

## COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES DE PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Aline Dantas de Jesus<sup>1</sup>, Kiriaque Barra Ferreira Barbosa<sup>2</sup>  
 Márcia Ferreira Cândido de Souza<sup>3</sup>, Alda Magna dos Santos Conceição<sup>1</sup>

### RESUMO

Alguns pacientes podem apresentar comportamentos alimentares inadequados antes e após a realização da cirurgia bariátrica, aumentando seu risco de insucesso. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar a presença de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrolado alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e naqueles já operados, a fim de observar o perfil comportamental destes indivíduos e a sua relação com o tempo de cirurgia e reganho ponderal. A amostra foi composta por 49 pacientes, sendo 19 no pré e 30 no pós-operatório, estes foram categorizados quanto ao reganho de peso e tempo de cirurgia e responderam ao Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-21). Foi realizado o Teste de Mann Whitney para análise das dimensões comportamentais e o teste Qui-quadrado para análise categórica das respostas dadas às perguntas do TFEQ-21. Houve predominância do gênero feminino (83,7%) e a média de idade foi de 43 ± 10 anos; a restrição cognitiva foi predominante no pré e pós-operatório, sendo que, no pré-operatório, a alimentação emocional e o descontrolado alimentar foram mais presentes; foi observada uma tendência, após 5 anos de cirurgia, de os pacientes apresentarem mais sinais de alimentação emocional, esse comportamento alimentar também se mostrou maior entre aqueles que reganharam peso. O componente restritivo do comportamento associado ao hábito alimentar foi predominante em indivíduos obesos independente da cirurgia, contudo, sua realização parece melhorar os sinais de descontrolado alimentar e alimentação emocional, podendo este comportamento retornar no pós-operatório tardio e ser um fator desencadeador da recuperação de peso.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Comportamento Alimentar.

1-Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE, Brasil.

### ABSTRACT

Food behavior of pre and post-bariatric surgery patients

Some patients may experience inappropriate eating behaviors before and after bariatric surgery, increasing their risk of failure. This study aimed to evaluate the presence of cognitive restraint, emotional eating and binge eating in patients eligible for bariatric surgery and those already operated in order to observe the behavioral profile of these individuals and their relationship to the time of surgery and weight regained. The sample consisted of 49 patients, 19 preoperatively and 30 postoperatively, these were categorized as the regained weight and surgery time and responded to the questionnaire of the Three Food Factors (TFEQ-21). It was held the Mann Whitney test for analysis of behavioral dimensions and the chi-square test for categorical analysis of the answers given to TFEQ-21 questions. There was a predominance of females (83.7%) and the mean age was 43 ± 10 years; cognitive restriction was prevalent in the pre and postoperative, and, in the preoperative group, emotional eating and binge eating were more present; a trend was observed after 5 years of surgery, patients have more emotional power signals, this feeding behavior was also higher among those who regained weight. The restrictive component of the behavior associated with eating habit was predominant in obese individuals regardless of surgery, however, its realization seems to improve the signs of binge eating and emotional eating, can this behavior back in the late postoperative period and be a triggering factor of recovery Weight.

**Key words:** Bariatric surgery. Obesity. Eating Behavior

2-Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, Brasil.

3-Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O tratamento convencional para obesidade, que compreende medidas medicamentosas e não medicamentosas (prescrição de dietas, incentivo a prática de atividade física e a terapia comportamental) vem se mostrando ineficiente na manutenção da perda ponderal em longo prazo em pacientes obesos graves (Lambert e colaboradores, 2006; Costa e colaboradores, 2009).

Frente a esta situação, a cirurgia bariátrica vem sendo adotada como tratamento para esses pacientes, pois, de acordo com Bagatini e colaboradores (2006), esse tratamento tem se mostrado eficaz na manutenção do controle de peso por longo tempo.

Entre os benefícios trazidos pela cirurgia bariátrica, destacam-se: redução superior a 50% do excesso de peso ou 30 a 40% do peso inicial, melhora dos parâmetros metabólicos, com redução da resistência à insulina e, em alguns casos, auxilia no controle do diabetes tipo II e hiperlipidemias (Pedrosa e colaboradores, 2009).

No entanto, têm sido observados em indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica transtornos psicológicos como depressão e ansiedade, além de alterações no comportamento alimentar (Nunes, 2006; Oliveira e Yoshida, 2009).

Após o procedimento cirúrgico, muitos indivíduos apresentam características de perda de controle sobre a alimentação, que podem estar associadas a fatores como depressão, impulsividade e ansiedade, prejudicando a adesão a hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis. Emoções como tristeza, raiva e estresse também tendem a afetar o comportamento alimentar (Torres, Nowson, 2007; Venâncio, Conceição e Machado, 2011).

