



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento

Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após
cirurgia bariátrica

Amanda Chaves Marcuartú

Março de 2019

Belém-PA



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento

Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após
cirurgia bariátrica

Amanda Chaves Marcuartú

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes

Coorientadora: Profa. Dra. Silene Maria Araújo
de Lima

Março de 2019

Belém-PA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

- M322e Marcuartú, Amanda.
 Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após cirurgia bariátrica
 / Amanda Marcuartú, . — 2019.
 183 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof^a. Dra. Daniela Gomes
 Coorientação: Prof^a. Dra. Silene Maria Araújo de Lima
 Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo
 de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.
1. cirurgia-bariátrica. 2. adesão ao tratamento. 3. ansiedade. 4. comportamento alimentar. I. Título.

CDD 150.77

Sumário

Lista de tabelas	4
Lista de figuras	5
Resumo	6
Abstract	7
Introdução	8
Objetivos	25
<i>Objetivo Geral</i>	25
<i>Objetivos Específicos</i>	25
Método	26
<i>Tipo de estudo</i>	26
<i>Participantes</i>	26
<i>Instrumentos</i>	27
<i>Avaliação de dados gerais e sociodemográficos</i>	27
<i>Avaliação da história clínica e de adesão ao tratamento</i>	27
<i>Avaliação do estágio de mudança de comportamento</i>	28
<i>Avaliação do consumo alimentar</i>	29
<i>Avaliação do nível de ansiedade</i>	30
<i>Avaliação antropométrica</i>	30
<i>Avaliação da composição corporal</i>	31
<i>Avaliação Bioquímica</i>	32
<i>Avaliação do comportamento alimentar</i>	32
<i>Avaliação da atividade física</i>	33
<i>Avaliação do apoio familiar</i>	33
<i>Avaliação das vantagens e desvantagens de cada intervenção</i>	34
<i>Procedimento de coleta de dados</i>	34
<i>Aspectos éticos</i>	48
<i>Análise de dados</i>	49
<i>Resultados e Discussão</i>	49
<i>Conclusão</i>	111
Referências	112
Apêndices	153
Anexos	172

Lista de tabelas

Tabela 1. <i>Estágios de mudança, significados e estratégias de ação</i>	26
Tabela 2. <i>Conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite</i>	44
Tabela 4. <i>Caracterização clínica e sociodemográfica das participantes</i>	50
Tabela 5. <i>Histórico familiar, social e de adesão ao tratamento segundo relatos das participantes</i>	56
Tabela 6. <i>Relato sobre o comportamento alimentar antes e depois da Condição de Treino A (CTa)</i>	65
Tabela 7. <i>Resultado da atividade “Atribuição de valores” realizada na 1ª sessão do grupo de apoio</i>	72
Tabela 8. <i>Atividade escolhida pelas participantes para prática de atenção plena</i>	74
Tabela 9. <i>Respostas das participantes diante dos questionamentos em torno dos conceitos abordados</i>	76
Tabela 10. <i>Lista de alimentos que causam sentimentos negativos para cada participante</i>	78
Tabela 11. <i>Alimentos escolhidos para realizar a prática “fazendo as pazes com a comida”</i>	79
Tabela 12. <i>Relatos das participantes quanto à atividade “Meditação do chocolate”</i>	83
Tabela 13. <i>Principais aspectos observados por meio dos relatos e do preenchimento da tabela de refeições diárias com a escala de fome e saciedade</i>	86
Tabela 14. <i>Relatos sobre as vantagens e desvantagens da utilização da Condição de Treino A (CTa) e da Condição de Treino B (CTb)</i>	105
Tabela 15. <i>Respostas das participantes aos questionamentos realizados durante o Follow up</i>	109

Lista de figuras

Figura 1. <i>Fluxograma de perda de participantes</i>	35
Figura 2. <i>Flor dos valores</i>	41
Figura 3. <i>Consumo dos macronutrientes da participante P1 nos três momentos da CTa</i>	68
Figura 4. <i>Consumo dos macronutrientes da participante P2 nos três momentos da CTa</i>	69
Figura 5. <i>Consumo dos macronutrientes da participante P3 nos três momentos da CTa</i>	69
Figura 6. <i>Consumo dos macronutrientes da participante P4 nos três momentos da CTa</i>	70
Figura 7. <i>Peso semanal (em kg) das participantes aferido durante a CTa</i>	70
Figura 8. <i>Peso e composição corporal das participantes nos três momentos da pesquisa</i>	90
Figura 9. <i>Evolução do perfil bioquímico da Participante P1 ao longo das intervenções</i>	92
Figura 10. <i>Evolução do perfil bioquímico da Participante P2 ao longo das intervenções</i>	93
Figura 11. <i>Evolução do perfil bioquímico da Participante P3 ao longo das intervenções</i>	94
Figura 12. <i>Evolução do perfil bioquímico da Participante P4 ao longo das intervenções</i>	95
Figura 13. <i>Comportamento alimentar das participantes nos três momentos da pesquisa</i>	99
Figura 14. <i>Nível de ansiedade das participantes nos três momentos da pesquisa</i>	103

Marcuartú, A. C. (2019). *Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após cirurgia bariátrica*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará, 183p.

Resumo

Introdução: A obesidade tem alcançado prevalência preocupante em todo mundo. Nos casos de obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem sido indicada como o tratamento eficaz para redução do peso e controle de comorbidades associadas. Porém, a dificuldade de adesão às regras nutricionais em longo prazo tem sido um desafio, podendo causar deficiências nutricionais e recidiva de peso, predispondo à recorrência de comorbidades. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de dois tipos de intervenção sobre o estado nutricional, comportamento alimentar e nível de ansiedade de mulheres com recidiva de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica. **Método:** Participaram quatro mulheres adultas submetidas às técnicas cirúrgicas de *Bypass* gástrico ou *Sleeve* há pelo menos 24 meses, com recidiva de peso maior ou igual a 10% em relação ao menor peso estável alcançado após a cirurgia e com dificuldades na adesão ao tratamento nutricional. A coleta de dados aconteceu no laboratório de Patologia da Nutrição e em ambiente domiciliar das participantes. O procedimento constou de: (1) Composição da amostra e entrevista para confirmação dos critérios de inclusão, por meio de questionário sobre os dados sociodemográficos e de avaliação da história clínica e de adesão ao tratamento; (2) Caracterização da linha de base, onde foram aplicados o questionário sobre o estágio de prontidão para a mudança de comportamento, questionário de ansiedade de Beck, questionário dos três fatores alimentares, questionário sobre atividade física e o questionário sobre o apoio familiar, assim como o primeiro recordatório alimentar de 24 horas; (3) Condição de Treino A (CTa): Intervenção com plano alimentar; (4) Condição de Treino B (CTb): Intervenção com técnicas de nutrição comportamental; nesta fase foi entregue apenas uma orientação nutricional impressa e padronizada sobre os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável definida pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e sobre a importância da suplementação nutricional. As participantes também receberam uma escala de avaliação de percepção de fome e saciedade e participaram de quatro sessões de grupo; (5) *Follow-up*. Todas as participantes foram submetidas a todas as condições de treino e ao final de cada uma, foi realizada a reavaliação por meio do questionário de três fatores alimentares adaptado para o paciente bariátrico, perfil bioquímico, antropométrico, composição corporal e inventário de ansiedade de Beck, utilizados também durante a linha de base. **Resultados e Discussão:** As duas condições de treino mostraram efeitos semelhantes em relação à composição corporal e valores bioquímicos, no entanto, em relação ao comportamento alimentar e ansiedade, a CTb mostrou melhores resultados. Ao término das intervenções, todas as participantes apontaram vantagens maiores no seguimento da CTb. No *Follow-up*, todas as participantes relataram seguimento das técnicas utilizadas durante a CTb. **Conclusão:** A intervenção com plano alimentar (CTa) mostrou algum efeito em curto prazo porém, associado a isso trouxe maiores níveis de ansiedade e comportamentos alimentares disfuncionais. A intervenção comportamental (CTb) pode ser eficaz em longo prazo, uma vez que promove o aumento na auto-observação e as mudanças no comportamento alimentar e na ansiedade. No entanto é possível que o efeito sobre o peso e outras medidas biológicas seja gradual, portanto um acompanhamento multiprofissional mais longo parece ser necessário.

Palavras-chave: cirurgia-bariátrica; adesão ao tratamento; ansiedade; comportamento alimentar.

Marcuartú, A.C. (2019). Effects of two types of nutritional intervention in women with weight regain after bariatric surgery. Master's Dissertation presented to the Graduate Program in Neurosciences and Behavior. Belém: Federal University of Pará, 183p.

