

RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DO APOIO FAMILIAR, O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O PESO CORPORAL EM MULHERES COM MAIS DE 24 MESES DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Samuel Guimarães da Costa¹, Manuela Maria de Lima Carvalhal¹, Jeane Lorena Lima Dias¹
 Isabela Caroline Lima de Lima¹, Daniela Lopes Gomes¹

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica apresenta resultados positivos na perda de peso e controle das comorbidades associadas. Contudo, aspectos psicológicos como o apoio familiar e o comportamento alimentar de indivíduos submetidos à cirurgia podem comprometer os resultados do tratamento. **Objetivo:** avaliar a correlação entre a percepção do apoio familiar perioperatória com o comportamento alimentar de mulheres com mais de 24 meses de pós-cirúrgico. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com 50 mulheres. Foram aferidos dados antropométricos e aplicados questionários para avaliar a percepção do apoio familiar e o comportamento alimentar das pacientes. **Resultados e discussão:** Foi observada perda de peso satisfatória após a cirurgia. Todavia, a maioria das participantes do estudo também apresentaram significativo ganho de peso. A percepção de apoio familiar perioperatória foi boa e o comportamento alimentar predominante foi o domínio de “comer emocional”. O apoio familiar se relacionou com a perda de peso e a recidiva de peso, sugerindo que uma melhor percepção de apoio familiar estaria relacionada com melhor perda de peso e menor ganho de peso pós-cirúrgica. Entretanto, não houve associação entre apoio familiar e nenhum dos comportamentos alimentares investigados. **Conclusão:** Os resultados obtidos na perda de peso através da cirurgia bariátrica são positivos. Nosso estudo evidencia que o apoio familiar pode ser uma importante variável a ser melhor abordada. Ressalta-se a realização de novos estudos que investiguem a associação entre apoio familiar e o comportamento alimentar de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica com o intuito de fomentar novas evidências e abordagens neste processo terapêutico.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Comportamento Alimentar. Perda de Peso. Apoio Familiar de Paciente.

ABSTRACT

Relationship between perception of family support, food behavior and body weight in women with more than 24 months of bariatric surgery

Introduction: Bariatric surgery has positive results in weight loss and control of associated comorbidities. However, psychological aspects such as family support and food related to surgery can compromise the results of treatment. **Objective:** to evaluate the correlation between the perception of perioperative family support and the eating behavior of women older than 24 months after surgery. **Materials and Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study, conducted with 50 women. Anthropometric data were collected and questionnaires were applied to assess the perception of family support and the eating behavior of patients. **Results and discussion:** Satisfactory weight loss was observed after surgery. However, most of the study participants also showed significant weight regain. The perception of perioperative family support was good and the predominant eating behavior was the domain of “emotional eating”. Family support was related to weight loss and weight relapse, suggesting that a better perception of family support would be related to better weight loss and less post-surgical weight regain. However, there was no association between family support and any of the investigated eating behaviors. **Conclusion:** The results obtained in weight loss through bariatric surgery are positive. Our study shows that family support can be an important variable to be better addressed. It is worth noting that new studies have been carried out to investigate the association between family support and eating behavior of individuals undergoing bariatric surgery in order to foster new evidence and approaches in this therapeutic process.

Key words: Bariatric Surgery. Feeding Behavior. Weight Loss. Family Patient Support.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Bariátrica tem sido indicada como tratamento para indivíduos com obesidade grave, quando as intervenções clínicas convencionais já não se mostram eficazes, apresentando resultados significativos na perda de peso e controle de comorbidades (Reges e colaboradores, 2018; Salminen e colaboradores, 2018).

Contudo, o surgimento de complicações psicológicas pós-cirúrgicas, bem como alterações no comportamento alimentar, podem interferir no sucesso do tratamento (Miller-matero e colaboradores, 2018; Subramaniam e colaboradores, 2016).

O comportamento alimentar é a soma dos contextos que permeiam as atitudes antes, durante e depois do ato de comer, envolve os motivos que levam à escolha e os sentimentos, refletindo em atitudes alimentares (Al-Najim, Docherty, Le Roux, 2018).

O Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) é um instrumento que investiga três domínios do comportamento alimentar: restrição cognitiva, descontrole alimentar, e comer emocional (Natacci, Ferreira, 2011).

No estudo de Novelli e colaboradores (2018), ao avaliarem o comportamento alimentar por meio do TFEQ-R21 e a perda de excesso de peso de 95 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, constataram que o domínio predominante do comportamento alimentar foi o de restrição cognitiva, e o domínio de comer emocional foi associado negativamente à perda de excesso de peso das pacientes, independente do tempo de pós-operatório, escolaridade e idade.