Os principais padrões ou dimensões de comportamento associados ao hábito alimentar são: restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (Natacci e Ferreira, 2011).

O indivíduo em restrição cognitiva impõe a si mesmo uma série de obrigações e proibições alimentares para manter ou perder peso (Herman e Mack, 1975).

A alimentação emocional é referente à susceptibilidade do indivíduo em apresentar

mudanças na ingestão alimentar decorrente de alterações do humor ou situações difíceis.

O descontrole alimentar é caracterizado pela perda do autocontrole e consumo demorado de alimentos, com ou sem presença de fome (Tholin e colaboradores, 2005).

Em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, o comportamento alimentar é de grande relevância, uma vez que influenciará na quantidade e qualidade do alimento por eles ingerido, bem como na capacidade desses pacientes em seguir as orientações nutricionais, que se constituem como fatores fundamentais para a perda e manutenção do peso perdido em longo prazo (Venâncio, Conceição, Machado, 2011).

Esses comportamentos inadequados relacionados ao hábito alimentar podem ser desenvolvidos antes da cirurgia, e, quando persistem, podem aumentar o risco de insucesso pós-operatório (Silva e Araújo, 2012).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil de comportamento alimentar de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, bem como daqueles já operados, a fim de observar semelhanças e divergências comportamentais ligadas ao hábito alimentar nestes indivíduos e a sua relação com o tempo de cirurgia e ganho de peso.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal de caráter descritivo realizado com pacientes adultos, de ambos os sexos, candidatos à cirurgia bariátrica e aqueles já submetidos a essa cirurgia com tempos diferentes de pós-operatório, assistidos em nível ambulatorial no Hospital Universitário de Sergipe.

Foram incluídos no estudo os pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica que frequentam as consultas com a nutricionista. Foram considerados critérios de exclusão as condições fisiológicas de gestação e lactação.

Foi aplicado o Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-21), composto por 21 perguntas que visam identificar a presença de três variáveis comportamentais (restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar).

O TFEQ foi desenvolvido inicialmente com 51 itens por Stunkard e Messick (1985)

para análise de padrões de comportamento em indivíduos obesos.

Com o objetivo de facilitar a sua aplicabilidade, Tholin e colaboradores (2005) elaboraram uma nova versão com 21 itens que, posteriormente, foi traduzida e validada para o Brasil (Natacci, 2009).

Neste questionário, a restrição cognitiva aborda 6 itens, identificando o controle alimentar como forma de influenciar o peso.

A escala de alimentação emocional também possui 6 itens e mede o quanto que estados emocionais negativos influenciam na aptidão a comer exageradamente.

A terceira e última escala é de descontrole alimentar, contendo 9 itens que avaliam a propensão do indivíduo em perder o controle alimentar mediante presença de fome ou estímulos externos (Natacci, 2009).

Para determinar o grau de cada uma dessas variáveis, foram utilizadas as instruções de classificação fornecidas pelos autores do questionário: para os itens de 1 a 20 há uma escala de quatro pontos e uma escala de classificação numérica de oito pontos para o item 21.

A média de cada uma das variáveis foi calculada e transformada em uma escala de 0 a 100, quanto maior o valor maior foi a presença do comportamento. Foi feita uma análise categórica das respostas dadas a 20 questões, não sendo realizada em uma questão referente à restrição cognitiva por se tratar de uma classificação numérica quanto à auto percepção sobre seu comportamento restritivo.

Foi traçado o perfil de comportamento alimentar de todos os indivíduos, verificando-se qual variável comportamental mais prevalente em cada um dos grupos (pré-cirúrgico e pós-cirúrgico) e, posteriormente, realizada a associação entre as variáveis do comportamento alimentar com diferentes tempos de pós-cirúrgico e o ganho de peso.

Foi considerado ganho de peso o aumento de pelo menos 10% em relação ao menor peso pós-operatório.

Os dados foram apresentados em média (X), desvio padrão (DP) ou frequências

absolutas (n) e relativa (%). Foi considerado o nível de significância estatística de 5% de probabilidade ( $P < 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o Statistical Package for the Social Science, SPSS versão 17.0 para Windows. Foi realizado o Teste de Mann Whitney para análise das dimensões comportamentais e o teste Qui-quadrado para análise categórica das respostas dadas às perguntas do TFEQ-21.

Em conformidade com os princípios da declaração de Helsinki, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, Brasil (CAAE-0153.0.107.000-11). Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação do questionário.

## RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 49 pacientes, sendo 19 de pré-operatório de cirurgia bariátrica (CB) e 30 de pós-operatório. Houve predominância do gênero feminino (83,7%) e a média de idade dos pacientes foi de  $43 \pm 10$  anos.

Os pacientes no pós-operatório foram categorizados segundo o tempo de cirurgia, com ponto de corte de 5 anos, e quanto ao ganho de peso. Dentre esses pacientes, 21 (70%) apresentaram menos de 5 anos de operados.

Quanto ao ganho de peso, 10 (33,3%) dos pacientes apresentaram ganho de pelo menos 10% em relação ao menor peso pós-operatório (dados não apresentados em tabela).

O comportamento alimentar mais presente em ambos os grupos (pré e pós-operatório) foi referente à restrição cognitiva, sem diferença estatística entre eles.

Os pacientes no pré-operatório apresentaram mais sinais de alimentação emocional e descontrole alimentar quando comparados àqueles de pós-operatório (Tabela 1).

**Tabela 1** - Dimensões do comportamento associado ao hábito alimentar, dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, Aracaju-SE, 2016 (n=49).

	Pré (n = 19)				Pós (n=30)				p
	X	± DP	Min	Max	X	± DP	Min	Max	
RC	72	16	46	100	74	16	31	100	0,455
AE	52	21	25	91	37	19	25	100	0,010*
DA	48	16	25	83	33	9	25	66	< 0,001*

**Legenda:** RC: Restrição Cognitiva; AE: Alimentação Emocional; DA: Descontrole Alimentar; n: frequência absoluta; X: Média; DP: Desvio Padrão; Min: Valor mínimo; Max: Valor máximo. \*Teste de Mann Whitney,  $p < 0,05$ .

**Tabela 2** - Análise categórica das respostas dadas pelos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica quanto às dimensões do comportamento alimentar, por meio do Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ), Aracaju-SE, 2016 (n=49).

Restrição Cognitiva		Pré		Pós		p
		n	%	n	%	
Questão 1	Verdadeiro	11	57,9	21	70	0,386
Questão 2	Verdadeiro	9	47,4	21	70	0,113
Questão 3	Verdadeiro	16	84,2	26	86,70	1,000
Questão 4	Frequentemente	11	57,9	17	56,7	0,933
Questão 5	Disposto	17	89,5	21	70	0,165
<b>Alimentação Emocional</b>						
Questão 6	Verdadeiro	12	63,2	12	40	0,114
Questão 7	Verdadeiro	3	15,8	3	10	0,665
Questão 8	Verdadeiro	13	68,4	7	23,3	0,002*
Questão 9	Verdadeiro	4	21,1	6	20	1,000
Questão 10	Verdadeiro	7	36,8	3	10	0,033*
Questão 11	Verdadeiro	7	36,8	6	20	0,193
<b>Descontrole Alimentar</b>						
Questão 12	Verdadeiro	7	36,8	3	10	0,033*
Questão 13	Verdadeiro	12	63,2	7	23,3	0,005*
Questão 14	Verdadeiro	6	32,6	2	6,7	0,043*
Questão 15	Verdadeiro	5	26,3	0	0	0,006*
Questão 16	Verdadeiro	7	36,8	4	13,3	0,081
Questão 17	Verdadeiro	6	31,6	1	3,3	0,010*
Questão 18	Verdadeiro	8	42,1	6	20	0,095
Questão 19	Frequentemente	5	26,3	5	16,7	0,414
Questão 20	Quase sempre	3	15,8	3	10	0,547

**Legenda:** n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Questão1: consumo de pequenas porções alimentares para controle de peso; Questão2: Não consumo de alimentos que engordam; Questão3: controle nas refeições para evitar ganhar peso; Questão4: evitar guardar comidas tentadoras em casa; Questão5: Disposição para comer menos do que deseja; Questão6: Ato de comer motivado pela ansiedade; Questão7: Ato de comer motivado pela tristeza; Questão8: Ato de comer motivado pelo estresse; Questão9: Ato de comer motivado pela solidão; Questão10: Ato de comer motivado pelo nervosismo; Questão11: Ato de comer motivado pela depressão; Questão12: Sensação de não conseguir parar de comer; Questão13: Estar com alguém que está comendo dá vontade de comer; Questão14: Fome exagerada; Questão15: Dificuldade em parar de comer; Questão16: Vontade de comer motivada pelo aroma do alimento; Questão17: Fome constante; Questão18: Vontade de comer após ver um alimento; Questão19: Cometer excessos alimentares; Questão20: Frequência da fome. \*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ .

Quando analisadas categoricamente, houve diferença significativa entre as respostas dadas pelos pacientes de cada grupo (pré e pós-operatório) em questões ligadas a alimentação emocional e descontrole alimentar. Verificou-se que os pacientes no

pré-operatório são mais vulneráveis a comer em condições de estresse e nervosismo em relação aos pacientes já submetidos à cirurgia, do mesmo modo que apresentam fome em excesso e predisposição em comer na

presença de outra pessoa comendo (Tabela 2).

No tocante ao tempo de cirurgia, em ambos os grupos se verificou a predominância da restrição cognitiva. Quando comparados entre si, apesar de não haver significância estatística, foi possível verificar que o grupo com tempo de cirurgia superior a 5 anos exibiu uma tendência de apresentar sinais de alimentação emocional superiores ao grupo com menos de 5 anos (Tabela 3).

De acordo com as análises das respostas dadas pelos pacientes no Questionário dos Três Fatores Alimentares, foi possível constatar que aqueles que apresentam mais de 5 anos de operados foram mais vulneráveis a comer quando estavam ansiosos, quando comparados àqueles com menos de 5 anos de pós-operatório (Tabela 4).

**Tabela 3** - Dimensões do comportamento associado ao hábito alimentar em pacientes com diferentes tempos de pós-operatório de cirurgia bariátrica, Aracaju-SE (n=30).

	Menos de 5 anos (n=21)				Mais de 5 anos (n=9)				p
	X	± DP	Min	Max	X	± DP	Min	Max	
RC	76	14	37	100	70	19	37	96	0,363
AE	35	20	25	100	43	15	25	66	0,050
DA	34	10	25	83	32	7	25	47	0,081

**Legenda:** RC: Restrição Cognitiva; AE: Alimentação Emocional; DA: Descontrole Alimentar; n: frequência absoluta, X: Média; DP: Desvio Padrão; Min: Valor mínimo; Max: Valor máximo. Teste de Mann Whitney,  $p < 0,05$ .

**Tabela 4** - Análise categórica das respostas dadas pelos pacientes com diferentes tempos de pós-operatório de cirurgia bariátrica quanto às dimensões do comportamento alimentar, por meio do Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ), Aracaju-SE, 2016 (n=30).

		Menos de 5 anos		Mais de 5 anos		p
Restrição Cognitiva		n	%	n	%	
Questão 1	Verdadeiro	15	71,4	6	66,7	1,000
Questão 2	Verdadeiro	16	76,2	5	55,6	0,386
Questão 3	Verdadeiro	19	90,5	7	77,8	0,563
Questão 4	Frequentemente	13	61,9	4	44,4	0,443
Questão 5	Disposto	14	66,7	7	77,8	0,351
Alimentação Emocional						
Questão 6	Verdadeiro	5	23,8	7	77,7	0,013*
Questão 7	Verdadeiro	2	9,5	1	11,1	1,000
Questão 8	Verdadeiro	4	19	3	33,3	0,640
Questão 9	Verdadeiro	5	23,8	1	11,1	0,637
Questão 10	Verdadeiro	2	9,5	1	11,1	0,637
Questão 11	Verdadeiro	3	14,3	3	33,3	0,329
Descontrole Alimentar						
Questão 12	Verdadeiro	3	14,3	0	0	0,534
Questão 13	Verdadeiro	6	28,6	1	11,1	0,393
Questão 14	Verdadeiro	2	9,5	0	0	1,000
Questão 15	Verdadeiro	0	0	0	0	-
Questão 16	Verdadeiro	2	9,5	2	22,2	0,563
Questão 17	Verdadeiro	1	4,8	0	0	1,000
Questão 18	Verdadeiro	3	14,3	3	33,3	0,329
Questão 19	Frequentemente	4	19	1	11,1	1,000
Questão 20	Quase sempre	2	9,5	1	11,1	1,000

**Legenda:** n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Questão1: consumo de pequenas porções alimentares para controle de peso; Questão2: Não consumo de alimentos que engordam; Questão3: controle nas refeições para evitar ganhar peso; Questão4: evitar guardar comidas tentadoras em casa; Questão5: Disposição para comer menos do que deseja; Questão6: Ato de comer motivado pela ansiedade; Questão7: Ato de comer motivado pela tristeza; Questão8: Ato de comer motivado pelo estresse; Questão9: Ato de comer motivado pela solidão; Questão10: Ato de comer motivado pelo nervosismo; Questão11: Ato de comer motivado pela depressão; Questão12: Sensação de não conseguir parar de comer; Questão13: Estar com alguém que está

comendo dá vontade de comer; Questão14: Fome exagerada; Questão15: Dificuldade em parar de comer; Questão16: Vontade de comer motivada pelo aroma do alimento; Questão17: Fome constante; Questão18: Vontade de comer após ver um alimento; Questão19: Comer excessos alimentares; Questão20: Frequência da fome. \*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ .

Os pacientes que reganharam peso após a cirurgia apresentaram maior presença de alimentação emocional quando comparado ao grupo dos pacientes que não obtiveram ganho. Em ambos os grupos, o comportamento mais presente foi referente à restrição cognitiva (Tabela 5). Quando analisadas categoricamente, houve diferença significativa entre respostas dadas no

Questionário dos Três Fatores Alimentares pelos pacientes de cada grupo em questões ligadas a alimentação emocional e ao descontrole alimentar. Verificou-se que os pacientes que obtiveram ganho ponderal eram mais vulneráveis a comer quando estavam ansiosos e possuíam fome com mais frequência quando comparado ao grupo que não ganhou peso (Tabela 6).

**Tabela 5** - Dimensões do comportamento associado ao hábito alimentar em pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica classificados quanto ao ganho de peso, Aracaju-SE (n=30).

	Reganho (n=10)				Não Reganho (n=20)				p
	X	± DP	Min	Max	X	± DP	Min	Max	
RC	75	19	37	100	74	15	37	96	0,825
AE	48	23	25	100	32	15	25	79	0,036*
DA	36	12	25	66	32	8	25	61	0,274

**Legenda:** RC: Restrição Cognitiva; AE: Alimentação Emocional; DA: Descontrole Alimentar; Reganho: aumento de pelo menos 10% em relação ao menor peso pós-operatório; n: frequência absoluta, X: Média; DP: Desvio Padrão; Min: Valor mínimo; Max: Valor máximo. \*Teste de Mann Whitney,  $p < 0,05$ .

**Tabela 6** - Análise categórica das respostas dadas pelos pacientes que obtiveram ganho e os que não obtiveram ganho ponderal quanto às dimensões do comportamento alimentar, por meio do Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ), Aracaju-SE (n=30).

Restrição Cognitiva		Não Reganho		Reganho		p
		n	%	n	%	
Questão 1	Verdadeiro	13	65	8	80	0,675
Questão 2	Verdadeiro	14	70	7	70	1,000
Questão 3	Verdadeiro	18	90	8	80	0,584
Questão 4	Frequentemente	12	60	5	50	0,602
Questão 5	Disposto	12	60	9	90	0,204
<b>Alimentação Emocional</b>						
Questão 6	Verdadeiro	5	25	7	70	0,045*
Questão 7	Verdadeiro	4	5	2	20	0,251
Questão 8	Verdadeiro	3	15	4	40	0,181
Questão 9	Verdadeiro	4	50	2	20	1,000
Questão 10	Verdadeiro	1	5	2	20	0,251
Questão 11	Verdadeiro	1	5	2	20	0,251
<b>Descontrole Alimentar</b>						
Questão 12	Verdadeiro	2	10	1	10	1,000
Questão 13	Verdadeiro	5	25	2	20	1,000
Questão 14	Verdadeiro	1	5	1	10	1,000
Questão 15	Verdadeiro	0	0	0	0	-
Questão 16	Verdadeiro	2	10	2	20	0,584
Questão 17	Verdadeiro	1	5	0	0	1,000
Questão 18	Verdadeiro	2	10	4	40	0,141
Questão 19	Frequentemente	3	15	2	20	1,000
Questão 20	Quase sempre	0	9,5	3	30	0,030*

**Legenda:** n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Questão1: consumo de pequenas porções alimentares para controle de peso; Questão2: Não consumo de alimentos que engordam; Questão3: controle nas refeições para evitar ganhar peso; Questão4: evitar guardar comidas tentadoras em casa; Questão5: Disposição para

comer menos do que deseja; Questão6: Ato de comer motivado pela ansiedade; Questão7: Ato de comer motivado pela tristeza; Questão8: Ato de comer motivado pelo estresse; Questão9: Ato de comer motivado pela solidão; Questão10: Ato de comer motivado pelo nervosismo; Questão11: Ato de comer motivado pela depressão; Questão12: Sensação de não conseguir parar de comer; Questão13: Estar com alguém que está comendo dá vontade de comer; Questão14: Fome exagerada; Questão15: Dificuldade em parar de comer; Questão16: Vontade de comer motivada pelo aroma do alimento; Questão17: Fome constante; Questão18: Vontade de comer após ver um alimento; Questão19: Cometer excessos alimentares; Questão20: Frequência da fome. \*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ .

## DISCUSSÃO

### Comportamento alimentar no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

O presente estudo apresentou uma amostra predominantemente feminina, evidenciando dados já descritos na literatura que apontam as mulheres como maioria dos pacientes submetidos à CB (Jóia-Neto, 2010; Porcu e colaboradores, 2011; Lima, 2012; Silva-Neto, 2014).

A maior procura das mulheres pela cirurgia reflete questões culturais, com uma intensa valorização do corpo feminino magro. Além disso, as mulheres também possuem uma maior preocupação com seu estado de saúde quando comparadas aos homens (Nishiyana e colaboradores, 2007; Mota, Costa e Almeida, 2014).

Segundo Colles, Dixon e O'Brien (2008), a cirurgia bariátrica, pela restrição da capacidade gástrica, conduz a mudanças significativas no comportamento alimentar. A forte presença de restrição cognitiva no grupo de pós-operatório pode ser assim justificada pelo componente restritivo da cirurgia. Além disso, pacientes que realizaram essa cirurgia são obesos ou ex-obesos que temem a recuperação do peso perdido (Lima, 2012).

A CB mais realizada no Brasil e também adotada no HU de Sergipe é o Bypass gástrico, a qual é realizada por meio de um grampeamento cirúrgico do estômago, reduzindo em grande parte, sua capacidade de contenção dos alimentos e é feito um desvio na porção inicial do intestino. Esses mecanismos reduzem a fome e aumentam a saciedade (Copat, 2013).

Entende-se a evidente presença desse componente restritivo também entre os pacientes no pré-operatório, uma vez que, os pacientes que procuram esse tratamento são indivíduos com alto grau de obesidade e estudos apontam a presença de níveis

elevados de restrição cognitiva entre os indivíduos obesos (Viana, 2000; Viana e Sinde, 2003).

Os resultados do presente estudo apontaram que os pacientes no pré-operatório apresentam mais descontrole alimentar que aqueles no pós-operatório, sugerindo que antes da cirurgia estão mais propensos à alternância entre restrição alimentar e perda de controle ao comer. Isto é comum em indivíduos que possuem comportamento restritivo, estes conseguem controlar a fome e o desejo de comer por um período, mas, em outros, comem sem controle (Viana e Sendi, 2003).

Isso é menos comum nos pacientes de pós-operatório, possivelmente, pela diminuição do volume gástrico, que causa saciedade precoce com pequenas quantidades de alimento (Silva, 2012).

Um estudo realizado por Lang e colaboradores (2002) avaliou 66 indivíduos antes e após a CB por meio da aplicação do Eating Inventory e Compulsão Scale Questionnaire e observou que antes da cirurgia o comportamento mais presente foi o de desinibição (perda de controle sobre a comida) e a restrição cognitiva encontrava-se em níveis normais e, que após a cirurgia houve aumento da restrição cognitiva e diminuição desse descontrole. O presente estudo, apesar de não utilizar o mesmo instrumento, também verificou os mesmos resultados em relação à presença de descontrole alimentar.

Observou-se ainda que o grupo no pré-operatório apresentasse mais sinais de alimentação emocional e descontrole alimentar quando comparado ao grupo de pós-operatório. Esses resultados corroboram com um estudo de Mota, Costa e Almeida (2014), que utilizou o Questionário Holandês de Comportamento alimentar e Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck, e observou uma melhora da alimentação associada ao estado emocional dos pacientes após a cirurgia bariátrica.

Os sinais de alimentação emocional encontrados estavam em grande parte

relacionados ao estresse. A ingestão alimentar em diferentes condições emocionais parece ser mais frequente entre indivíduos com excesso de peso e a liberação de cortisol durante o estresse estimula essa ingestão (Gluck, Geliebter e Lorence, 2004; Bernardi, Cicheler e Vitolo, 2005).

O descontrole alimentar estava relacionado à fome exagerada e a vontade de comer estimulada pela simples presença de outra pessoa comendo.

Para Moorehead (2011), os indivíduos que buscam a cirurgia bariátrica para reversão da obesidade podem apresentar determinadas características como fome exagerada e descontrole alimentar, que estão relacionados ao sentimento desses indivíduos sobre estar com fome.