Abstract

Introduction: Obesity has reached troubling prevalence throughout the world. In cases of morbid obesity, bariatric surgery has been indicated as the effective treatment for weight reduction and control of associated comorbidities. However, the difficulty of adhering to long-term nutritional rules has been a challenge, which may cause nutritional deficiencies and weight regain, predisposing to recurrence of comorbidities. **Objective:** To evaluate the effects of two types of interventions on the nutritional status, eating behavior and anxiety level of women with weight regain after 24 months of bariatric surgery. **Method:** Four adult women submitted to the surgical techniques of Gastric Bypass or Sleeve for at least 24 months, with regain weight greater than or equal to 10% in relation to the lowest stable weight achieved after surgery and with difficulties in adherence to nutritional treatment. The data collection took place in the Laboratory of Nutrition Pathology and in the home environment of the participants. The procedure consisted of: (1) Composition of the sample and interview to confirm the inclusion criteria, in this phase the questionnaire was used on sociodemographic data and the clinical history and treatment adherence assessment; (2) Characterization of the baseline, where the questionnaire on the stage of readiness for behavior change, Beck anxiety questionnaire, questionnaire on the three food factors, questionnaire on physical activity and the questionnaire on family support were collected the first 24-hour food recall; (3) Training Condition A (CTa): Intervention with food plan; (4) Training Condition B (CTb): Intervention with behavioral nutrition techniques; at this stage only a standardized and printed nutritional guidance was given on the 10 steps for an adequate and healthy diet defined by the Food Guide for the Brazilian Population and on the importance of nutritional supplementation. Participants also received a rating scale for perception of hunger and satiety and participated in 4 group sessions; (5) Follow-up. All participants were submitted to all the training conditions and at the end of each one, the reassessment was made through the questionnaire of three food factors adapted to the bariatric patient, biochemical profile, anthropometric profile, body composition and Beck anxiety inventory, used also during the baseline. **Results and Discussion:** The two training conditions showed similar effects in relation to body composition and biochemical values; however, in relation to food behavior and anxiety, CTb showed better results. At the end of the interventions, all the participants showed greater advantages in the follow-up of CTb. At the follow-up, all participants reported follow-up of the techniques used during CTb. **Conclusion:** The dietary intervention showed some short-term effect, however, associated with this, it brought higher levels of anxiety and dysfunctional eating behaviors. Behavioral intervention can be effective in the long run as it promotes increased self-observation and changes in eating behavior and anxiety. However, it is possible that the effect on weight and other biological measures is gradual, so a longer multiprofessional follow-up seems necessary.

Keywords: bariatric surgery; adherence to treatment; anxiety; behavior.

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, comprometendo a saúde do indivíduo (Brasil, 2014). A World Obesity Federation (2014) trata a obesidade como uma pandemia em função da sua magnitude e da velocidade de evolução em vários países do mundo.

A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que mais da metade da população brasileira (56,9%) está com excesso de peso, e a obesidade já atinge 20,8% dos brasileiros adultos, sendo a maior prevalência entre as mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015). Porém, a pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- Vigitel (Brasil, 2018) demonstrou que a frequência de adultos obesos diminuiu para 18,9% , sem diferença entre os sexos.

Pesquisas revelam que, dentre os fatores biológicos, há maior influência de fatores genéticos e de hereditariedade na predisposição à obesidade em pessoas do sexo feminino; porém, para que ela se manifeste é necessário que fatores ambientais favoráveis à obesidade estejam igualmente presentes. Além disso, vários fatores do ciclo reprodutivo podem ser considerados como fatores de risco para obesidade, como paridade, ganho de peso gestacional entre outros (Dodd, Grivell, Crowther, & Robinson, 2010; Gunderson, 2009; Oliveira, Cerqueira, Souza, & Oliveira, 2003). Além dos fatores já citados, devemos também levar em consideração que as mulheres sofrem maior pressão em relação aos padrões estéticos valorizados pela sociedade, mostrando relação com a maior motivação para o tratamento cirúrgico da obesidade (Arantes, 2008; Fiates & Salles, 2001; Ferraz et al., 2003; Mazzeo, Saunders, & Mitchell, 2005; Tinoco, 2004).

A compreensão dos processos psicobiológicos ligados direta e indiretamente à alimentação favorecem o desenvolvimento da neurociência nutricional, que proporciona compreensão mais clara da complexa relação sociobiológica dos seres vivos com o ambiente (Cabraia, 2004). O balanço entre a ingestão e o gasto de energia é controlado por um

complexo e poderoso sistema biológico, comandado pelo sistema nervoso central. Falhas neste sistema podem levar ao surgimento e agravamento da obesidade (Friedman, 2004/2009).

A primeira estação de controle para a interpretação nutricional está na porção caudal do tronco encefálico, que recebe informação das papilas gustativas, do aparelho olfativo e do trato gastrointestinal, este último, através de aferências vagais. Com esta informação, a maquinaria oromotora (presente nos núcleos do tronco encefálico bem como nos núcleos da base) é ativada para a ingestão do alimento e sua evolução pelo trato gastrointestinal. O hipotálamo, especialmente no núcleo arqueado (ARC) é o local de integração nutricional, recebendo informações que se originam em órgãos periféricos e mediados por hormônios circulantes e metabólitos, bem como por vias neurais procedentes do tronco cerebral (Damiani & Damiani, 2011; Williams & Schwartz, 2011).

O sistema córtico-límbico permite interagir com o ambiente que oferece o alimento, incluindo a sua procura e seu armazenamento, levando em conta a experiência, a disponibilidade e o custo. A visão, o apetite hedônico e a palatabilidade de alimentos já familiares contam nessas escolhas. O contexto social, os hábitos e as regras religiosas também determinam as escolhas alimentares. A influência límbica é maior que a necessidade metabólica do alimento (Damiani & Damiani, 2011).

Kennedy (1953) propôs que para equilibrar a ingestão e o gasto calóricos, mantendo constantes as reservas de energia, é necessário que o cérebro seja capaz de obter informações sobre a quantidade destas reservas e que isto poderia ocorrer através da detecção pelo hipotálamo de metabólitos presentes na circulação. A homeostase energética é controlada por um sistema neuro-humoral que minimiza o impacto de pequenas flutuações no balanço energético, sendo a leptina e a insulina, elementos críticos desse controle e são secretados em proporção à massa adiposa (Woods, Seely, Porte, & Schwartz 1998).

A leptina é um polipeptídeo (composto orgânico formado pela associação de aminoácidos que são os compostos básicos formadores das proteínas) produzido pelo tecido adiposo branco e secretado na circulação em níveis proporcionais à quantidade deste tecido (Considine et al., 1996). Atua nos receptores expressos no hipotálamo para promover a sensação de saciedade e regular o balanço energético (Suyeon & Moustadid-Moussa, 2000). Em altas concentrações séricas, a leptina não consegue atuar e acaba limitando seu efeito anoréxico (Woods et al., 1998).

A insulina é produzida pelas células beta do pâncreas e secretada tonicamente, com incrementos durante as refeições, sendo que os dois componentes (basal e estimulado) são diretamente proporcionais à quantidade de gordura corporal. Como a leptina, a insulina é transportada por meio da barreira hemato-encefálica e possui receptores no núcleo arqueado do hipotálamo e outras regiões do cérebro (Woods & D'Alessio, 2008). Com seu efeito anabólico, a insulina aumenta a captação de glicose, e a queda da glicemia é um estímulo para o aumento do apetite (Morris & Zemel, 1999; Moura et al., 2002; Roberts, 2000; Soh & Brand-Miller, 1999; Wolever, 2000; Woods et al., 1998).

Observa-se que a manipulação dos diversos mecanismos envolvidos na resistência à leptina e à insulina no hipotálamo é capaz de modificar a adiposidade. Isto sugere que as alterações hipotalâmicas não sejam apenas uma extensão da inflamação presente na periferia, mas que estejam envolvidas na gênese da obesidade em modelos animais (Velloso & Schwartz, 2011). Outro achado que corrobora esta hipótese é o de que a inflamação associada à resistência a esses hormônios no hipotálamo de ratos, em resposta a uma dieta obesogênica, precede o ganho de peso e a indução do processo inflamatório no tecido adiposo (Prada et al., 2005).

A obesidade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de diversas comorbidades, dentre elas, podemos destacar o diabetes mellitus tipo 2 e patologias

cardiovasculares. A pessoa com obesidade também tem alta probabilidade de desenvolver vários distúrbios de ordem psicossocial como depressão, transtornos de ansiedade e alteração de imagem corporal (Barbieri & Mello, 2012; Malta, Morais Neto, & Silva Junior, 2011).

Segundo Silva (2012), o tratamento clínico da obesidade engloba várias intervenções como: (a) intervenções nutricionais por meio do manejo da dieta, que pode ser constituída por diferentes graus de restrição energética ou por modificação da composição de macronutrientes (restrição de gorduras ou carboidratos); (b) orientações à prática de atividade física para a promoção de consumo de energia adequados, fundamental para o gasto energético; (c) intervenções psicológicas para facilitar a mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida, assim como o manejo adequado do estresse; (d) intervenção com medicamentos que deve ser proposta quando as medidas citadas anteriormente são insuficientes para promover resultados eficazes. Os medicamentos mais utilizados nessa intervenção agem inibindo o apetite ou dificultando a absorção de gorduras.

Essas intervenções podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, porém as chances de sucesso quando utilizadas em conjunto se mostram mais elevadas. Contudo, normalmente, os resultados de perda de peso não são sustentados em longo prazo, seja pela baixa adesão à dieta e/ou aos medicamentos prescritos (Serdula, Khan, & Dietz, 2003).