Além de alterações no comportamento alimentar, incluir o apoio social no pós-operatório da cirurgia bariátrica poderia contribuir com melhores desfechos no tratamento, tendo em vista que o apoio dos familiares pode ajudar a aderir às mudanças no estilo de vida necessárias para a manutenção dos resultados alcançados (Lent e colaboradores, 2016; Sharman e colaboradores, 2017; Tymoszuk e colaboradores, 2018).

No estudo de Conceição e colaboradores (2020), ao avaliarem correlações entre o suporte social percebido com comportamento alimentar e resultados de peso, os autores observaram que o apoio social teve correlação com menor escores de alimentação emocional e maior perda de peso

nos grupos pré e pós-cirurgia. Além disso, no grupo de pacientes avaliados após a cirurgia, uma maior percepção de apoio social, em especial o da família, foi relacionada com um maior percentual de peso total perdido.

Nessa perspectiva, apesar de já ter sido destacado na literatura que o apoio social pode auxiliar na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, pesquisas que testaram a associação direta entre o apoio familiar, o sucesso cirúrgico e padrões do comportamento alimentar após a cirurgia ainda são escassas e/ou inconclusivas (Kvalem, Bergh, Mala, 2016; Conceição e colaboradores, 2020).

Desse modo, torna-se necessário verificar a relação entre o apoio familiar percebido pelos pacientes e os diferentes domínios do comportamento alimentar após 2 anos de cirurgia bariátrica.

Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a correlação entre a percepção de apoio familiar e comportamento alimentar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com mulheres adultas que foram submetidas à cirurgia bariátrica há pelo menos 24 meses.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2018 a março de 2020.

Amostra

Foi realizada amostragem não probabilística por conveniência. As participantes foram convidadas por um projeto de extensão de uma universidade federal de Belém, Pará, Brasil, que realiza atendimento nutricional para pacientes após a cirurgia bariátrica.

Participaram do estudo mulheres, com idade entre 18 e 59 anos, submetidas à cirurgia bariátrica há pelo menos 24 meses, por meio das técnicas cirúrgicas de bypass gástrico ou sleeve e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas mulheres que realizaram outro tipo de cirurgia, que engravidaram após a cirurgia, que faziam uso de medicamentos que poderiam confundir a análise de dados e que residiam fora da região

metropolitana de Belém-PA e não poderiam comparecer às etapas de avaliação da pesquisa.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA (número do parecer: 3.329.834) da Universidade Federal do Pará, Brasil. Todos os pacientes foram instruídos da melhor forma e receberam informações detalhadas sobre a pesquisa, com o intuito de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como constam nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resolução N° 196/96 e Resolução N° 466/12). As informações coletadas na pesquisa foram mantidas de forma confidenciais.

Coleta de Dados

Dados Antropométricos

Foram aferidos peso e altura das pacientes utilizando uma balança do tipo plataforma (Welmy), com capacidade de 150 kg e com estadiômetro acoplado (200 cm, precisão de 1 mm). Posteriormente, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) (pré-operatório e atual) por meio da fórmula $\text{peso(kg)}/\text{altura(m)}^2$. Para calcular a perda de excesso de peso (%), utilizou-se a equação: $\%PEP = \text{Perda de peso no pós-operatório} \times 100 / \text{peso inicial pré-operatório} - \text{peso ideal}$, considerando sucesso cirúrgico uma perda de excesso de peso (%) $\geq 50\%$ (ASMBS, 2019).

A recidiva de peso (kg) foi calculada a partir da subtração: $\text{Peso atual (kg)} - \text{menor peso (kg) alcançado no pós-operatório}$, posteriormente foi convertido em percentual (%) para análise da proporção de reganho de peso.

Apoio Familiar

Para classificar o apoio familiar foi aplicado um questionário em escala do tipo Likert criado por Lima (2012), que classifica o grau de apoio familiar de acordo com a percepção do indivíduo e a satisfação do mesmo com o apoio familiar percebido. A percepção do apoio familiar no pós-operatório foi classificado em: “não apoiou”, “nem dificultou nem apoiou”, “apoiou parcialmente” e “apoiou muito”. Quanto à satisfação com o apoio familiar: “muito satisfeito”, “nem satisfeito

”, “pouco satisfeito” e “muito insatisfeito”.

Comportamento Alimentar

Para classificar o comportamento alimentar, foi aplicado o instrumento TFEQ-21 na versão traduzida para o português e validada para mulheres obesas (Natacci, Ferreira 2011).

