

COMPORTAMENTO E HÁBITOS ALIMENTARES DOS PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Behavior and Eating Habits of Patients Submitted to Bariatric Surgery

Andréa Cajai Rocha¹
Karina dos Reis Hociko¹
Profa. Tatiane Vanessa de Oliveira²

¹Estudantes do Curso de Bacharelado em Nutrição cajaiandrea@gmail.com ;
karinahociko@gmail.com

²Professora do Centro Universitário Senac tatiane.voliveira@sp.senac.br

Resumo

A obesidade é uma doença de origem multifatorial de longa duração apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública do mundo. Este trabalho visa identificar o comportamento e os hábitos alimentares dos pacientes após cirurgia bariátrica, relacionando-os à retomada do ganho de peso, ao acompanhamento nutricional, ao comportamento alimentar restritivo e à mudança de estilo de vida. Para isso, foi aplicado um questionário com 37 questões usando o aplicativo SurveyMonkey® por meio da rede social Facebook® e WhatsApp® e posterior tratamento dos dados por percentual no próprio aplicativo. Foi constatado que há uma predominância da recidiva de peso nos pós bariátricos, principalmente após dois anos da cirurgia. Não são prevalentes o acompanhamento nutricional, os hábitos alimentares e comportamentais adequados e as dietas restritivas, porém nota-se a presença principalmente da ansiedade no momento da alimentação e a insatisfação com o hábito alimentar e consigo mesma. Evidenciou-se a importância de novos estudos quanto à relação de hábitos e comportamentos inadequados dos pós bariátricos, com o reganho de peso e atitudes alimentares antes e após a cirurgia.

Palavras-chave: 1. Cirurgia bariátrica. 2. Ganho de peso. 3. Obesidade. 4. Comportamento alimentar. 5. Educação Nutricional. 6. Dieta.

Abstract

Obesity is a multifactorial and chronic disease that has been identified by the World Health Organization (WHO) as a serious public health problem worldwide. The purpose of this study was to identify the behavior and eating habits of patients after bariatric surgery and their relation to weight regain, nutritional follow-up, restrictive eating behavior, and lifestyle change. To accomplish that, a questionnaire composed of 37 questions was applied using SurveyMonkey® through social networks Facebook® and WhatsApp®. Data processing was obtained through the percentage provided by the apps. It was observed that weight relapse is prevalent in post bariatric patients, mainly after two years of surgery. In this population, lack of nutritional follow-up, inappropriate eating and behavioral habits, feeling of anxiety at meal time, disapproval of one's own eating habits, and body dissatisfaction were also noted. By contrast, restrictive eating behavior was not prevalent in this population. Further studies are necessary to evaluate the relationship between habits and behaviors of post bariatric patients that result in weight regain and food choices before and after surgery.

Keywords: 1. Bariatric surgery. 2. Weight Gain. 3. Obesity. 4. Feeding Behavior. 5. Food and Nutrition Education. 6. Diet.

Contextos da Alimentação – Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade
Vol. 6 no. 1 – Dezembro de 2018, São Paulo: Centro Universitário Senac
ISSN 2238-4200

Portal da revista Contextos da Alimentação: <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistacontextos/>

E-mail: revista.contextos@sp.senac.br

Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a obesidade como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde (ABESO, 2009).

A prevalência de obesidade aumentou em todos os grupos etários, principalmente nos países desenvolvidos e a OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões serão obesos. Dados estatísticos revelam o aumento de 1220% nos homens e de 16-25% nas mulheres nos últimos 10 anos em todo o mundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, no Brasil, o sobrepeso atingia 50,1% dos homens e 48% das mulheres e a obesidade acometia 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres.

A morbidade associada a obesidade grave leva ao desenvolvimento de outras doenças como, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, diabetes *mellitus* tipo 2, disfunções respiratórias e outras, gerando o termo "obesidade mórbida". Consequentemente compromete a qualidade de vida, gera uma extrema instabilidade emocional e surge a busca por um tratamento definitivo, como a intervenção cirúrgica (CUPPARI, 2005).

É uma doença de origem multifatorial que envolve a aplicação de vários tratamentos conjuntos, como o acompanhamento nutricional, a utilização de fármacos e a prática regular de exercícios físicos. Contudo, alguns pacientes por não responderem com eficácia aos tratamentos convencionais, recorrem a cirurgia bariátrica (CB) que é uma intervenção invasiva e consiste na redução do volume gástrico associado ou não ao desvio intestinal, tornando reduzida a capacidade de comer em grandes quantidades e a capacidade de absorção no intestino, ocasionando a redução de peso (ABESO, 2009).