No caso da obesidade grave, se houver falha documentada do tratamento clínico, a cirurgia bariátrica é um recurso consistente, proporcionando aos pacientes uma redução nas taxas de mortalidade e melhora em algumas comorbidades associadas devido à mudança no trato gastrointestinal e conseqüente melhora na secreção de alguns hormônios como a insulina (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2016). O tratamento cirúrgico justifica-se somente quando os riscos de permanecer obeso excederem os riscos, em curto e longo prazo, da cirurgia bariátrica (Oliveira & Fortes, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2017), o Brasil é considerado o segundo país do mundo em número de cirurgias realizadas e as mulheres representam 76% dos pacientes que fizeram cirurgia bariátrica, além disso, foram realizados 105.642 mil cirurgias no ano de 2017 no país, ou seja, 5,6% a mais do que em 2016. A pesquisa realizada pela SBCBM também apontou que a população elegível à cirurgia bariátrica no Brasil é de 4,9 milhões de pessoas e especificamente no estado do Pará, de 176.705.

É importante que os pacientes operados e os candidatos à cirurgia bariátrica tenham pleno conhecimento de que, na verdade, a opção não é por uma cirurgia, mas sim, por um tratamento contínuo que, além da operação cirúrgica, envolve mudanças profundas do estilo de vida com reeducação alimentar, suplementação de nutrientes, prática regular de atividade física e acompanhamento multiprofissional (ABESO, 2016).

Dentre as diversas técnicas de cirurgia bariátrica, o *Bypass* em Y-de-Roux é considerado o “padrão ouro” sendo atualmente a técnica mais utilizada no Brasil e no mundo (Buchwald & Oien, 2013). Isso é atribuído devido aos seus resultados expressivos (aproximadamente 70% de perda de excesso de peso em até dois anos) e reduzidos percentuais de mortalidade (0,5%). Além de perda ponderal por intermédio desta técnica foi descrito controle de algumas comorbidades com consequente melhora da qualidade de vida dos obesos graves (ABESO, 2016; Oliveira & Fortes, 2014).

Como efeito principal esse tipo de técnica cirúrgica, proporciona a saciedade mais precoce devido a capacidade gástrica de 30 a 50 ml, associada a efeitos causados pela reconstrução do trânsito em Y-de-Roux causando efeitos disabsortivos (impede a absorção de alguns nutrientes) e a melhora do ciclo da síndrome metabólica (ABESO, 2016; Zeve, Novais, & Oliveira Júnior, 2012). Com este procedimento cirúrgico, a ingestão de carboidratos simples pode ocasionar a chamada síndrome de *dumping*, caracterizada por náuseas, vômitos,

rubor, dor epigástrica e sintomas de hipoglicemia, além de fístulas, estenoses, úlceras anastomóticas, hérnias internas e embolia pulmonar (Zeve et al., 2012).

Outro tipo de cirurgia muito comum é a gastrectomia vertical ou *Sleeve* que é um procedimento restritivo que reduz o tamanho do reservatório gástrico para 60-100 ml (ABESO, 2016). Dentre as vantagens deste procedimento tem-se a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar; portanto, não há interferência com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Pode ser transformada, no caso de insucesso, num procedimento com algum componente disabsortivo, como o *bypass* que permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais. Apesar de menor complexidade técnica, pode produzir complicações graves e de difícil tratamento, como a fístula junto a ângulo de Hiss (esôfago - gástrico) e deiscência de sutura gástrica (Zeve et al., 2012).

A redução do peso é o principal parâmetro adotado para avaliação do sucesso da cirurgia, cuja avaliação é feita, usualmente, pela perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso (PEP) na fase pré-cirúrgica. Outro parâmetro utilizado é o IMC pós-operatório, em que são considerados adequados valores inferiores a 35 kg/m² para indivíduos com IMC pré-operatório menor que 50 kg/m². Para indivíduos super obesos (IMC \geq 50kg/m²), considera-se desejado um IMC inferior a 40 kg/m² no pós-operatório (AACE/TOS/ASMBS, 2013).

Após um período, a recuperação do peso até certo ponto deve ser esperada independente do tipo de cirurgia bariátrica, porém o aumento expressivo de peso pode significar uma falha no procedimento cirúrgico. Essa recuperação de peso começa a ser notada no final do segundo ano pós-operatório (Bastos, Barbosa, Soriano & Santos & Vasconcelos, 2013; Dalcanale et al., 2010; Langer et al., 2010;). Segundo Herpertz, Kielmann, Wolf, Haberbrand e Senf (2004) e Heber, Greenway, Kaplan, Livingstone, Salvador e Still (2010), espera-se que entre 20 a 25% do peso perdido será recuperado em até 10 anos, sendo que a recidiva ocorre

de 7 a 50% dos casos. De acordo com esses autores, a recidiva de peso está diretamente relacionada com a não adesão à dieta e a não modificação de estilo de vida em longo prazo.

Atualmente, considera-se como aceitável uma taxa de recidiva de 10% a partir do menor peso estável no pós-operatório, considerando-se os mecanismos de adaptação fisiológica e o ganho de peso comum com o aumento da idade (Alvarez-Leite & Diniz, 2013; Casella et al., 2016; Obeidat, Shanti, Mismar, Albsoul, & Al-Qudah, 2015). Esse aumento do peso após a cirurgia comprova o conceito de que obesidade é uma doença crônica progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo (Beleli, Concon Filho, Silva, Camargo, & Scopin, 2011; Novais, Resera Junior, Leite, & Oliveira, 2010).

De forma fisiológica, essa recidiva pode ser explicada por adaptações do estômago e intestino que levam a um maior consumo alimentar e também pela melhor absorção dos alimentos que ocorre com o tempo ou pelo abandono às orientações nutricionais feitas ao longo desse processo, assim como as adaptações endócrinas que modulam a fome e a saciedade (Korner, Bessler, Inabnet, Taveras, & Holst, 2007).

Além disso, fatores psicológicos podem influenciar diretamente nesse insucesso. O sentimento de frustração, de fracasso, vergonha e medo muitas vezes impedem o paciente de procurar ajuda o que agrava ainda mais o problema de recidiva de peso (Carvalho Junior, Turato, Chaim, & Magdaleno Junior, 2014; Rodrigues & Seidl, 2015).

A recidiva de peso está muito relacionada ao seguimento do tratamento pelo paciente. O fator determinante para a adesão ao tratamento é a forma como o paciente vai lidar com o novo contexto alimentar e de tratamento associado à cirurgia bariátrica. A cirurgia representa apenas uma etapa do processo. É necessário que haja por parte dos pacientes operados habilidades para assumir uma mudança de estilo de vida, principalmente no que se refere à qualidade e quantidade da alimentação ingerida (Marchesini, 2010).

Adesão constitui o nível de participação que um sujeito tem em seu tratamento, atribuindo a ele um papel mais participativo no planejamento do mesmo. Porém, não existe um padrão-ouro que possa medir essa adesão, o que se deve fazer é medir adesão como uma variável contínua (World Health Organization [WHO], 2003).

Dito isto, a primeira consideração, e a mais prática, abordada em um paciente com recidiva de peso é a adesão aos planos alimentares e de estilo de vida, conforme delineado pela equipe multidisciplinar. Os fatores de risco para a recidiva de peso incluem falta de atividade física, falta de mudança de comportamento alimentar e falta de acompanhamento multiprofissional (Odom et al., 2010). A expectativa em relação aos resultados, a autoestima e motivação são fatores determinantes para a maioria dos pacientes, porém a prioridade da equipe multidisciplinar permanece somente na melhora das doenças associadas à obesidade e na perda de peso (Marchesini, 2010).

A importância do aconselhamento nutricional adequado após a cirurgia bariátrica tem sido apoiada pela literatura. Uma associação positiva significativa foi demonstrada entre a vigilância do paciente com a manutenção de registros de alimentos ingeridos e a perda de peso; enquanto, por outro lado, existe uma associação negativa significativa entre atendimento nutricional usual, sem levar em consideração as condições psicológicas do paciente, e o aumento de peso (Freire, Borges, Alvarez-Leite, & Toulson, 2012).

Nesse contexto, Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004) afirmam: “O obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipitando complicações médicas, não pode ser considerado sucesso terapêutico, ou seja, é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas”. (p.534).

Mesmo com todos os conhecimentos atuais sobre a obesidade, as estratégias de tratamento usuais não estão tendo os efeitos desejados, pois o tratamento focado apenas na

perda de peso faz com que, mesmo que se obtenham melhoras no desempenho físico e na alimentação, o tratamento seja considerado mal sucedido, fazendo com que o paciente se sinta fracassado, frustrado e desmotivado e isso pode se tornar um gatilho para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Alvarenga, Figueiredo, Timerman, & Antonaccio, 2015).

Além disso, com os tratamentos usuais o sucesso na perda de peso em longo prazo tem sido baixo e geralmente promove recuperação do peso perdido em pouco tempo (Rolland, Johnston, Lula, Macdonald, & Broom, 2014). Rolland et al. (2014) apontaram a dificuldade em seguir uma dieta específica quando o ambiente alimentar não é favorável e a rotina atrapalha a programação alimentar rígida que é imposta. Os pacientes que apresentam bons resultados com dietas restritivas não apresentam longos períodos de seguimento.