Os autorrelatos 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. São atribuídos pontos de 1 a 4 às respostas, de acordo com a opção escolhida. Estas pontuações são somadas e nas categorias alimentação emocional e restrição cognitiva, é feita a seguinte operação matemática: $\text{escore} = ((\text{total da soma da pontuação} - 6) / 18) \times 100$. Para a categoria descontrole emocional é feita a seguinte operação: $\text{escore} = (\text{total da soma da pontuação} - 9) / 27 \times 100$. Este escore pode variar de 0 a 100, e quanto maior for o escore, significa que mais presente é aquele padrão comportamental no repertório do indivíduo.

Estatística

Para análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 21.0. Os resultados descritivos foram expressos em medidas de tendência central e dispersão.

Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição da amostra. O teste de Wilcoxon foi utilizado para verificar a diferença entre o IMC pré-cirúrgico e o IMC atual. O teste de Friedman foi realizado para comparar os scores médios dos domínios do comportamento alimentar.

O teste Kruskal Wallis e o teste Qui-quadrado foram utilizados para verificar a diferença estatística entre a percepção de apoio familiar pré e pós-operatório com o sucesso e insucesso cirúrgico e com a recidiva de peso. Além disso, o teste Qui-quadrado também foi utilizado para verificar a diferença estatística entre percepção e satisfação com o apoio familiar pré e pós-cirúrgico. Para análise de correlação, foi realizado o teste de correlação de Spearman para identificar a relação entre percepção de apoio familiar antes e após a cirurgia com recidiva de peso e

perda de excesso de peso, além da relação entre a percepção de apoio familiar pós-operatório com os domínios do comportamento alimentar.

RESULTADOS

Foram avaliadas 50 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica por meio das técnicas Bypass Gástrico (n=34; 68,0%) e Gastrectomia Vertical (n=16; 32,0%). Na tabela 1 observa-se a descrição do perfil antropométrico e de comportamento alimentar das mulheres participantes do estudo.

Em relação aos parâmetros antropométricos, observou-se diferença estatística significativa ($p < 0,000$) entre as

médias do IMC pré-operatório ($44,0 \pm 6,6 \text{ kg/m}^2$) e atual ($29,7 \pm 5,4 \text{ kg/m}^2$). A média de %PEP foi de $75,6 \pm 28,8\%$, sendo considerada satisfatória, no entanto, mais da metade da amostra (n=23; 46,0%) apresentou recidiva de peso significativa ($16,1 \pm 14,5\%$), ou seja, maior que 15% em relação ao menor peso alcançado (Tabela 1).

Quanto ao perfil do comportamento alimentar, observa-se na tabela 1 que o domínio de comer emocional foi mais predominante ($p < 0,005$), apesar dos outros domínios também apresentarem pontuação acima de 40, demonstrando boa frequência de padrões associados também à restrição cognitiva e ao descontrole alimentar.

Tabela 1 - Perfil nutricional e comportamento alimentar de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica atendidas em um projeto de extensão de uma universidade pública.

| | Média \pm DP (n= 50) | Intervalo (mínimo – máximo) | p-valor* |
|--|---------------------------|--------------------------------|-----------|
| Antropometria | | | |
| IMC pré-operatório (kg/m^2) | $44,0 \pm 6,6$ | 32,9 – 57,5 | <0,000 |
| IMC atual (kg/m^2) | $29,7 \pm 5,4$ | 20,8 – 43,7 | |
| Perda de Excesso de Peso (%) | $75,6 \pm 28,8$ | 0,0 – 137,5 | - |
| Reganho (kg) | $11,8 \pm 10,2$ | 0,0 – 54,3 | - |
| Reganho (%) | $16,1 \pm 14,5$ | 0 – 81,0 | - |
| Comportamento alimentar | | | |
| | | | p-valor** |
| Restrição cognitiva | $48,7 \pm 19,8$ | 0 – 83 | 0,005 |
| Comer emocional | $57,5 \pm 28,9$ | 0 – 100 | |
| Descontrole alimentar | $46,9 \pm 26,5$ | 4 – 100 | |

Legenda: * Teste de Wilcoxon ** Teste de Friedman.

Quanto à percepção do apoio familiar antes da cirurgia, a maioria das participantes relataram que no momento pré- cirúrgico, a família “apoiou muito” (n=38; 76%; $p < 0,000$) e se encontravam “muito satisfeitas” com o apoio familiar (n=38; 76%; $p < 0,000$).