A CB tem a finalidade de provocar a redução/perda de peso e assim aumentar a expectativa de vida dos operados, e associada a uma educação nutricional, mudanças nos hábitos de vida e a prática de atividade física tem se mostrado uma abordagem eficiente a longo prazo (SEGAL; FRANDIÑO, 2002; CAÇULA *et al.*, 2015).

No Brasil, a CB surgiu na década de 1970 na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com o cirurgião Salomão Chaib, sendo hoje o segundo país no mundo que mais realiza a cirurgia bariátrica, com cerca de 93,5 mil registros por ano, atrás apenas dos EUA (SBCBM, 2018).

A maior difusão da CB ocorreu depois do ano 2000, com a abordagem minimamente invasiva por laparoscopia com vantagens na recuperação pós-operatória. Diversas técnicas cirúrgicas têm sido empregadas com maior ou menor sucesso no tratamento da obesidade mórbida, sendo as mais utilizadas atualmente a derivação gástrica em *Y de Roux - By-pass* e a gastroplastia vertical – *Sleeve* (WAITZBERG, 2017).

A Sociedade Brasileira em Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2018), determina que o candidato à CB deve encaixar-se em determinados critérios, independentemente da técnica cirúrgica, tais como ter no mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso no tratamento clínico, índice de massa corporal (IMC), acima de 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m² associado a comorbidades relacionadas a obesidade mórbida. Recentemente o Conselho Federal de Medicina aumentou o rol dessas comorbidades, considerando a insuficiência cardíaca congestiva, asma grave não controlada, esteatose hepática, infertilidade masculina e feminina, estigmatização social e depressão, promovendo maior acesso à população (ABESO, 2018).

De acordo com Novelle e Alvarenga (2018), a CB além de proporcionar a perda de peso rápida tendo como esperado a redução de 50% do excesso de peso, também apresenta melhoras nas comorbidades clínicas presentes no paciente. Contudo, o paciente submetido a CB pode apresentar complicações pós-operatórias, como a deficiência de nutrientes e problemas psicossociais relacionados com a parte física, social e mental, os quais podem envolver a sua imagem corporal, os aspectos cognitivos, os fatores comportamentais e psicológicos.

Segundo Costa (2013), o sucesso da CB envolve o tratamento com uma equipe multidisciplinar composta por especialistas que inclui o cirurgião bariátrico, o endocrinologista, nutricionista, o

psicólogo e/ou psiquiatra, e eventualmente outros como (cardiologista, hematologista, fisioterapeuta), que juntos irão avaliar e orientar desde a orientação dietética, programação de atividades físicas e as mudanças comportamentais, afim de contribuir para a conquista e manutenção de bons resultados.

O acompanhamento nutricional no pós-operatório é essencialmente importante devido às inúmeras alterações de hábitos alimentares que o paciente irá desenvolver como: a ingestão de pequenas porções; mudança no hábito de mastigação e tempo para se alimentar; intolerâncias a certos tipos de alimentos e suplementação com polivitamínicos (CRUZ; MORIMOTO, 2004). Quando realizado rotineiramente, pode identificar e intervir precocemente em situações pós-operatórias de perda insuficiente ou reganho do excesso de peso, além das deficiências nutricionais (FAINTUCH *et al.*, 2004; MAGRO *et al.*, 2008).

No estudo de Menegotto *et al.* (2013), conclui-se que após dois anos de CB, apenas 15% dos pacientes mantém um acompanhamento médico e nutricional. Já Blomain *et al.* (2013), observaram que após o procedimento de CB, metade das pessoas voltam a engordar parcialmente e 5% retornam ao peso anterior a cirurgia.

Sendo assim, de acordo com Silva e Kelly (2013), tem se observado um reganho de peso nos pacientes bariátricos, após dois anos da cirurgia, os quais podem estar relacionados com os fatores biológicos como as adaptações anatômicas, alterações de hormônios liberados pelo trato gastrointestinal que são responsáveis pelo controle da fome e saciedade. Além disso, somam-se os fatores comportamentais como o sedentarismo, as restrições alimentares, o não acompanhamento às consultas pós-operatórias, com o pensamento de que não são necessárias a longo prazo, assim como os transtornos alimentares, caracterizados por alterações da imagem corporal, comportamento e atitude alimentar como a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP).

Deste modo, a mudança não está apenas em submeter-se à CB, é preciso a mudança de hábitos e educação alimentar para o resto da vida (GARRIDO, 2013). Os comportamentos associados aos hábitos alimentares nos pacientes pós-bariátricos são relevantes, pois são determinantes para a perda de peso e a sua manutenção por um longo prazo, onde a quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos e o seguimento das orientações nutricionais é de fundamental importância para a manutenção do objetivo desejado (JESUS *et al.*, 2017).