### **Comportamento alimentar nos diferentes tempos de pós-operatório de cirurgia bariátrica**

Segundo Magdaleno Junior, Chaim e Turato (2009), após a cirurgia bariátrica os pacientes podem vivenciar alguns episódios de reestruturação emocional devido às mudanças que tiveram de realizar na alimentação e a necessidade de seguir o tratamento para manutenção e controle do peso. Isso pode estar relacionado a maior presença de alimentação emocional, encontrados neste estudo, naqueles pacientes com tempo de cirurgia superior a 5 anos em comparação àqueles com tempo inferior.

O estudo de Lima (2012) associou a qualidade de vida e comportamento emocional da alimentação pelo TFEQ-R21 em pacientes no pós-operatório e demonstrou que fatores emocionais, provavelmente, continuam influenciando o consumo alimentar, mesmo no período pós-operatório de longo prazo.

### **Comportamento alimentar e reganho de peso**

O presente estudo apontou que 33,3% dos indivíduos da amostra que passaram pelo procedimento cirúrgico reganharam peso. A restrição cognitiva foi o comportamento mais presente independente do reganho de peso, sendo que aqueles que reganharam peso apresentaram mais sinais de alimentação emocional. Um estudo realizado por Silva (2012) que utilizou o TFEQ-R21 para análise

das dimensões do comportamento e objetivava avaliar os fatores associados ao reganho de peso no pós-operatório, observou que 23% dos pacientes apresentaram pelo menos 10% de reganho de peso, a restrição cognitiva também foi o comportamento mais presente, porém não houve diferenças entre as dimensões do comportamento daqueles pacientes que reganharam e os que mantiveram seu peso.

A presença de comportamentos alimentares prejudiciais pode diminuir a eficácia da CB no tocante a perda de peso, visto que representa um risco para o reganho ponderal por resultarem em uma maior ingestão energética. As adaptações fisiológicas relacionadas ao procedimento cirúrgico como o aumento da capacidade gástrica com o passar dos anos favorecem essa maior ingestão (Silva, 2013).

Desse modo, a alimentação motivada pela ansiedade pode ser apontada como um fator relacionado ao reganho de peso da amostra analisada no presente estudo.

Foi observado que os pacientes com reganho apresentavam mais descontrole alimentar associado à presença de fome, corroborando com um estudo conduzido por Kofman e colaboradores (2010), a partir da aplicação do Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-Revisado (QEWPR), que verificou que o descontrole alimentar estava correlacionado ao reganho ponderal no período pós-operatório.

Devido à presença desses comportamentos inadequados associados ao hábito alimentar em pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, reforça-se a necessidade do apoio de uma equipe multidisciplinar durante todo processo de tratamento, devendo esta equipe atentar-se para fatores psíquicos que influenciem a conduta desses pacientes e possam dificultar o sucesso da terapêutica.

### **CONCLUSÃO**

Através da aplicação do Questionário dos Três fatores Alimentares verificou-se que o componente restritivo foi predominante nestes indivíduos independentemente de estarem no pré ou pós-operatório.

No entanto, os pacientes no pré-operatório foram mais vulneráveis ao comer

excessivo com ou sem a presença de fome e pela alteração de humor.

Apesar de a cirurgia bariátrica está associada à diminuição do descontrole alimentar e da alimentação emocional nos pacientes, este último comportamento tornou-se mais evidente entre aqueles com tempo cirúrgico superior a cinco anos e aqueles que apresentaram ganho ponderal.