No que diz respeito ao apoio familiar pós-cirúrgico, a maioria das participantes relatou ter a percepção que a família “apoiou totalmente” (n= 36; 72%; $p < 0,000$) e que se encontram “totalmente satisfeitas” (n=33; 66%; $p < 0,000$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção do apoio familiar no pré e pós-operatório de mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica atendidas em um projeto de extensão de uma universidade pública.

| Percepção de apoio familiar antes da cirurgia | n (%) | p-valor* |
|---|-----------|----------|
| Família não apoiou | 1 (2,0) | <0,000 |
| Família não dificultou nem apoiou | 5 (10,0) | |
| Família apoiou parcialmente | 6 (12,0) | |
| Família apoiou muito | 38 (76,0) | |
| Satisfação com o apoio familiar antes da cirurgia | n (%) | p-valor* |
| Muito insatisfeito | 3 (6,0) | <0,000 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 6 (12,0) | |
| Um pouco satisfeito | 3 (6,0) | |
| Muito satisfeito | 38 (76,0) | |
| Percepção do apoio familiar atual | n (%) | p-valor* |
| Não me apoiam/dificultam | 1 (2,0) | <0,000 |
| Não dificultam nem apoiam | 9 (18,0) | |
| Me apoiam parcialmente | 4 (8,0) | |
| Me apoiam totalmente | 36 (72,0) | |
| Satisfação com o apoio familiar atual | n (%) | p-valor* |
| Muito insatisfeito (pós) | 2 (4,0) | <0,000 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito (pós) | 7 (14,0) | |
| Parcialmente satisfeito (pós) | 8 (16,0) | |
| Totalmente satisfeito | 33 (66,0) | |

Legenda: * Teste Qui-quadrado.

Observa-se na tabela 3 que a maioria das participantes que obtiveram sucesso na perda de peso pós-operatória apresentaram percepção do apoio familiar total após a cirurgia (n=33; 66%) e houve diferença estatística significativa entre o grupo que não obteve sucesso na perda de peso (p<0,033).

Sugere-se, portanto, que a percepção de apoio familiar após a cirurgia está relacionada com a manutenção de uma perda de peso satisfatória mesmo após 2 anos de cirurgia.

No entanto, ao relacionar a percepção de apoio familiar pós-cirúrgico com a recidiva de peso (%) não foi observado diferença estatisticamente significativa entre as participantes que apresentaram ou não ganho de peso (p<0,065).

A maioria das participantes que não tiveram recidiva de peso significativa (n= 21; 42,0%) e as que tiveram recidiva de peso (n=12; 24,0%) alegaram a percepção do apoio familiar total após a cirurgia (Tabela 3).

Tabela 3 - Percepção de apoio familiar antes e após a cirurgia segundo a perda de excesso de peso de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

| Percepção de apoio familiar pós-cirúrgico | Perda de Excesso de Peso (%) | | | | | |
|---|------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Sucesso cirúrgico | | Insucesso cirúrgico | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Não me apoiam ou dificultam | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 |
| Não dificultam nem apoiam | 6 | 12,0 | 3 | 6,0 | 9 | 18,0 |
| Me apoiam parcialmente | 2 | 4,0 | 2 | 4,0 | 4 | 8,0 |
| Me apoiam totalmente | 33 | 66,0 | 3 | 6,0 | 36 | 72,0 |
| p-valor | 0,033 ^a | | | | <0,000 ^b | |
| Percepção de apoio familiar pós-cirúrgico | Recidiva de peso (%) | | | | | |
| | Não | | Sim | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Não me apoiam ou dificultam | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 4,0 |
| Não dificultam nem apoiam | 2 | 4,0 | 5 | 10,0 | 7 | 14,0 |
| Me apoiam parcialmente | 2 | 4,0 | 6 | 12,0 | 8 | 16,0 |
| Me apoiam totalmente | 21 | 42,0 | 12 | 24,0 | 33 | 66,0 |
| p-valor | 0,065 ^a | | | | <0,000 ^b | |

Legenda: ^a Teste Kruskal Wallis; ^b Teste Qui-quadrado.

Ao avaliar a percepção de apoio familiar antes e após a cirurgia com a recidiva de peso (kg), observou-se correlação inversa entre o apoio familiar pré ($r^2 = -0,316$; $p = 0,025$) e pós cirúrgico ($r^2 = -0,303$; $p = 0,033$) com a recidiva de peso (Tabela 4).

De modo que quanto maior o grau de percepção de apoio familiar antes e após a cirurgia, menor seria a recidiva de peso após 2 anos de cirurgia. Observou-se também correlação significativa entre a perda de excesso de peso e a percepção de apoio familiar após a cirurgia ($p = 0,030$).