Diante do exposto justificou-se a necessidade de uma pesquisa que se debruçou em um olhar sobre os comportamentos e hábitos alimentares dos pacientes pós CB, identificando se existe relação com o reganho de peso, com a falta da prática de atividade física, restrições alimentares, abandono do tratamento nutricional ou por fatores comportamentais, os quais podem comprometer o sucesso da cirurgia e a qualidade de vida.

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Estudar fatores alimentares e comportamentais dos pacientes pós cirurgia bariátrica.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a presença do reganho de peso nos pacientes pós cirurgia bariátrica, após 2 anos.

Verificar a presença do acompanhamento nutricional pós cirurgia bariátrica.

Identificar a presença de dietas restritivas nos pacientes pós cirurgia bariátrica.

3. Metodologia

O presente estudo consistiu em uma pesquisa de campo exploratória que foi realizada com 100 indivíduos adultos entre 19 e 59 anos de idade, de ambos os gêneros, que foram submetidos a qualquer uma das técnicas de CB reconhecidas no Brasil como a banda gástrica ajustável,

gastrectomia vertical (cirurgia de *Sleeve*), cirurgia derivativas (*Bypass com Y de Roux, Scorpiano e Switch*), que estão descritas na resolução CFM nº2.131/2015.

Os sujeitos da pesquisa eram contatados por meio de convite pela rede social Facebook®, participantes ou não de grupo fechados, com o tema CB e por convites diretos às pessoas conhecidas das pesquisadoras, utilizando um *link* (gerado pela plataforma SurveyMonkey®) que foi disponibilizado para o e-mail ou WhatsApp®.

Foram excluídos os respondentes que realizaram a CB a menos de um ano e os que sinalizaram estar gestantes, amamentando, em tratamento de quimioterapia, radioterapia e em uso de medicamentos imunossupressores, ou que apresentavam outras doenças não relacionadas a cirurgia.

Para a obtenção dos dados foi proposto um questionário como instrumento de pesquisa embasado nos formulários: *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS, 1998), que avalia a qualidade de vida do paciente pós-bariátrica e o questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA), validado por Wardle (1987), traduzido e adaptado para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001), que avaliam a alimentação restritiva e a alimentação emocional.

O instrumento utilizado foi um questionário autoaplicável composto por 37 questões, sendo 02 abertas e 35 fechadas, que versavam sobre: dados sociodemográficos, como faixa etária, gênero, renda e escolaridade; dados clínicos, como tipo e tempo da cirurgia realizada, peso, se houve recidiva de peso; dados sobre hábitos alimentares posteriores a cirurgia, como consumo diário de doces e/ou produtos açucarados, de processados e ultraprocessados, de gorduras ou frituras, de refrigerantes ou sucos industrializados, de verduras e legumes, de saladas e de frutas, além do consumo de alimentos diet e light, de bebidas alcólicas e a quantidade de refeições diárias; dados comportamentais, como se costuma pular refeições, se come menos proposadamente para não engordar, se controla rigorosamente o que come, se evita comer quando está com fome, se fica apavorado com a ideia de engordar, se tem o hábito de “beliscar” entre as refeições e o sentimento na hora da refeição; e por último dados sobre qualidade de vida, como a prática de alguma atividade física, se faz acompanhamento nutricional e/ou psicológico atualmente, se está satisfeito com o seu hábito alimentar, sua saúde, seu sono e consigo mesma.

O questionário ficou disponível para as respostas por um período de 15 dias, de 05 a 20 de setembro de 2018, na plataforma SurveyMonkey® (2018) no endereço eletrônico (<https://pt.surveymonkey.com/r/PESQUISABARIATRICA>).

Os tratamentos dos dados foram predominantemente quantitativos e a tabulação foi realizada por percentual conduzidos pela plataforma já mencionada. Foram analisados e confrontados com a literatura através da busca bibliográfica nas bases de dados Lilacs, PubMed (*US National Library of Medicine*), e Scielo (*The Scientific Electronic Library Online*), com os descritores cirurgia bariátrica, ganho de peso, obesidade, comportamento alimentar, educação nutricional e dieta, sem restrição de período ou tipo de estudo, considerando os artigos que avaliavam ou revisavam obesidade e a CB como tratamento, perda e reganho de peso após a cirurgia, comportamentos alimentares prévios e pós cirurgia. Também foram considerados os artigos sobre o acompanhamento nutricional após o procedimento cirúrgico.

A coleta de dados foi iniciada apenas após o consentimento dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que foi disponibilizado pelo próprio aplicativo com a finalidade de prestar aos participantes da pesquisa o mais amplo esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, para que a sua manifestação de vontade no sentido de participar ou não, fosse livre e consciente. Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes, além da conscientização desses quanto à publicação de seus dados.