## REFERÊNCIAS

- 1-Bagatini, A.; Trindade, R.D.; Gomes, C.R.; Marcks, R. Anestesia para cirurgia bariátrica. Avaliação retrospectiva e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 56. Num. 3. 2006. p. 205-222.
- 2-Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas. Vol. 18. Num. 1. 2005. p. 85-93.
- 3-Colles, S.L.; Dixon, J.B.; O'Brien, P.E. Grazing and loss of control related to eating: two high risk factors following bariatric surgery. *Obesity*. Vol. 16. Num. 3. 2008. p. 615-622.
- 4-Copat, J.M.; Cirurgia bariátrica: A trama dos significados prévios à tomada de decisão. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2012.
- 5-Costa, A.C.C.; Ivo, M.I.; Cantero, W.B.; Tognini, J. R. F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. Campo Grande. Vol. 22. Num.1. 2009. p. 55-59.
- 6-Gluck, M.E.; Geliebter, A.; Lorence, M. Cortisol stress response is positively correlated with central obesity in obese women with binge eating disorder (BED) before and after cognitive-behavioral treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004. p. 202-207.
- 7-Herman, C.P.; Mack, D. Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. Vol. 43. Num. 3. 1975. p. 647-660.
- 8-Joia-Neto, L.; Lopes-Junior, A.G.; Jacob, C.E. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. Londrina. Vol. 24. Num. 4. 2010. p. 266-269.
- 9-Kofman, M.D.; Lent, M.R.; Swencionis, C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity*. Vol. 18. Num. 10. 2010. p. 1938-1943.
- 10-Lambert, M.L.; Kohn, L.; Vinck, I.; Cleemput, I.; Vlayen, J.; Leys, M.; Sande, S.V.; ramaekers, d. Pharmacological and surgical treatment of obesity: Residencial care for severely obese children in Belgium. *Bruxelles: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*, 2006. Disponível em: <[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20061027330.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027330.pdf)>. Acesso em: 03/06/2015.
- 11-Lang, T.; Hauser, R.; Buddeberg, C., Klaghofer, R. Impact of gastric banding on eating behavior and weight. *Obesity Surgery*. Vol. 12. Num. 1. 2002. p. 100-107.
- 12-Lima, L.S. Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília, 2012.
- 13-Magdalenno Junior, R.; Chair, E.A.; Turato, E.R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre. Vol. 31. Num. 1. 2009. p. 73-78.
- 14-Moorehead, M.K. A cirurgia bariátrica é uma cirurgia comportamental e um milagre terrestre: Perspectiva de uma psicóloga clínica. In: Franques, A.R.M.; Arenales-Loli, M.S.A. *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo. Vetor. 2011. cap. 9. p. 171-207.
- 15-Mota, D.C.L.; Costa, T.M.B.; Almeida, S.S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. Vol. 16. Num. 3. 2014. p. 100-113.
- 16-Natacci, L.C.; Ferreira JR, M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres

brasileiras. Revista de Nutrição. Campinas. Vol.24. Num.3. 2011. p. 383-394.

17-Nishiyama, M.F.; Carvalho, M.D.B.; Peloso, S.M., Nakamura, R.K.C., Peralta, R.M.; Marujo, F.M.P.S. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar. Vol. 11. Num. 2. 2007. p. 89-98.

18-Nunes, M. A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: Nunes, M.A.; Appolinário, J.C; Galvão, A.L; Coutinho, W. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2006. cap.3. p. 51-57.

19-Oliveira, J. H. A.; Yoshida, E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica. Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol. 22. Num. 1. 2009. p. 12-19.

20-Pedrosa, I. V.; Burgos, M. G. P. A.; Souza, N. C.; Morais, C. N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 36. Num. 4. 2009. p. 316-322.

21-Porcu, M.; Franzin, R.; Abreu, P. B; Previdelli, I. T. S; Astolfi, M. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Acta Scientiarum. Health Scienc. Vol. 33. Num. 2. 2011. p. 165-171.

22-Silva-Neto, E. F.; Vazquez, C. M. P.; Soares, F. M.; Silva, D. G.; Souza, M. F. C.; Barbosa, K. B. F. Cirurgia bariátrica reverte risco metabólico em pacientes assistidos em nível ambulatorial. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. Vol. 27. Num. 1. 2014. p. 38-42.

23-Silva, F. B. L. Fatores associados ao ganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em y-de-Roux. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília. 2012.

24-Silva, M. O.; Araújo, M. S. M. Desordem no comportamento alimentar e cirurgia bariátrica: relações e implicações. Comunicação em

Ciência da Saúde. Brasília. Vol. 24. Num. 2. 2009. p. 135-142.

25-Tholin, S.; Rasmussen, F.; Tynelius, P.; Karlsson, J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. American Journal of Clinical Nutrition. Vol.81. 2005. p.564-569.

26-Torres, S. J.; Nowson, C. A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition. Vol.23. 2007. p. 887-894.

27-Stunkard, A. J.; Messick, S. The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. Journal of Psychosomatic Reserch. Vol. 29. Num. 1. 1985. p 71-83.

28-Viana, V.M.C. Estudo do comportamento alimentar, do estado de nutrição e de alguns fatores psicossociais associados num grupo de adolescentes. Tese de Doutorado em Nutrição Humana. Universidade do Porto. 2000.

29-Viana, V.; Sinde, S. Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. Vol. 28. Num. 1. 2003. p. 59-71.

E-mails dos autores:  
alinessd@hotmail.com  
kiribarra@yahoo.com.br  
marciafcandido@bol.com.br  
aldamagna.14@gmail.com

Endereço para correspondência:  
Kiriaque Barra Ferreira Barbosa.  
Universidade Federal de Sergipe.  
Departamento de Nutrição, Cidade  
Universitária Prof. José Aloísio de Campos  
Cidade: São Cristóvão, Sergipe.

Recebido para publicação em 04/08/2016  
Aceito em 08/11/2016