Tabela 4 - Correlações entre a percepção de apoio familiar antes e depois da cirurgia com recidiva de peso e comportamento alimentar de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

| | ρ^2 | p-valor* |
|---|----------|----------|
| Recidiva de peso | | |
| Percepção de apoio familiar antes da cirurgia | -0,316 | 0,025 |
| Recidiva de peso | | |
| Percepção de apoio familiar após a cirurgia | -0,303 | 0,033 |
| Perda de excesso de peso | | |
| Percepção de apoio familiar antes da cirurgia | 0,052 | 0,360 |
| Perda de excesso de peso | | |
| Percepção de apoio familiar após a cirurgia | 0,268 | 0,030 |
| Comportamento de restrição cognitiva | | |
| Percepção de apoio familiar após a cirurgia | -0,148 | 0,153 |
| Comportamento de comer emocional | | |
| Percepção de apoio familiar após a cirurgia | -0,082 | 0,286 |
| Comportamento de descontrole alimentar | | |
| Percepção de apoio familiar após a cirurgia | -0,181 | 0,105 |

Legenda: * Teste de Correlação de Spearman.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi capaz de avaliar a correlação entre comportamento alimentar, apoio familiar percebido e perda de peso em mulheres no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

Observou-se que, em média, as participantes tinham IMC pré-operatório compatível com a indicação para a cirurgia bariátrica, e a média de IMC atual demonstrou perda de peso adequada (Abeso, 2016), bem como, houve mudança significativa no peso corporal comparando-se o IMC pré-operatório e o IMC após 24 meses de cirurgia, sendo esse achado encontrado também por outros estudos (Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016; Berti e colaboradores, 2015).

Cerca de 60% das participantes apresentaram recidiva de peso, com média maior que 15%, o que é considerado um ganho de peso significativo conforme outros autores (Clapp e colaboradores, 2018; Silva e colaboradores, 2016).

Bardal, Ceccatto e Mezzomo (2016) avaliaram 46 adultos (93,5% do sexo feminino) com no mínimo 24 meses de cirurgia e observaram que 39,13% dos participantes apresentaram uma média de ganho de peso de 9,6 kg, ressaltando, ainda, que o ganho de peso teve início após 1 ano de cirurgia, quando também observou diminuição da %PP e %PEP.

Pañella e colaboradores (2020) avaliaram 50 adultos, submetidos a cirurgia bariátrica (Sleeve), dentre os quais, 72,5% eram mulheres. Os resultados mostraram que houve média de recidiva de peso significativa no quinto ano, quando comparado ao primeiro ano.

Sendo assim, houve diminuição de 74,5% no %PEP em 1 ano de pós cirúrgico, para 55,5% em 5 anos, corroborando para os resultados encontrados no presente estudo, que mostram que conforme aumenta o tempo de pós cirúrgico, pode ter diminuição na perda do excesso de peso obtida, com consequente ganho de peso.

Nessa perspectiva, ressalta-se, ainda, os resultados de Shantavasinkul e colaboradores (2016), que ao avaliarem 1.426 pacientes, sendo 82,4% mulheres, submetidos ao Bypass gástrico em Y-de-Roux observaram associação entre maior tempo pós cirúrgico e recuperação de peso.

Silva e colaboradores (2016) também encontraram que o tempo de pós-operatório

pode ser um fator de risco para o ganho de peso.

O ganho de peso após a cirurgia bariátrica é complexo e multifacetado. Alterações hormonais e metabólicas; complicações anatômicas devido à falhas no procedimento cirúrgico; o retorno de hábitos alimentares inadequados no longo prazo após a cirurgia; fatores psicológicos/comportamentais e de saúde mental, como comportamentos alimentares inadequados e depressão; a inatividade física; o tempo decorrido de pós operatório; e até mesmo a atividade laboral que estimula a alimentação fora do lar e a renda elevada que facilita a aquisição de alimentos altamente palatáveis e densamente calóricos, são fatores elucidados na literatura que auxiliam o ganho de peso após a cirurgia (Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016; Silva e colaboradores, 2016; Kushiner, Sorensen, 2015; Ünal, Sevinçer, Maner, 2019; Shantavasinkul e colaboradores, 2016).

Apesar de todos os domínios do comportamento alimentar investigados apresentarem pontuação significativa, a dimensão do comportamento alimentar predominante no presente estudo foi o comer emocional, que diz respeito ao ato de comer em resposta ao estado emocional do indivíduo.

Dessa forma, ao se deparar com situações difíceis acompanhadas de estresse ou sentimentos negativos, o indivíduo busca conforto na comida (Natacci, Ferreira 2011).