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram baseados nos

procedimentos éticos e científicos fundamentais, disposto na Resolução N.º 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Resultados

Dos respondentes desta pesquisa a sua grande maioria foram mulheres (95%), com idade predominante (86%) entre 30 e 49 anos e escolaridade variando de curso superior (38,95%), pós-graduação (30,53%), ensino médio (29,47%) e fundamental (1,05%). Em relação aos homens foram 5% dos respondentes, onde foi verificado que a idade prevalente era igual ao das mulheres e a escolaridade ficou concentrada no nível superior (60%) e pós-graduação (40%).

A renda familiar prevalente do total dos participantes, com 52%, ficou no intervalo acima de 2 até 6 salários mínimos, seguida de 21% acima de 6 até 10 salários mínimos, 15% até 2 salários mínimos inclusive e 10% acima de 10 salários mínimos.

Em relação ao tipo de cirurgia bariátrica realizada pelos entrevistados, verificou-se a predominância da *By pass (Y-Roux)* com 88% dos participantes, seguido da *Sleeve* com 9%, *Switch* (Duodenal) com 2% e Banda ajustável (anel) com 1%. A respeito do tempo da realização da cirurgia, nota-se um equilíbrio entre os intervalos apresentados aos participantes sendo uma maior concentração entre 2 e 4 anos de operado, com 30%.

Em relação aos respondentes que já realizaram a CB há mais de 2 anos, foram contabilizadas 74 pessoas, onde observou-se que 63 dessas (85,14%), tiveram ganho de peso contra 11 pessoas (14,86%) que não tiveram. Além disso, foi verificado que 8 pessoas que realizaram a CB com menos de 2 anos também tiveram ganho peso, demonstrando ao final que 71% do total dos participantes da pesquisa apresentaram algum ganho de peso, independente do tempo de realização da sua CB.

No que tange aos valores de ganho de peso após 2 anos da cirurgia, foi identificado que das 63 pessoas nessa situação, 25,40% tiveram mais de 20 quilos de ganho de peso, 20,63% ganharam de 10 a 20 quilos e 26,98% obtiveram ganho de 5 a 10 quilos e de 1 a 5 quilos respectivamente. Observou-se que os participantes que ganharam mais de 10 quilos de peso, a grande maioria já realizou sua CB há mais de 4 anos.

Em relação aos hábitos alimentares dos pós bariátricos, observou-se que 55% dos participantes consomem diariamente produtos processados e ultraprocessados e 53% tem o hábito de ingerir alimentos açucarados ou doces. No entanto, consomem diariamente saladas nas suas refeições (69%), verduras e legumes (56%) e uma a duas frutas diariamente (69%).

Além disso eles não tem o hábito de ingerir refrigerantes e sucos industrializados (62%), não consomem gorduras ou frituras diariamente (76%) e nem tem o hábito de consumir bebidas alcoólicas (56%) de acordo com o descrito na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo os hábitos alimentares em relação ao ganho ou não de peso.

	Sem ganho de peso n=29 (%)	Com ganho de peso n=71 (%)	Total de n= 100 participantes (%)
Consumo de processados e ultraprocessados diariamente			
Sim	10 (34,48)	45 (63,38)	55
Não	19 (65,52)	26 (36,62)	45
Consumo de doces ou produtos açucarados diariamente			
Sim	12 (41,38)	41 (57,75)	53
Não	17 (58,62)	30 (42,25)	47
Consumo de alimentos diet e light			
Sim	13 (44,83)	40 (56,34)	53
Não	16 (55,17)	31 (43,66)	47
Consumo de gorduras ou frituras diariamente			
Sim	1 (3,45)	23 (32,39)	24
Não	28 (96,55)	48 (67,61)	76
Consumo de refrigerantes ou sucos industrializados diariamente			
Sim	6 (20,69)	32 (45,07)	38
Não	23 (79,31)	39 (54,93)	62
Consumo de verduras e legumes diariamente			
Sim	23 (79,31)	46 (64,79)	69
Não	6 (20,69)	25 (35,21)	31
Consumo de saladas diariamente			
Sim	17 (58,62)	39 (54,93)	56
Não	12 (41,38)	32 (45,07)	44
Consumo de frutas diariamente			
Nenhuma	4 (13,79)	19 (26,76)	23
De uma a duas	24 (82,76)	45 (63,38)	69
De três a quatro	0 (0,00)	7 (9,86)	7
De cinco ou mais	1 (3,45)	0 (0,00)	1
Uma	0 (0,00)	0 (0,00)	0
Duas	1 (3,45)	2 (2,82)	3
Três	1 (3,45)	11 (15,49)	12
Quatro ou mais	27 (93,10)	58 (81,69)	85

