y gastric bypass surgery. Nutrition. Num. 49. 2018. p. 13-16, doi: 10.1016/j.nut.2017.11.017

16-Polacow, V., Costa, A.C.; Figueiredo, M. Comer com atenção plena (mindful eating). Nutrição Comportamental. Manole. 2015.

17-Puhl, R.M.; Heuer, C.A. The stigma of obesity a review and update. Obesity (Silver Spring). Vol. 17. Num. 5. 2009. p. 941-64. doi: 10.1038/oby.2008.636

18-Sant'Anna, E.M.C. O impacto do Mindfulness na adesão ao tratamento para perda de peso em mulheres inférteis e portadoras de síndrome dos ovários policísticos com sobrepeso ou obesidade. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas gerais. 2016.

19-Scagliusi, F.B.; e colaboradores. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com bulimia nervosa. In M.S. Alvarenga, F.B. Scagliusi, S.T. Philippi (Org.). Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole. 2011.

20-Travado, L.; Pires, R.; Martins, V.; Ventura, C.; Cunha, S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Análise Psicológica, Vol. 22. Num. 3. 2004. p. 533-550'.

21-Tribole, E.; Resch, E. Intuitive Eating. (3rd ed.). New York: St. Martin's Press. 2012.

Recebido para publicação em 15/07/2024
Aceito em 03/02/2025