O domínio comer emocional foi negativamente associado com a perda de excesso de peso no estudo de Novelli e colaboradores (2018), podendo, desse modo, ocasionar prejuízos aos resultados da cirurgia, demonstrando, assim, a importância da observação de componentes emocionais em longo prazo após a cirurgia.

Wiedemann, Ivezaj, Grilo (2018), apontaram que a presença de comer emocional pode ser preditor de pior controle do peso corporal no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Outros estudos que utilizaram o TFEQ-21 para investigar o comportamento alimentar de pacientes após a cirurgia bariátrica encontraram o domínio de restrição cognitiva como predominante (Silva e colaboradores, 2016; Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016; Novelli e colaboradores, 2018).

Já no estudo realizado por Jesus e colaboradores (2017) foi observado após 5 anos de cirurgia uma tendência de aumentos nos escores de comer emocional, sendo que esse padrão alimentar se mostrou maior entre aqueles que tiveram ganho de peso.

Dessa forma, observa-se que ainda não há um padrão completamente conhecido do comportamento alimentar após a cirurgia bariátrica, sugerindo a necessidade de novos estudos que investiguem o padrão do comportamento alimentar predominante de pacientes após longo tempo de cirurgia.

A maioria das pacientes deste estudo apresentaram boa percepção e satisfação com o apoio familiar antes e após a cirurgia.

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem estar mais motivados a realizar as mudanças de estilo de vida necessárias se possuem o engajamento e o apoio da família no processo terapêutico (Lent e colaboradores, 2016).

No estudo de Lent e colaboradores (2016), os pacientes avaliados também relataram altos níveis de apoio familiar antes da cirurgia, motivando os pacientes a realizar mudanças de hábitos alimentares e a praticar atividade física.

Nesse sentido, aponta-se a importância da inclusão da família no tratamento de pacientes que foram e serão submetidos a cirurgia bariátrica, com o intuito de fortalecer a rede de apoio e facilitar o processo de mudança de comportamento e hábitos de vida.

No presente estudo, a perda de excesso de peso foi maior em participantes que relataram melhor percepção de apoio familiar.

Resultados semelhantes são observados no trabalho de Conceição e colaboradores (2020), no qual ao avaliarem 130 pacientes (87,7% mulheres), sendo 65 pacientes candidatos à cirurgia e 65 pacientes com no mínimo 18 meses decorrentes da cirurgia, observaram que a melhor percepção de apoio familiar no pós-cirúrgico, se relacionou com maior perda de excesso de peso.

Ao avaliar a influência do apoio social (incluindo o familiar) pré-cirúrgico em 154 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Bypass ou Sleeve) e a %PEP, Tymoszuk e colaboradores (2018) relataram que o apoio emocional recebido pelos participantes foi positivamente associado com a %PEP aos 3, 12 e 24 meses decorrentes da cirurgia.

Não obstante, no trabalho de Stromberg e colaboradores (2020), ao utilizarem um questionário que investigou o apoio social pré-cirúrgico de familiares e amigos para estimular hábitos alimentares saudáveis em 35 pacientes (82,86% mulheres) submetidos à cirurgia bariátrica, constataram que o apoio social recebido influenciou positivamente a perda de excesso de peso.

Além disso, no presente estudo foi observada associação significativa entre o apoio familiar e a recidiva de peso, corroborando aos achados de Conceição e colaboradores (2020), que o ganho de peso foi menor em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com altos níveis de apoio familiar.

Dessa forma, ressalta-se a importância da inclusão do apoio social, especialmente o da família, no processo terapêutico da cirurgia bariátrica, tendo em vista o papel estimulador e facilitador da adoção de novos hábitos de vida e da sua manutenção ao longo prazo, auxiliando, dessa forma, o sucesso cirúrgico por meio de maior perda de excesso de peso e menores proporções de recidiva de peso (Conceição e colaboradores, 2020; Lent e colaboradores, 2016; Tymoszuk e colaboradores, 2018).

Não foi encontrada correlação entre a percepção de apoio familiar e os domínios do comportamento alimentar investigados.

No entanto, cabe ressaltar que Conceição e colaboradores (2020), investigaram a influência do apoio social com variáveis do pós-cirúrgico (perda de excesso de peso e o comportamento alimentar), e relataram correlação significativa e inversa entre o score total de apoio social e o comportamento de comer emocional.

Dessa forma, não é possível assumir que o apoio familiar pode isoladamente influenciar o comportamento alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em virtude da escassez de estudos que associam diretamente essas duas variáveis e forneçam resultados concretos.

O presente estudo apresenta como limitações a ausência de questionários validados para investigar o apoio familiar e o comportamento alimentar após a cirurgia bariátrica, além do reduzido número de participantes.