Número de refeições diárias

Fonte: Autoras (2018)

Foi verificado que um pouco mais da metade dos participantes não tem o costume de pular refeições (53%), não deixam de comer proposadamente para não aumentar o peso (66%), não controlam rigorosamente o que comem (72%) e nem evitam comer quando está com fome (88%). Além disso foi constatado que 80% tem o hábito de "beliscar" entre as refeições e 85% tem receio de engordar. Foi observado que 66% dos entrevistados não realizam nenhuma atividade física atualmente aumentando o valor no grupo dos que reganharam peso após a CB, chegando ao percentual de 73,24%.

A pesquisa observou ainda que os participantes comem principalmente quando se sentem ansiosos (72%), deprimidos ou impacientes (41%) e sozinhos (39%), contrabalanceando com os motivos alegre ou animado (18%). Além disso foi verificado pela pesquisa, que apesar de mais da metade do total dos participantes estarem satisfeitos com a sua saúde (62%) e com seu sono (57%), uma parte considerável não está satisfeita com seu hábito alimentar (69%) e nem consigo mesmo (54%), conforme observa-se na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo as características comportamentais em relação ao reganho ou não de peso.

	Sem reganho de peso n=29 (%)	Com reganho de peso n=71 (%)	Total de n= 100 participantes %
Costuma "pular" refeições			
Sim	0 (34,48)	37 (52,11)	47
Não	19 (65,52)	34 (47,89)	53
Come menos, proposadamente, para não aumentar o peso			
Sim	6 (20,69)	28 (39,44)	34
Não	23 (79,31)	43 (60,56)	66
Controla rigorosamente o que come			
Sim	8 (27,59)	20 (28,17)	28
Não	21 (72,41)	51 (71,83)	72
Leva em consideração o peso na escolha alimentar			
Sim	18 (62,07)	33 (46,48)	51
Não	11 (37,93)	38 (53,52)	49
Evita comer quando está com fome			
Sim	0 (0,00)	17 (23,94)	17
Não	29 (100,00)	54 (76,06)	83
Fica apavorado com a ideia de engordar			
Sim	21 (72,41)	64 (90,14)	85
Não	8 (27,59)	7 (9,86)	15
Hábito de "beliscar" entre as refeições			
Sim	21 (72,41)	59 (83,10)	80
Não	8 (27,59)	12 (16,90)	20
Realiza alguma atividade física			
Sim	15 (51,72)	19 (26,76)	34
Não	14 (48,28)	52 (73,24)	66

Come quando se sente			
Ansioso		56 (78,87)	72
Deprimido	16 (55,17) 5 (17,24)	36 (50,70)	41
Impaciente	10 (34,48)	31 (43,66)	41
Sozinho	8 (27,59)	31 (43,66)	39
Aagitado	6 (20,69)	31 (43,66)	37
Irritado	5 (17,24) 1 (3,45)	27 (38,03)	32
Com medo		10 (14,08)	11
Alegre	4 (13,79)	14 (19,72)	18
Animado	3 (10,34)	15 (21,13)	18
Satisfação com o hábito alimentar			
Sim	18 (62,07)	13 (18,31)	31
Não	11 (37,93)	58 (81,69)	69
Satisfação com a saúde			
Sim	28 (96,55) 1 (3,45)	34 (47,89)	62
Não		37 (52,11)	38
Satisfação com o sono			
Sim	23 (79,31) 6 (20,69)	34 (47,89)	57
Não		37 (52,11)	43
Satisfação consigo mesmo			
Sim	26 (89,66) 3 (10,34)	20 (28,17)	46
Não		51 (71,83)	54

Fonte: Autoras (2018)

Em se tratando de acompanhamento nutricional após a CB, foi observado que do total dos 100 participantes da pesquisa apenas 27% fazem acompanhamento nutricional atualmente e 73% não o fazem. No que tange ao acompanhamento psicológico atualmente, foi verificado que 18% o fazem e 82% não fazem.

Além disso, foi observado que do total dos participantes que tiveram ganho de peso (71 pessoas), apenas 13 fazem acompanhamento nutricional atualmente, sendo que 6 pessoas realizaram a cirurgia a menos de 2 anos. Em relação aos que fazem acompanhamento psicológico atualmente e que ganharam peso, foram contabilizadas 12 pessoas com tempo de operado de até 4 anos.