A sensação de fome é um dos principais obstáculos para o seguimento de dietas, as quais muitas vezes obrigam os pacientes a ignorar os sinais de fome e saciedade, para seguir as regras descritas no plano alimentar (como comer de 3 em 3 horas, por exemplo). A desregulação no controle de fome e saciedade e a alteração na autopercepção destes sinais podem predispor estes indivíduos aos transtornos alimentares, prejudicando a saúde e qualidade de vida (Alvarenga et al., 2015).

O uso de princípios da análise do comportamento mostra-se útil em estudos que visem o acompanhamento destes pacientes, pois, por meio da análise funcional do comportamento, torna-se possível identificar as contingências (relação entre o comportamento e mudanças ambientais decorrentes da emissão de comportamento) externas ao organismo das quais seu comportamento é função (Skinner, 1998/1953) e definir procedimentos, tanto pela equipe profissional quanto pelo paciente, que serão mais adequados para se chegar ao controle do peso. Moreira e Medeiros (2007) confirmam que a análise funcional do comportamento é um bom método para ser utilizado no tratamento da perda de peso.

Esse entendimento das relações funcionais entre comportamento e ambiente consiste na base da análise funcional do comportamento. Esta análise pressupõe que um indivíduo emite um dado comportamento por este ter sido selecionado por suas consequências. A busca das variáveis externas, independentes, das quais o comportamento (variável dependente) é função, consiste na principal finalidade de uma análise funcional (Delliti, 2001). Meyer (2001) retoma três aspectos indicados como essenciais por Skinner, para uma formulação apropriada da interação organismo-ambiente: (1) ocasião da ocorrência da resposta; (2) resposta propriamente dita e (3) consequências reforçadoras. Delitti (2001) enfatiza que, para a descoberta das contingências em que o comportamento-problema se instalou e de como ele é mantido, estão envolvidos três momentos da vida da pessoa: (1) sua história passada; (2) seu comportamento atual e (3) a relação com a pessoa que está fazendo o seu tratamento. Os métodos utilizados na análise são a observação e o relato verbal.

Os tratamentos usuais são baseados em regras apresentadas ao paciente e como tal podem exercer controle sobre o seu comportamento (Baum, 1999). Skinner (1969/1984) definiu regra como estímulo discriminativo verbal que indica uma relação de contingência (ou seja, se ocorrer determinado comportamento, então, essa consequência se tornará mais provável). O estabelecimento de regras (instruções, conselhos, comentários) é um exemplo de prática cultural importante, pois pode evocar o comportamento pela primeira vez, mas, depois de emitido, o comportamento será modelado e mantido por suas consequências. Deve ser levado em consideração também que a extensão da regra dificulta o seguimento da mesma (Albuquerque & Ferreira, 2001) e ainda, se houver perda de reforçadores, isso torna o seguimento de regras ainda menos provável, mesmo quando monitorado, como é o caso do tratamento de excesso de peso (Albuquerque, Paracampo, & Albuquerque, 2004).

Devido a essas dificuldades no seguimento de certas regras, o uso de técnicas comportamentais utilizadas tanto em atendimentos individuais quanto em grupo, começaram a

ganhar espaço e vem se mostrando eficazes na adesão ao tratamento do excesso de peso (Martins, Ferreira, Silva, & Almeida, 2015).

Grupos de apoio têm mostrado resultados positivos na adesão de pacientes ao tratamento de várias condições. Segundo Murta (2008), ações preventivas e de tratamento em grupo são de baixo custo, atingem uma quantidade maior de pessoas, proporcionam a reconstrução de crenças e estimula a motivação e a autoeficácia nos participantes. Essa estratégia é ainda mais útil em grupos terapêuticos conduzidos por profissional da área da psicologia e da área educacional ou conduzidos por ex-pacientes, nutricionistas, assistentes sociais ou, ainda, grupos de autoajuda (ABESO, 2016). Santos (2010) realizou estudo com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa interdisciplinar em grupo para a mudança no comportamento alimentar. A intervenção foi coordenada por uma psicóloga e um nutricionista e consistia de oito sessões onde eram utilizadas técnicas cognitivo comportamentais. Os resultados apontaram a efetividade de um trabalho interdisciplinar para pessoas obesas e com excesso de peso, melhora nos sintomas de compulsão alimentar periódica, na qualidade da alimentação e o aumento do conhecimento sobre o próprio hábito alimentar.

A dificuldade em adotar um estilo de vida saudável em longo prazo após a cirurgia bariátrica, especialmente a adoção de um comportamento alimentar saudável, envolve diversos fatores e é um desafio que pode predispor os pacientes às complicações pós-cirúrgicas e recidiva de peso, prejudicando a qualidade de vida destes pacientes (Rolland et al., 2014). Além disso, outro fator que pode prejudicar a mudanças na dieta é a crença (atitudes e comportamentos que são gerados por meio de conhecimentos que podem ser produzidos através das representações sociais) de que não há necessidade de alteração dos hábitos alimentares, em virtude de uma interpretação errada do próprio consumo ou mesmo o sentimento de frustração, baixa autoestima e ansiedade (Toral & Slater, 2007). Para Odom et

al. (2010), a adoção de estratégias comportamentais e cognitivas são relevantes e contribuem para o estabelecimento de metas realistas e modificação de crenças sobre alimentação.

Para que haja uma modificação no comportamento, é necessário saber se o paciente está disposto a realizar as mudanças necessárias. O instrumento baseado no modelo transteórico pode ser considerado promissor no auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde. Esse modelo utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança. O mesmo foi desenvolvido por dois pesquisadores norte-americanos, James O. Prochaska e Carlo DiClemente (1983), mediante estudos com tabagistas onde observaram que muitos fumantes conseguiam abandonar o vício sem auxílio de psicoterapia, enquanto outros somente tinham sucesso com esse tipo de tratamento. O estímulo para as pesquisas que culminaram na elaboração do modelo foi a hipótese, posteriormente confirmada, de que existiam princípios básicos que explicariam a estrutura da mudança de comportamento que ocorria na presença ou não de psicoterapia.

Este modelo classifica as alterações no comportamento em cinco estágios, cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la (Toral & Slater, 2007). Desta forma, é possível descrever quais pacientes estão motivados a iniciar uma mudança de comportamento de forma a direcionar ações intervencionais mais apropriadas, sendo o sucesso representado pelo avanço do indivíduo ao longo dos estágios em direção à “manutenção” (Bertolin & Slater, 2012).

Os dois estágios iniciais foram definidos como: “pré-contemplação”, no qual o indivíduo não está verdadeiramente interessado em mudar, não vê perspectiva de mudança num prazo de tempo inferior a seis meses e não reconhece o risco do seu comportamento prejudicial para a seu bem-estar e “contemplação”, no qual começa a pensar em, de fato, alterar o comportamento que o está prejudicando em um prazo inferior a seis meses e já

começa a identificar riscos de seu comportamento. Os três estágios seguintes são conceituados como: “preparação” ou “decisão”, no qual o sujeito pensa em mudar de forma mais ativa e em um curto período de tempo, seguido pelo estágio “ação”, no qual já foram adotados novos comportamentos, comportamentos mais saudáveis, identificados num período de até seis meses, substituindo dessa forma os comportamentos prejudiciais anteriores. Por fim, o último estágio, chamado de “manutenção”, no qual o paciente permanece por mais de seis meses com o novo comportamento (Lechner, Brug, De Vries, van Assema, & Mudde, 1998; Toral & Slater, 2007).

Após a classificação do estágio de mudança de comportamento, realizada através de um instrumento baseado no modelo transteórico, deve-se focar no tipo de tratamento. No tratamento comportamental as teorias que embasam os programas de educação nutricional têm sido derivadas do modelo teórico denominado Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A TCC citada por Baldwin e Falciglia (1995) descreve o comportamento humano como sendo reciprocamente determinado pelas disposições internas e pelas influências ambientais interagindo entre si bidirecionalmente.

A TCC foi introduzida como medida adjuvante no tratamento e manutenção da perda de peso. O objetivo é programar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçando a motivação com relação ao tratamento, dessa forma, evitando a recaída e o conseqüente ganho posterior de peso de forma que o foco do tratamento seja o comer normalizado e a melhora na relação com a imagem corporal (Brito, Bystronski, Mombach, Stenzel & Repetto, 2005).

Na psicologia cognitiva, os métodos são dirigidos para modificações de sentimentos e ações, influenciando um padrão de pensamento social. Estratégias são dirigidas à mudança de atitudes individuais, crenças e percepções sobre o comportamento (Prochaska & DiClemente, 1986).

Baldwin e Falciglia (1995) propuseram que:

A Terapia Cognitivo Comportamental e a psicologia cognitiva podem ser utilizadas para conduzir o processo de mudança cognitiva. A mudança de comportamento individual pode ser facilitada pela modificação dos fatores pessoais internos. Estes fatores incluem não somente a obtenção dos conhecimentos necessários e práticas apropriadas para fazer uma mudança, mas também um componente de auto-desenvolvimento. Apesar de uma pessoa ter o desejo de realizar uma mudança e seja definitivamente a responsável pela modificação do comportamento alimentar, o nutricionista poderá ajudá-la no desenvolvimento pessoal de auto-eficácia, autocontrole e auto-avaliação, três aspectos críticos da mudança (p. 1315).