Porém, apesar das limitações apresentadas referentes aos questionários utilizados, o estudo foi de extrema relevância para elucidar a associação entre comportamento alimentar, apoio familiar

percebido e perda de peso em mulheres no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

Nessa perspectiva, ressalta-se a necessidade da validação de questionários para analisar essas variáveis, e ainda, sugere-se novos estudos para avaliar qualitativamente a associação entre comportamento alimentar, apoio familiar e perda de peso após cirurgia bariátrica.

CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica oferece resultados positivos na perda de peso, todavia, também é comum que ocorra a recidiva de peso com o decorrer do tempo.

Em nosso estudo, os participantes relataram, no geral, uma boa percepção de apoio familiar antes e após a cirurgia, tendo sido constatado que uma melhor percepção de apoio familiar foi associada com o sucesso na perda de peso pós-cirúrgica e menor recidiva de peso.

Não foi observada associação entre a percepção de apoio familiar e o comportamento alimentar das participantes da pesquisa.

Dessa forma, ressalta-se a importância da inclusão da família dos pacientes no processo terapêutico antes e após a cirurgia bariátrica, além da manutenção do acompanhamento multiprofissional no longo prazo a fim de garantir a estabilidade dos resultados alcançados com a cirurgia.

CONFLITO DE INTERESSE

nada a declarar

REFERÊNCIAS

1-Al-najim, W.; Docherty, N.G.; Le roux, C. W. Food Intake and Eating Behavior After Bariatric Surgery. *Physiol Ver.* Vol. 98. Num. 3. 2018. p. 1113-1141. <https://doi.org/10.1152/physrev.00021.2017>.

2-ASMBS. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Benefits of Bariatric Surgery. 2020. Disponível em: <https://asmbs.org/patients/benefits-of-bariatric-surgery>

3-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo. 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp->

<content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>

4-Bardal, A.G.; Ceccatto, V.; Mezzomo, T.R. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Sci Med.* Vol. 26. Num. 4. 2016. p. 1-7. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224>.

5-Berti, L. V.; Campos, J.; Ramos, A.; Rossi, M.; Szego, T.; Cohen, R. Posição da SBCBM - nomenclatura e definições para os resultados em cirurgia bariátrica e metabólica. *Arq Bras Cir Dig.* Vol. 28. Num. 1. 2015. p. 2-2. <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500S100002>.

6-Clapp, B.; Wynn, M.; Martyn, C.; Foster, C.; O'dell, M.; Tyroch, A. Long term (7 or more years) outcomes of the sleeve gastrectomy: a meta-analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases.* Vol. 14. Num. 6. 2018. p. 741-747. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.02.027>.

7-Conceição, E. M.; Fernandes, M.; Lourdes, M.; Pinto-brastos, A.; Vaz, A. R.; Ramalho, S. Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eat Weight Disord.* Vol. 25. Num. 3. 2020. p. 679-692. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00671-2>.

8-Jesus, A. D.; Barbosa, K. B. F.; Souza, M. F. C.; Conceição, A. M. S. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* São Paulo. Vol. 11. Num. 63. 2017. p. 187-196.

9-Kushiner, R. F.; Sorensen, K. W. Prevention of Weight Regain Following Bariatric Surgery. *Curr Obes Rep.* Vol. 4. Num. 2. 2015. p. 198-206. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0146-y>.

10-Kvalem, I. L.; Bergh, I.; Mala, T. Family support for changing eating habits three years after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* Vol. 12. Num. 7. 2016. p. 50-51. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.08.451>.

11-Lent, M.; Bailey-davis, L.; Irving, B. A.; Wood, G. C.; Cook, A. M.; Hirsch, A. G.; Still, C. D.; Benotti, P. N.; Franceschelli-hosterman,