5. Discussão

Corroborando com o resultado dessa pesquisa, a predominância da cirurgia bariátrica nas mulheres é maior do que em homens. Cerca de 70% dos pacientes que realizam cirurgia bariátrica no Brasil são mulheres, e, de acordo com a SBCBM (2018), as mulheres tendem a se importar mais com a questão estética e/ou social e com a perda de qualidade de vida relacionadas com a obesidade.

Além disso, na mulher o controle de peso é mais procurado devido a associação da obesidade com uma maior predisposição ao câncer de mama, endométrio, ovários policísticos, infertilidade e doenças cardiovasculares. Somam-se a isso a aparência física incompatível com a padronizada pela sociedade, limitações impostas pela obesidade e insucesso nas várias tentativas prévias de emagrecimento (BARDAL, CECCATTO e MEZZOMO, 2016).

O *by pass* gástrico em *Y de Roux* é a técnica mais praticada no mundo, e no Brasil representa 75% das cirurgias realizadas. É considerada a técnica padrão ouro devido a sua segurança, eficácia na perda de peso e no efeito metabólico. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial e tem bons resultados no controle das doenças relacionadas ao excesso de peso como o diabetes e a hipertensão arterial (GARRIDO; SBCBM, 2017).

Apesar da eficácia da CB quanto a perda de peso e diminuição das comorbidades, pode acontecer a recuperação do peso a longo prazo, onde segundo Magro *et al.* (2008), 50% dos pacientes da sua pesquisa tiveram um reganho de peso após 2 anos da cirurgia *by pass*. Ainda segundo estudos de Packeji *et al.* (2010) e Dalcanale *et al.* (2007), foi observado que 30,6% dos pós-bariátricos apresentaram um reganho de peso moderado, corroborando assim com o resultado dessa pesquisa que identificou reganho de peso dos participantes após 2 anos da CB.

Alguns fatores contribuem para o reganho de peso como: aumento do consumo energético, a não mudança nos hábitos e comportamentos alimentares, distúrbios alimentares, sedentarismo, alteração dos níveis de alguns hormônios, uma baixa adesão ao acompanhamento da equipe multidisciplinar no pós-operatório entre outros (BARDAL, CECCATTO e MEZZOMO, 2016).

O reganho de peso e uma possível recuperação do peso anterior da CB, comprova o conceito que a obesidade é uma doença crônica, progressiva e que necessita de tratamento específico com acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar e mudanças nos comportamentos e hábitos alimentares (NOVAIS, LEITE e OLIVEIRA, 2010).

Campos (2018), defende que quando o paciente não adota hábitos saudáveis, que foram orientados desde antes da operação, podem ocorrer problemas relacionados ao aumento do peso pós-cirúrgico. E para minimizar situações desse tipo deve ser ressaltado o importante papel do acompanhamento nutricional e psicológico da cirurgia durante todo o processo e manutenção.

De acordo com os respondentes da pesquisa verificou-se que quanto maior o tempo de realização da CB, menor a adesão ao acompanhamento nutricional. Além disso dos que reganharam peso, 81,69% não fazem acompanhamento nutricional atualmente. A pesquisa demonstrou ainda que, das pessoas que não reganharam peso, 51,72% ainda fazem acompanhamento nutricional atualmente. Isso confirma que o acompanhamento nutricional no pós-operatório da CB pode favorecer a identificação e a intervenção precoce na perda de peso insuficiente ou na recidiva de peso, assim como em deficiências nutricionais, contribuindo favoravelmente para o sucesso do tratamento cirúrgico (SACBIM, ELUF e TESS, 2012).

Em relação ao acompanhamento psicológico verificou-se que o mesmo é realizado por um tempo maior após a CB. Para a manutenção do peso após a CB, é necessário um acompanhamento multidisciplinar com profissionais da área médica, nutrição, psicologia e educação física com o intuito de garantir os esperados resultados duradouros da cirurgia. (BARDAL, CECCATTO e MEZZOMO, 2016).

A maioria dos participantes (85%) referiu o consumo de mais de 4 refeições diárias, indicando uma prática adequada e indicada para os que realizam a CB, pois o fracionamento das refeições é necessário para que o indivíduo não fique muitas horas sem se alimentar ficando com exagerada fome e escolha alimentos hipercalóricos na refeição seguinte. De acordo com o estudo de Valezi *et al.* (2008) com bariátricos após 12 meses de cirurgia, foi demonstrado que 62% destes consumiam 4 ou 5 refeições por dia, e apenas 26,7% mais de 5 refeições por dia.

O consumo de saladas, frutas, verduras e legumes é diário pela maioria dos pacientes, indicando que esse tipo de hábito é de grande importância pois são fonte de fibras, aumentam a saciedade, auxiliam na perda de peso e são alimentos ricos em micronutrientes, ajudando assim na obtenção de bons resultados pós CB (GUSMÃO *et al.*, 2014). Observou-se, também, que esse hábito alimentar é maior nos bariátricos que não reganharam peso, demonstrando assim que hábitos alimentares saudáveis auxiliam no sucesso na cirurgia e na não recidiva de peso.