Os elementos principais para a TCC relacionado à mudança de comportamento alimentar são: (1) mudanças estruturadas de estilo de vida; (2) métodos para que se aumente a frequência de atividade física; (3) métodos cognitivos para se mudar a postura existencial; (4) estratégias para aumento do suporte social; (5) estratégias para a manutenção da motivação e (6) esquemas nutricionais adequados (Segal, 2002).

Dentre as estratégias utilizadas nesse tipo de abordagem, tem-se:

Entrevista motivacional

Técnica de aconselhamento cujo objetivo é trazer à tona as motivações intrínsecas para mudar determinado comportamento por meio do diálogo (Alvarenga et al., 2015). Utiliza métodos específicos, como a escuta reflexiva, autonomia, tomada de decisão compartilhada e obtendo mudança no diálogo com o paciente. É uma abordagem que convida as pessoas a considerar sua própria situação e encontrar suas próprias soluções onde eles identificam problemas que impedem a mudança, de acordo com os seus objetivos e valores (Alvarenga et al., 2015; ABESO, 2016).

Dada a importância do incremento da motivação e gestão da ambivalência muitas vezes associada à mudança comportamental e adesão aos programas ou tratamentos propostos, o uso da entrevista motivacional pode exercer um efeito valioso na promoção da alteração comportamental no processo de diminuição do peso (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005).

Reforçamento positivo

Skinner (1945) descreve o reforço positivo como qualquer estímulo que quando acrescentado à situação, aumenta a probabilidade de ocorrência da resposta. É reforçador para o paciente perceber a melhora no seu quadro de saúde, no seu bem-estar e na sua qualidade de vida devido à adesão a alguns comportamentos, como a realização de atividades físicas. Cabe ao profissional de saúde, além de chamar a atenção do paciente e do cuidador/família sobre a existência dos reforçadores em longo prazo ao se engajar em determinados comportamentos, reforçá-los em todas as ações que os levam ao estabelecimento de repertório comportamental adequado (Rodrigues & Seidl, 2015).

Guilhardi (2004) enfatiza que o uso de reforço positivo, em procedimentos terapêuticos, tem se mostrado útil para: fortalecer os comportamentos mais saudáveis; promover, por meio da modelagem de novos comportamentos, maior variabilidade comportamental; permitir modelar repertórios de tomar iniciativa; além disso, produzir sentimentos bons, tais como satisfação, bem-estar, alegria, auto-estima, entre outros.

Resolução de problemas

O profissional e o paciente devem identificar problemas relacionados ao excesso de peso, buscar possíveis soluções e estratégias, aplicando-as, testando-as e rediscutindo-as a fim

de selecionar as que definitivamente são eficazes em modificar o comportamento individual, auxiliando o paciente a perder e manter peso (ABESO, 2016).

Segundo Abreu & Guilhardi (2014) existem cinco processos que devem ser avaliados para se trabalhar a solução de um problema:

1. Orientação para o problema: crenças, avaliações e expectativas frente ao problema (“Sorvete engorda então não posso comer”).
2. Definição e formulação do problema: compreender a natureza do problema (“Eu cresci ouvindo minha mãe falar que sorvete engorda”).
3. Levantamento de alternativas: fazendo com que todas as opções possíveis estejam disponíveis (“Questionar se todas as pessoas que conhece e comem sorvete são gordas”).
4. Tomada de decisões: são avaliadas, comparadas e julgadas as opções disponíveis (“Experimentar um sorvete e ver o que acontece”).
5. Prática da solução e verificação: avaliação da eficácia em resolver a situação (se comeu o sorvete e nada aconteceu, talvez ele possa ser “autorizado” e a crença modificada, solucionando o problema que era não poder comer sorvete).

A resposta do indivíduo na situação-problema é eficaz quando é alterada e deixa de ser problemática, produzindo consequências positivas. O treino em solução de problemas visa à emissão de tais respostas adaptativas por meio de técnicas de orientação, levantamento de alternativas e de tomada de decisão (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2009).

Outras técnicas que não são específicas da TCC, porém têm sido utilizadas nos tratamentos com pacientes obesos, com excesso do peso ou com distúrbios alimentares, são:

Atenção plena (*mindfulness*)

A atenção plena foi definida como a completa atenção no momento presente, com uma atitude de abertura e curiosidade (Marlatt & Kristeller 1999) e é praticada como um modo de

aceitação, sem julgamentos, críticas ou interpretação de pensamentos, sentimentos e sensações (Kabat-Zinn, 1994). Quando aplicada à alimentação a atenção plena envolve observar os aspectos sensoriais dos alimentos, como gosto, aroma e aparência, bem como os pensamentos, emoções e sensações corporais que acompanham a alimentação (Wnuk et al., 2017).

Ao longo dos anos, perde-se a curiosidade inata, de forma que nossas experiências alimentares passam a serem vividas através de regras ditadas pela mídia, dietas, recomendação de alguns profissionais de saúde ou familiares, entre outros. Essa técnica busca levar as pessoas a comerem sem julgamentos ou críticas, com atenção às sensações físicas e emocionais despertadas durante o ato de comer ou em um contexto relacionado à comida (Alvarenga et al., 2015).

Comer intuitivo

Abordagem baseada em evidências que ensina as pessoas a terem uma relação mais saudável com a comida e também ensina as pessoas a desenvolverem uma “sabedoria corporal”, aprendendo a distinguir suas sensações físicas e emocionais propondo que o indivíduo que esteja utilizando essa técnica mantenha uma sintonia com a comida, mente e corpo (Tribble & Resch, 2012). O reconhecimento dos sinais de fome e saciedade deve ser considerado nessa abordagem (Alvarenga et al., 2015).

A partir do exposto, pode-se perceber a importância de considerar as variáveis ambientais, comportamentais e biológicas de cada indivíduo no planejamento de ações preventivas e curativas (WHO, 2003). Além disso, é necessário definir claramente os comportamentos dos pacientes para verificar como são instalados e mantidos e como podem ser modificados e ampliados (Casseb, 2005).

Neste sentido, pesquisas visando à adesão de pacientes às orientações de profissionais de saúde são de grande relevância para avanços científicos na avaliação de procedimentos eficazes à promoção da saúde e ao desenvolvimento de novas tecnologias comportamentais (Casseb, 2005). Identificar fatores que influenciam a qualidade dos cuidados com a saúde é muito válido, pois, problemas com adesão ao tratamento podem causar aumento do risco de mortalidade, demora na recuperação da saúde e/ou recidivas que podem aumentar o número de consultas médicas e o tempo de hospitalização, gerando maior custo para os serviços de saúde pública (Ferreira, 2006).

Apesar de atualmente pesquisas sobre adesão estarem em evidência, poucas abordam adesão ao tratamento de pacientes com um longo tempo de pós-cirurgia bariátrica. Além disso, as abordagens utilizadas na nutrição comportamental são relativamente novas e pouco utilizadas, os trabalhos disponíveis abordam apenas um tipo de técnica, separadamente. A presente pesquisa utilizou a técnica usual de tratamento nutricional e várias técnicas comportamentais e comparou seus efeitos na adesão ao tratamento, perda de peso, resultados de exames bioquímicos, comportamento alimentar, nível de ansiedade e estado nutricional de mulheres com recidiva de peso após dois anos de cirurgia bariátrica.

Objetivos

Objetivo geral

Avaliar os efeitos de dois tipos de intervenções no estado nutricional, comportamento alimentar e nível de ansiedade de mulheres com recidiva de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica.

Objetivos específicos

- Classificar o estágio de prontidão para mudança de comportamento na linha de base e ao longo das intervenções;

- Caracterizar a prática de atividade física na linha de base;
- Caracterizar o apoio familiar antes e após a realização da cirurgia bariátrica;
- Comparar os efeitos do treino com plano alimentar tradicional e de estratégias de nutrição comportamental sobre o estado nutricional, comportamento alimentar e nível de ansiedade das participantes;
- Identificar a percepção das participantes sobre as vantagens e as desvantagens de cada intervenção.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental quantiquantitativo, utilizando a análise do sujeito pelo seu próprio controle.

Participantes

Utilizou-se uma amostragem não probabilística de conveniência composta por quatro mulheres.

Critérios de inclusão

Foram convidadas a participar do estudo pacientes do sexo feminino, com idade entre 18 e 59 anos, submetida às técnicas cirúrgicas de Bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) ou *Sleeve* há pelo menos 24 meses, com recidiva de peso maior ou igual a 10% em relação ao menor peso estável alcançado após a cirurgia, com dificuldades na adesão ao tratamento nutricional e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 1).

Crêterios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa pacientes submetidas a outro tipo de técnica cirúrgica que não fosse a BGYR ou *Sleeve*, que engravidaram com menos de um ano após a cirurgia, que residissem distante do local de coleta de dados, que usassem algum medicamento que poderia confundir a interpreta o dos dados (como antidepressivos, anti-psicóticos e anti-hipertensivos que geram reten o hídrica e aumentam o processo de diferencia o das células de estoque de gordura).

Instrumentos

Todos os instrumentos foram aplicados nas pacientes pela nutricionista pesquisadora responsável, exceto o Inventário de ansiedade de Beck que foi aplicado por uma psicóloga.

Avalia o de dados gerais e sociodemográficos

Formulário sobre a cirurgia, o tratamento e dados sociodemográficos (Apêndice 2) com questões fechadas e abertas para a coleta de informa es referentes   idade, estado civil, renda, composi o familiar, escolaridade, uso de medicamentos, presença de comorbidades associadas   obesidade, data da cirurgia, técnica cirúrgica utilizada, peso inicial pr -cirúrgico e menor peso alcançado.