- J. Bariatric surgery patients and their families: health, physical activity, and social support. *Obes Surg*, Vol. 26. Num. 12. 2016. p. 2981-2988. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2228-7>.
- 12-Lima, L. S. Comportamento alimentar e qualidade de vida 24 meses após a cirurgia bariátrica. 2012. Dissertação de Mestrado. UnB. Brasília. 2012.
- 13-Miller-matero, L. R. Bryce, K.; Saulino, C. K.; Dykhuis, K. E.; Genaw, J.; Carlin, A. M. Problematic eating behaviors predict outcomes after bariatric surgery. *Obes Surg*. Vol. 28. Num. 7. p. 2018. 1910-1915. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3124-0>.
- 14-Natacci, L. C.; Ferreira, J. M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev. Nutr.* Vol. 24. Num. 3. 2011. p. 383-394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>.
- 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*. Vol. 49. 2018. p. 13-16. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.11.017>.
- 16-Pañella, C.; Busto, M.; González, A.; Serra, C.; Goday, A.; Grande, L.; Pera, M.; Ramón, J. M. Correlation of Gastric Volume and Weight Loss 5 Years Following Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery*. Vol. 30. Num. 6. 2020. p. 2199-2205. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04445-z>.
- 17-Reges, O.; Greenland, P.; Dicker, D.; Leibowitz, M.; Hoshen, M.; Gofer, I.; Rasmussen-torvik, L. J.; Balicer, R. D. Association of bariatric surgery using laparoscopic banding, roux-en-y gastric bypass, or laparoscopic sleeve gastrectomy vs usual care obesity management with all-cause mortality. *JAMA*. Vol. 319. Num. 3. 2018. p. 279-290. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.20513>.
- 18-Salminen, P.; Helmiö, M.; Ovaska, J.; Juuti, A.; Leivonen, M.; Peromaa-haavisto, P.; Hurme, S.; Soinio, M.; Nuutila, P.; Victorzon, M. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs laparoscopic roux-en-y gastric bypass on weight loss at 5 years among patients with morbid obesity: the sleevepass randomized clinical trial. *JAMA*. Vol. 319. Num. 3. 2018. p.241-254. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.20313>.
- 19-Silva, F. B. L.; Gomes, D. L.; Carvalho, K. M. B. Poor Diet Quality and Postoperative Time Are Independent Risk Factors for Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass. *Nutrition*. Vol. 32. Num. 11-12. 2016. p.1250-1253. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2016.01.018>.
- 20-Shantavasinkul, P. C.; Omotosho, P.; Corsino, L.; Portenier, D.; Torquat, A. Predictors of weight regain in patients who underwent Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 12. Num. 9. 2016. p. 1640-1645. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.08.028>.
- 21-Sharman, M.; Hensher, M.; Wilkinson, S.; Willians, D.; Palmer, A.; Venn, A.; Ezzy, D. What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery ?. *Health Expect*. Vol. 20. Num. 1. 2017. p. 35-46. <https://doi.org/10.1111/hex.12423>.
- 22-Stromberg, S. E. Gonzalez-louis, R.; Engel, M.; Mathews, A.; Janicke, D. M. Pre-surgical stress and social support predict post-surgical percent excess weight loss in a population of bariatric surgery patients. *Psychol Health Med*. Vol. 25. Num. 10. 2020. p. 1258-1265. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1734216>.
- 23-Subramaniam, K.; Low, W-Y.; Lau, P-C.; Chin, K-F.; Chinna, K.; Kosai, N. R.; Taher, M. M.; Rajan, R. Eating behaviour predicts weight loss six months after bariatric surgery: a longitudinal study. *Nutrients*. Vol. 10. Num. 11. 2018. p. 1616-1629. <https://doi.org/10.3390/nu10111616>.
- 24-Tymoszuk, U. Kumari, M.; Pucci, A.; Cheung, W. H.; Kirk, A.; Tschiala, A.; Carrrose, K.; Kinget, H.; Doyle, J.; Jenkinson, A.; Hashemi, M.; Adamo, M.; Elkalaawy, M.; Stafford, M.; Batterham, R. L. Is pre-operation social connectedness associated with weight loss up to 2 years post bariatric surgery ?. *Obes Surg*. Vol. 28. Num. 11. 2018. p. 3524-3530. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3378-6>.

25-Ünal, Ş.; Sevinçer G. M.; Maner A. F. Prediction of Weight Regain After Bariatric Surgery by Night Eating, Emotional Eating, Eating Concerns, Depression and Demographic Characteristics. Turkish Journal of Psychiatry. Vol. 30. Num. 1. 2019. p. 31-41.

26-Wiedemann, A. A.; Ivezaj, V.; Grilo, C. M. (2018). An examination of emotional and loss-of-control eating after sleeve gastrectomy surgery. Eating Behaviors. Vol. 31. 2018. p. 48-52.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.07.008>.

1 - Universidade Federal do Pará-UFPA, Belém-PA, Brasil.

E-mail dos autores:

samuelgcosta03@gmail.com
manuela.carvalhall@gmail.com
nutri.jeanedias@yahoo.com
isabelalima1542@gmail.com
danilg.nutri@hotmail.com

Autor correspondente:

Samuel Guimarães da Costa.
samuelgcosta03@gmail.com
Trv. Angustura, Marco, n° 2978, apt. 301.
Belém-PA, Brasil.
CEP: 66093-040.

Recebido para publicação em 18/08/2021
Aceito em 29/12/2021