No grupo pesquisado 55% do total dos participantes relataram que consomem diariamente produtos processados e ultraprocessados como bolachas recheadas, salgadinhos de pacote, embutidos, enlatados, etc e que 53%, fazem uso de doces e produtos açucarados como doce

de padaria, sorvete, chocolate, etc. Além disso, observou-se que 82% desses participantes ganharam peso. Isso remete a uma prática alimentar não adequada, pois esses alimentos são calóricos, ricos em gordura saturadas e trans, pobres em nutrientes e estão relacionados ao ganho de peso e gordura corporal, sendo desaconselhado seu consumo (PAIXÃO *et al.*, 2018).

O hábito da atividade física regular é um fator de fundamental importância na perda e manutenção de peso e deve ser estimulado para os pacientes pós bariátrica. No presente estudo, uma grande parte dos participantes não aderiu esse hábito o qual pode ser um fator para o insucesso da CB com consequente ganho de peso. Segundo um levantamento feito com pacientes que realizaram a CB (do tipo *By pass*), 74% dos pacientes que tiveram sucesso no tratamento da obesidade faziam exercícios físicos regularmente (SILVA e KELLY, 2013).

Pacientes que fazem a CB são pessoas que foram obesas e temem a recuperação do peso em algum momento, justificando o sentimento da grande maioria da pesquisa de ficar apavorado com a ideia de engordar. Os bariátricos podem desenvolver comportamentos alimentares restritivos cognitivos favorecendo a longo prazo a um ganho de peso (LIMA, 2012).

Colles, Dixon e O'Brien (2008) se referiram aos gatilhos emocionais e situações que desencadeiam o desejo de comer após a cirurgia bariátrica. Perceberam que medo intenso de readquirir peso e percepção do retorno de velhos hábitos alimentares são os fatores que levam a ansiedade e retroalimentam o desejo de comer.

Apesar dos resultados da pesquisa não demonstrarem um comportamento restritivo alimentar significativo entre os participantes, o sentimento da ansiedade e o ato de "beliscar" entre as refeições foi preponderante, reforçando a ideia de que a presença de comportamentos alimentares prejudiciais pode diminuir a eficácia da CB levando a um risco de ganho de peso (JESUS *et al.*, 2017).

6. Conclusão

A cirurgia bariátrica promove uma redução adequada de peso corporal com um possível ganho de peso significativo, que acontece principalmente após dois anos da cirurgia, evidenciado pela pesquisa, o qual pode estar relacionado com hábitos e comportamentos alimentares inadequados.

Além disso, a pesquisa demonstrou que a não aderência ao acompanhamento nutricional após a cirurgia bariátrica, hábitos dietéticos errôneos com a ingestão de alimentos calóricos e consequente aumento do consumo energético, inatividade física e comportamentos alimentares inadequados influenciam numa possível recidiva de peso e consequente insucesso da cirurgia, e estão presentes em uma grande parte dos pós bariátricos pesquisados.

A partir disso, evidencia-se a necessidade da realização de novos estudos com os hábitos e comportamentos alimentares dos pós bariátricos, para entender relações mais intrínsecas com o ganho de peso, as causas da permanência de maus hábitos anteriores à cirurgia e a sua não modificação após a mesma, com o intuito de poder contribuir para tratamentos mais eficazes e consequentemente menor ganho de peso.