Avalia o da história clínica e de adesão ao tratamento

Foi utilizado um roteiro com perguntas abertas para investiga o da história clínica, adesão ao tratamento e questões sobre o seguimento de orienta es nutricionais (Apêndice 3) por meio de auto-relato para identificar aquelas pacientes que apresentaram dificuldade de adesão às regras nutricionais em tratamentos anteriores. O nível baixo de adesão aos tratamentos anteriores foi um critério para participar da pesquisa.

Avaliação do estágio de mudança de comportamento

Foi aplicado o questionário de avaliação dos estágios de prontidão para mudança de comportamento alimentar baseado no modelo transteórico criado por Ling e Horwath (2000) (Anexo 1). O questionário é composto de sete questões fechadas e duas abertas, por meio das quais é possível classificar e descrever o estágio de prontidão para mudança de comportamento em que a pessoa se encontra. Os estágios, seus significados e as estratégias de ação que foram tomadas podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela1.

Estágios de mudança, significados e estratégias de ação

Estágio de mudança	Significado do estágio	Estratégia de ação
Pré-contemplação	Não pensa realizar uma mudança no momento atual ou não possui motivação para realizar uma mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Construir uma base, estabelecer um relacionamento e limitar os confrontos. • Investigar o que motiva aquela participante e estimular essa motivação. • Incentivar a criação de uma consciência sobre a importância da decisão de mudar o comportamento. • Expandir a percepção da participante sobre os riscos e dificuldades advindas do comportamento atual.
Contemplação	Pondera sobre realizar uma mudança no seu comportamento, porém ainda se mostra muito insegura e com muitas dúvidas, pois cada comportamento possui suas vantagens e desvantagens.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as dúvidas e inseguranças da participante e realizar aconselhamentos baseados nas vantagens e desvantagens da mudança de comportamento. • Criar um plano de metas reduzindo assim os efeitos das desvantagens expostas pela participante.
Decisão	Tem a intenção de realizar mudanças. A participante está em um estado de prontidão, antecipação e preparação.	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturar um plano de mudanças. • Desenvolver uma opinião positiva da participante sobre sua capacidade de desempenho ou força na crença pessoal e na habilidade de realizar tarefas e alcançar metas, chamada de autoeficácia. • Oferecer orientação para que a participante possa encontrar uma estratégia de mudança ou um objetivo que seja aceitável, apropriado e realizável para ela. • Identificar condutas e habilidades necessárias para que ocorra a mudança.

Tabela1.*Estágios de mudança, significados e estratégias de ação (continuação)*

Estágio de mudança	Significado do estágio	Estratégia de ação
Ação	Observam-se alterações no comportamento. Participante se encontra em um estado de entusiasmo, aberta a mudanças.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar uma mudança na área relacionada ao comportamento-problema. • Desenvolver um plano de ação e compromisso através da assistência contínua utilizando a entrevista motivacional, reforçamento positivo e trabalhar a resolução de problemas. • Reavaliar o plano de metas.
Manutenção	Mantém e sustenta as mudanças de comportamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar as recaídas através da consolidação dos resultados obtidos durante a fase anterior. • Reforçar positivamente o novo comportamento. • Informar a participante que recaídas podem ocorrer e que nesse caso é importante identificar o que a fez retomar o comportamento de risco. • Criar juntamente com a participante um plano de seguimento, suporte e fortalecimento do comportamento. • Explorar estratégias de superação.

Fonte: Alvarenga et al. (2015)

Avaliação do consumo alimentar

Foi aplicado o recordatório 24 horas (Apêndice 4), o qual contém colunas para o registro dos alimentos consumidos por refeição. Foi realizado o recordatório 24 horas em três momentos na linha de base (dois dias de semana e um dia no fim de semana), a partir dos quais foi calculado o valor nutricional e posteriormente realizada a média aritmética para caracterizar o consumo alimentar habitual das participantes. O valor nutricional médio foi utilizado para o cálculo da dieta das participantes que foi entregue a elas na Condição de Treino A (CTa), detalhada mais a diante. Esse instrumento também foi utilizado para avaliar a adesão às regras nutricionais prescritas para as participantes durante a CTa, sendo aplicado pela nutricionista durante as consultas uma vez por semana durante as oito semanas de duração desta condição de treino.

Avaliação do nível de ansiedade

O nível de ansiedade das participantes foi estimado por meio do inventário de ansiedade de Beck (BAI), traduzido e validado no Brasil por Cunha (2001). O BAI é um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade. O teste de fidedignidade apresentou um coeficiente considerado excelente ($\alpha = 0,92$) em grupos de pacientes com obesidade e, por isso, tem sido muito utilizado em pesquisas com indivíduos obesos. Os itens do instrumento serão avaliados pelas pacientes numa escala de quatro opções de resposta: 0 – absolutamente não; 1 – levemente: não me incomodou muito; 2 – moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; e 3 – gravemente: difícil de suportar. O escore total foi realizado pela soma dos escores individuais que variam de 0 a 63. Os sintomas de ansiedade podem ser classificados como: nível mínimo: escores de 0 a 10; nível leve: escores de 11 a 19; nível moderado: escores de 20 a 30; e nível grave: escores de 31 a 63.

O inventário foi aplicado por uma psicóloga experiente devidamente inscrita no Conselho Regional de Psicologia (CRP) antes e após cada condição de treino.

Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica foi realizada no Laboratório de Patologia da Nutrição (LAPAN), localizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Foi aferido o peso corporal com balança do tipo plataforma, com estadiômetro acoplado da marca Welmy, o qual foi utilizado também para mensurar a estatura. A balança tem capacidade de 200kg e precisão de 100g e o estadiômetro tem 200cm, com precisão de 1cm. O peso corporal foi obtido com a paciente descalça e com o mínimo de roupa possível. A estatura foi aferida com a participante em posição ereta com os braços relaxados ao lado do corpo, pés unidos e olhar direcionado ao horizonte. A partir do peso e da estatura aferidos, foi calculado o IMC

das participantes ($IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$), obtendo-se a classificação do estado nutricional segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) que foi registrado em formulário próprio (Apêndice 5). O peso ideal foi calculado a partir da Tabela da *Metropolitan Life Foundation* (1983), conforme sugere o Consenso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica (SBCBM, 2012). Para avaliar o percentual de perda de excesso de peso (%PEP) após a cirurgia, foi utilizada a fórmula: $\%PEP = \text{perda de peso no pós-operatório} \times 100 / \text{peso inicial pré-cirúrgico} - \text{peso ideal}$. Para calcular o percentual de recidiva de peso (%RP), foi utilizada a fórmula: $\%RP = (\text{peso atual} - \text{menor peso estável após a cirurgia}) \times 100 / (\text{peso pré-operatório relatado} - \text{menor peso estável após a cirurgia})$, considerando-se recidiva de peso significativa quando o %RP for maior ou igual a 10% (SBCBM, 2012).

A avaliação antropométrica foi realizada antes e após a exposição a cada uma das condições de treino e no *Follow-up*, totalizando quatro pesagens, porém na CTa, toda semana as participantes eram pesadas, totalizando oito aferições do peso corporal.

Avaliação da composição corporal

As participantes foram submetidas ao exame de bioimpedância por meio do aparelho portátil da marca InBody, modelo InBody120, para avaliar a composição corporal. Foi solicitado que a paciente estivesse em jejum de no mínimo 12 horas, bem hidratada (consumo de 2 a 4 copos de água aproximadamente 2 horas antes do teste e esvaziasse a bexiga exatamente antes), sem ter realizado exercício físico no intervalo entre 4 a 6 horas anteriores ao exame e sem consumo de álcool e cafeína nas últimas 24 horas. O exame ocorreu sempre no mesmo período do dia para evitar o viés quanto à retenção hídrica. Este exame foi realizado antes e após iniciar cada condição de treino, totalizando 3 exames, e os resultados foram registrados em formulário próprio (Apêndice 5).

Avaliação bioquímica

Foram realizadas as dosagens da concentração sérica de glicose de jejum, hemoglobina glicada (HbA1C), colesterol total e frações (LDL-c e HDL-c), triglicerídeos, insulina de jejum, cálculo do HOMA-IR ($\text{Glicemia jejum} \times 0,0555 \times \text{Insulina jejum} / 22,5$) e dosagem de leptina em um laboratório de análises clínicas privado. Foi solicitado que as participantes estivessem em jejum de no mínimo 12 horas para realização das dosagens.

Foi disponibilizada uma lista com o nome das pacientes no laboratório, essas pacientes iam até lá no prazo de uma semana e realizavam a coleta de acordo com a liberação dada pela pesquisadora e posteriormente estas disponibilizavam o código de acesso para impressão do resultado pela internet à pesquisadora. As coletas foram realizadas antes e após cada condição de treino e os resultados foram registrados em formulário próprio (Apêndice 5).

Avaliação do comportamento alimentar

Para avaliar o comportamento alimentar, foi aplicado o Questionário de Três Fatores Alimentares (QTFA), traduzido e validado para o Brasil por Natacci e Ferreira Junior (2011) (Anexo 3). O QTFA avalia, por meio de 21 questões de escala *likert*, três dimensões do comportamento alimentar: restrição alimentar cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar. A restrição cognitiva aborda seis itens, identificando o controle alimentar como forma de influenciar o peso. A escala de alimentação emocional também possui seis itens e mede o quanto os estados emocionais negativos influenciam na aptidão a comer exageradamente. A terceira e última escala aborda o domínio de descontrole alimentar, contendo nove itens que avaliam a propensão do indivíduo em perder o controle alimentar mediante presença de fome ou estímulos externos. Para a classificação dos 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, indicando que quanto maior o valor maior a presença do comportamento. Foi realizada uma análise categórica das respostas às 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. Maiores valores em determinado componente refletem a presença mais marcante de comportamentos relacionados a cada dimensão.

Esse questionário foi aplicado antes e após o início de condição de treino.

Avaliação da atividade física

Quanto à prática de atividade física, foram coletadas informações sobre frequência, duração, intensidade e tipo de atividade física praticada pelas participantes na linha de base por meio do questionário (Anexo 4) do VIGITEL (Brasil, 2014). Para classificar as participantes em fisicamente ativas ou não, foi tomado como base o ponto de corte de prática de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve a moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de intensidade vigorosa (WHO, 2011). Foi solicitado que as participantes mantivessem o mesmo nível de atividade física que relataram ao início na linha de base para não haver viés na interpretação de dados.

Avaliação do apoio familiar

Foi realizada a aplicação de uma escala do tipo Likert para avaliação da percepção de apoio familiar das participantes retirado do questionário criado por Lima (2012) (Anexo 5). Este instrumento é composto de quatro perguntas sobre a percepção e satisfação com o apoio familiar no pré-operatório e no momento da entrevista. Os resultados são expressos por meio de escore a partir de uma escala de 1 a 4, onde 1 corresponde à pior e 4 à melhor percepção e satisfação com o apoio familiar recebido.

Avaliação das vantagens e desvantagens de cada intervenção

Foi realizado por meio da matriz de análise de cada condição de treino (Apêndice 6), na qual foi registrado o relato das participantes sobre a percepção das vantagens e desvantagens de cada tipo de intervenção. Os relatos foram gravados em áudio por meio de um celular da marca *Samsung* modelo *Galaxy S5* e posteriormente foram transcritos para avaliação qualitativa.

Procedimento de coleta de dados

Fase de captação e seleção: De agosto de 2017 a janeiro de 2018 foram captadas as pacientes por meio de um projeto de extensão da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará, o qual realiza gratuitamente o acompanhamento nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. A captação de pacientes foi realizada por meio da divulgação do projeto nas redes sociais e em unidades públicas de saúde e posterior contato telefônico para agendamento da triagem e posterior convite daquelas que tinham os critérios de inclusão para a pesquisa. O fluxograma de perda da amostra pode ser visto na Figura 1.

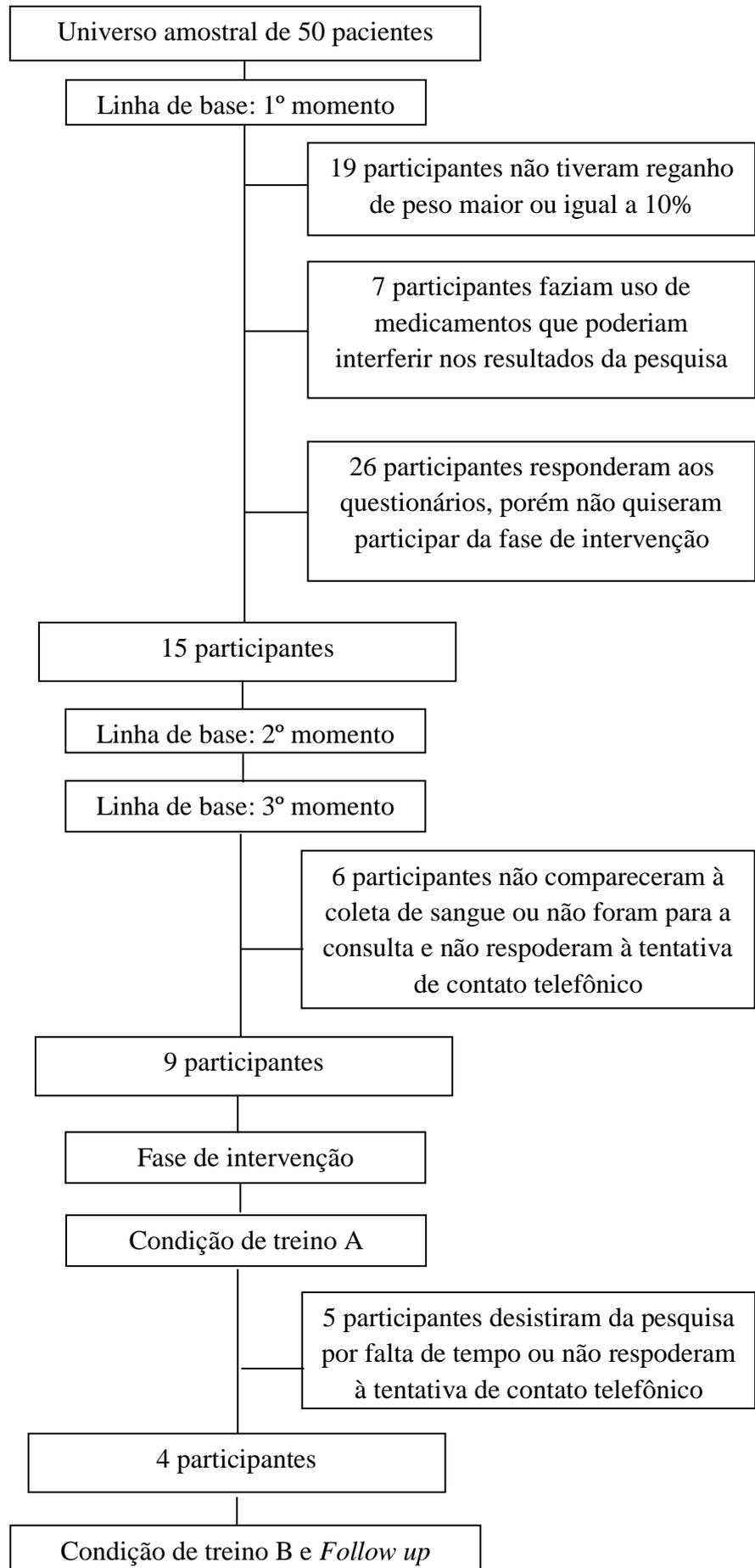


Figura 1. Fluxograma de perdas de participantes

Foi marcada uma consulta inicial para aplicação do questionário sobre dados relativos à cirurgia, ao tratamento e dados sociodemográficos (Apêndice 2) e o roteiro para investigação da história clínica e de adesão ao tratamento (Apêndice 3), que eram formulários de triagem utilizados para saber se as pacientes iriam se enquadrar no critérios de inclusão da pesquisa. No início dessa primeira consulta foi dito à paciente:

“Bom dia/ boa tarde (nome da paciente), nessa consulta inicial eu vou coletar alguns dos seus dados pessoais, dados sobre sua cirurgia e sobre o acompanhamento nutricional que a senhora teve anteriormente e irei fazer algumas perguntas sobre outros tipos de tratamentos que você já realizou para tratar a obesidade e sobre a presença ou não de familiares e pessoas próximas do seu convívio com diagnóstico de obesidade ou que já realizaram a cirurgia bariátrica. Quando você não entender algo que foi questionado você pode parar e pedir para eu explicar melhor, tudo bem?”

Linha de base:

1º momento: Foi agendada uma consulta com duração média de 1 hora e 30 minutos para aplicação de questionário sobre o estágio de prontidão para a mudança de comportamento (Anexo 1), inventário sobre o nível de ansiedade, questionário dos três fatores alimentares (Anexo 3), questionário sobre atividade física (Anexo 4), questionário sobre o apoio familiar (Anexo 5) e foi coletado o primeiro recordatório alimentar de 24 horas (Apêndice 4). As participantes responderam a todos os questionários sem receber nenhum *feedback* ou reforço neste momento da pesquisa.

2º momento: Foi agendada a avaliação antropométrica e de composição corporal (Apêndice 5) e foi coletado o segundo recordatório 24 horas (Apêndice 4).

3º momento: As participantes foram submetidas ao exame bioquímico (Apêndice 5) e responderam ao terceiro recordatório 24 horas (Apêndice 4).

Fase de Intervenção:

Abaixo estão descritas as duas condições de treino às quais as participantes foram expostas na mesma ordem: Condição de Treino A (CTa) e posteriormente Condição de Treino B (CTb), além de um *follow-up* um mês após o término da última condição de treino.

a) Condição de Treino A (CTa): Treino com o plano alimentar

Durante este procedimento, foi entregue às participantes um plano alimentar individualizado quali-quantitativo prescrito pela nutricionista pesquisadora de acordo com os hábitos alimentares avaliados por meio dos recordatórios 24 horas aplicados na liha de base. Além disso, as participantes compareceram às consultas uma vez por semana para avaliação antropométrica e verificação do seguimento das regras nutricionais a partir da aplicação do recordatório 24 horas (Apêndice 5), totalizando oito encontros.