Referências

- ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, – **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.
- BARDAL, Adriane Granato; CECCATTO, Vanessa; MEZZOMO, Thais Regina. **Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica**. Escola de Medicina–PUCRS. Junho, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5716554>. Acesso em: 25 out. 2018.
- BAROS - **Bariatric Analysis and reporting outcome** – ORIA, H.E; MOOREHEAD, M.K, 2008 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.10.004>. Acesso em: 10 abr. 2018
- CAÇULA, Daniel Lira Soares *et al.* A importância da hidrogenástica pós gastroplastia. **Revista da Universidade Ibirapuera**, nº. 10, p. 42-8, 2015.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº. 2.131/2015**. Publicada no D.O.U. em 13 de janeiro de 2016, Seção I, p.66. Disponível em: < https://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2131_2015.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- CAMPOS, Josemberg Marins. **“Operados precisam adotar novos hábitos”**, boletim Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/>>. Acesso em: 14 out. 2018.
- COLLES, Susan. L.; DIXON, John. B.; O’BRIEN, Paul. E. (2008). **Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery**. **Obesity** (Silver Spring), 16(3), 615–622. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.101> Acesso em: 15 nov. 2018.
- CONCEIÇÃO, Roberta Muniz Barradas da. Avaliação da dieta habitual de mulheres adultas com sobrepeso e obesidade atendidas em um consultório particular de nutrição do município de Juiz de fora - Minas Gerais. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, . São Paulo. Vol.5, n.2, p. 3-9. Jan/fev., 2011. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/211/206>. Acesso em: 25 out. 2018.
- COSTA, Dayanne da. Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da Cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, Vol.7, n.39, p.57-68 Mai/jun., 2013. Disponível em: < <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone>>. Acesso em 06 out 2018;
- CRUZ, Magda Rosa Ramos da; MORIMOTO, Ivone Mayumi Ikeda. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.
- CUPPARI, Lilian. Nutrição Clínica no adulto, – **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar** (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005.
- DALCANALE Lorença, *et al.* (2010). **Long-Term Nutritional Outcome After Gastric Bypass**. **Obesity Surgery**. *The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref.pid>. Acesso em: 22 out. 2018
- FAINTUCH, Joel *et al.* SEVERE protein-caloric malnutrition after bariatric procedures. **Obesity Surgery**, New York, v. 14, n. 2, p. 175-181, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15018745>. Acesso em: 01 abr 2018.
- GARRIDO, Arthur Belarmino Júnior. **Cirurgia da Obesidade**. Ed.Atheneu, 2013.

GUSMÃO, L.S.; SPERANDIO, N.; MORAIS, D.C.; DUTRA, L.V.; PINTO, C.A.; PRIORE, S.E. Utilização de indicadores dietéticos como critérios prognósticos da Síndrome Metabólica. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. Ano 6. n. 1. 2014. p. 37-46.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

JESUS, Aline Dantas de. *et al.* Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v. 11. n. 63. p. 187-196. Maio/jun., 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/516/431>>. Acesso em 06 out 2018

LIMA, Lais da Silva. **Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica**. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília, 2012.

MAGRO, Daniela Oliveira *et al.* Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. **Obesity Surgery**, New York, v. 18, n. 6, p. 648-651, junho, 2008.

MENEGOTTO, Ana Luiza Savaris *et al.* Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, 26(2), 117-119, 2013.

NOVAIS, Patrícia Fátima Sousa; LEITE, Celso Vieira de Souza; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. **Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica: derivação gástrica em Y de Roux**. Revista. Bras Endocrinol Metab 2010, vol.54, n.3, pp.303-310. ISSN 1677-9487. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S000427302010000300009>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

NOVELLE, Julia Maia; ALVARENGA, Marle dos Santos. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n3/0047-2085-jbpsiq-65-3-0262.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

PAIXÃO, Aline Lima da; LOURENÇO, Vanessa Vieira; DIAS, Jachson Silva; NOGUEIRA, Alexandre Augusto Calado. Perfil Alimentar de Pacientes Pós Cirurgia Bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v.12, n.71, p.391-399, maio/jun. 2018. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/716/546>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PAJECKI, Denis; DALCANALLE, Lorença; OLIVEIRA, Claudia Pinto Marques Souza de; ZILBERSTEIN Bruno; HALPERN, Alfredo; GARRIDO JR, Arthur B.; CECCONELLO, Ivan. **Followup of Roux-en-Y gastric bypass patients at 5 or more years postoperatively**. Revista. Obes Surg. 2007.17:601–7. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17658018>>. Acesso em: 22 out. 2018.

QHCA – **Questionário Holândes do Comportamento Alimentar** – VAN, Strien *et al.*, 1986 – Validação: WARDLE, J. 1987 - Tradução: ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 33, n. 1, p. 21-30, abr. 2008.

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – **História da cirurgia bariátrica no Brasil**. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SCABIM, Veruska Magalhães; ELUF, José Neto; TESS, Beatriz Helena. **Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados.** Revista Nutr. 2012;25(4):497-506. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S141552732012000400007>>. Acesso em 24 out. 2018.

SEGAL, Adriano; FRANDIÑO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, vol. 24, suppl. 3, dezembro, 2002.

SILVA, Renata Florentino da; KELLY, Emily de Oliveira. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux, 2013. **Revista de Saúde do Distrito Federal.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

WAITZBERG, Dan Linetzky *et al.* **Obesidade mórbida: tratamento cirúrgico**, 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

VALEZI, Antonio Carlos. *et al.* **Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em Y- de- Roux: comparação entre homens e mulheres.** Revista. Col. Bras. Cirurgia. 2008, vol.35, n.6, pp.387-391. ISSN 0100-6991. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000600008>>. Acesso em:02 nov 2018.