O Valor Energético Total (VET) foi calculado conforme indica as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016). Após o cálculo do consumo médio, foi utilizado o VET para o cálculo da dieta, e para a adequação dos macronutrientes foram respeitadas as recomendações das diretrizes internacionais de cirurgia bariátrica (Aills, Blankenship, Buffington, Furtado, & Parrot, 2008; Mechanick et al., 2013). É importante pontuar que o plano alimentar calculado não se configura como restritivo, visto que foram respeitados os valores do VET.

c) Condição de Treino B (CTb): Treino com estratégias de nutrição comportamental

Durante este procedimento, as participantes não receberam plano alimentar, foi entregue apenas uma orientação nutricional impressa e padronizada sobre os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável definida pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) e sobre a importância da suplementação nutricional (Apêndice 8)

Nesta intervenção as participantes também receberam uma escala de avaliação de percepção de fome e saciedade, adaptada da *Hunger and Fullness Rating Scale Graphic* (Fletcher, 2015) para treinar a alimentação intuitiva (Anexo 6). A escala foi preenchida com uma nota para a percepção de fome antes, na metade e ao final de cada refeição (Apêndice 7) e foi solicitado às participantes que trouxessem os resultados toda a semana durante as oito semanas de duração dessa intervenção. Além disso, as participantes realizavam um breve relato sobre como estava sua rotina alimentar em cada semana em que foi preenchida a escala. O relato foi gravado para posterior análise.

Para preenchimento da escala de avaliação de fome e saciedade, as participantes receberam a seguinte orientação, proposta por Alvarenga et al. (2015):

“Você pode usar essa escala para identificar sua fome e sua saciedade, que são inversamente proporcionais: quando estamos com 0 de fome nossa saciedade se aproxima de 10 e vice-versa. No primeiro dia você pode se alimentar como sempre faz e preencher a tabela. A partir do segundo dia você pode tentar treinar para realizar suas refeições próximo ao intervalo 4 a 6 de fome. Isso irá aumentar suas possibilidade de comer com segurança, diminui o risco de exagerar ou se restringir e aumenta a saciedade. Porém fique ciente que às vezes estamos com fome e precisamos esperar para comer por alguma razão, como horário de intervalo no trabalho, trânsito etc, mas isso não deve ser feito de forma sistemática ou proposital. Da mesma forma, nem sempre paramos de comer quando a saciedade está no máximo, e isso não seria o ideal na verdade, mas é preciso encontrar um ponto confortável para ela, e evitar parar de comer por outras razões que não a saciedade, como por exemplo o medo de engordar. Isso é importante e você vai começar a ter essa percepção quando parar no meio da refeição e verificar a nota da sua saciedade para decidir se quer comer mais e quanto. Ao final da refeição você também deve classificar a sua

saciedade novamente e ir encontrando aos poucos um lugar de conforto e não de estufamento, algo desconfortável e às vezes doloroso”.

As participantes também foram submetidas a quatro sessões de grupo de apoio com a participação da nutricionista pesquisadora e uma psicóloga. Todas as sessões foram gravadas e transcritas para posterior análise de dados.

Na CTb também foram utilizadas algumas estratégias que podem contribuir para adesão ao tratamento como a entrevista motivacional, reforçamento positivo e resolução de problemas seguindo a padronização descrita abaixo:

- Entrevista Motivacional

Foi realizada durante o primeiro encontro da CTb, por meio de perguntas abertas, inicialmente para descobrir o motivo da procura pelo acompanhamento nutricional e a partir disto, foram exploradas as respostas das participantes. A consulta foi iniciada com a seguinte frase:

“Gostaria de saber um pouco sobre o que a fez procurar o atendimento nutricional e como eu posso lhe ajudar a partir de agora?”

A partir das respostas, foram inseridas mais perguntas abertas como:

“Por que você acha que precisa emagrecer?”

“Por que você acha que não consegue seguir as dietas?”

“O que você acha que precisa melhorar na sua alimentação?”

“Como eu posso lhe ajudar a chegar nesse objetivo?”

A seguir, o objetivo foi exteriorizar os motivos intrínsecos da participante para que ocorra a mudança de comportamento, evitando julgamentos e visando a reconstrução das ideias equivocadas de cada participante:

“O que você acha que a fez ganhar o peso perdido depois da cirurgia?”

“Qual a razão para você querer diminuir seu peso?”

“O que você considera difícil de seguir em uma dieta?”

“Quando começou a sua vontade por comer ____ (alimento mencionado pela participante)?”

“O que você considera aceitável fazer para mudar o seu comportamento?”

O próximo passo foi explorar a ambivalência na decisão de mudança, trazendo para a conversa as vantagens e desvantagens que a participante encontra na hora de mudar o comportamento:

“Você teve alguma experiência ruim com esse alimento (mencionado pela participante durante a conversa)? Você poderia me contar como foi essa experiência?”

“Comer, de forma geral, não parece ser algo simples pra você. Você acha que come muito? O que te faz pensar isso?”

“Emagrecer parece ser algo muito importante para você. Como você se sente não estando no peso que você deseja? O que te motiva a querer emagrecer?”

Neste momento foram compartilhadas também informações científicas úteis sobre algo que a participante traga na sua fala:

“Você se importa se eu compartilhar com você o que as pesquisas encontraram sobre isso?”

“Você gostaria que eu falasse um pouco sobre alguns estudos/achados sobre esse assunto?”

No momento final, foi traçado um plano de ação viável e realista para cada participante.

- **Reforçamento positivo**

Foi utilizado o elogio e palavras de apoio como reforçadores nos momentos: a) que as participantes realizavam as tarefas solicitadas no grupo de apoio; b) quando conseguiam cumprir alguma das metas acordadas durante a primeira consulta; c) quando conseguiam abordar suas dificuldades no grupo de apoio.

- Resolução de problemas

Foi utilizada esta técnica ao final das sessões de grupo, individualmente, da forma descrita abaixo:

- 1) A participante identificava problemas relacionados ao excesso de peso;
- 2) Guiada pela nutricionista pesquisadora, a participante buscava possíveis soluções e estratégias para o problema trazido;
- 3) A participante testava as estratégias discutidas durante o encontro, e na próxima semana eram rediscutidas, colocando em evidência o que realmente foi eficaz em modificar o seu comportamento.

As atividades realizadas nas sessões estão descritas abaixo:

1º Sessão: Inicialmente foi realizada uma apresentação de todas as participantes e uma introdução a respeito de como seriam conduzidas as sessões. Após essa introdução foi realizada uma atividade proposta por Tribole e Resch (2012) chamada de “Atribuição de Valores” descrita a seguir:

A nutricionista pesquisadora entregou as participantes um papel com a Figura 2:

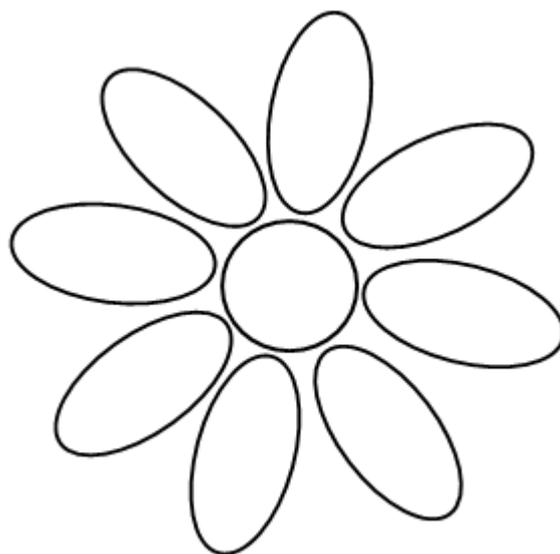


Figura 2. *Flor dos valores*

Depois foi dito: *“Agora você deve pensar em características que valoriza em si mesma e que não tem nada a ver com a sua aparência e deverá nomear cada pétala com um atributo. Não precisa escrever em todas e também pode escrever a mais se você desejar”*.

Quando alguma participante encontrava dificuldade em nomear tais características, a psicóloga ou a nutricionista pesquisadora sugeria que a mesma pensasse em elogios que já recebeu (que não tivessem relação com a imagem corporal). Foram evitados exemplos para não induzir as participantes a escrever aquilo que era exemplificado. Após o exercício, foi realizada uma reflexão com as participantes sobre a experiência através das seguintes perguntas:

“O quanto você percebe suas qualidades e seu valor?”

“Como usa seus melhores atributos nas situações de dificuldade?”

Após a atividade de “Atribuição de Valores” foi realizada a técnica de “Escaneamento Corporal”, proposta por Williams e Penman (2015) descrita abaixo:

“Acomode-se em uma posição confortável com a coluna reta sem tocar no encosto da cadeira com a coluna se sustentando sozinha. Encontre uma postura que seja agradável e que permita manter a sensação de estar plenamente desperto. Deixe as costas retas numa posição ativa. Nem rígida, nem tensa, mas confortável. Sentada na cadeira, mantenha os pés fixos no chão, com as pernas descruzadas. Feche os olhos se quiser. Se não, abaixe o olhar para algo a cerca de um metro a sua frente, mas sem focar a visão. Agora, preste atenção na sensação física do seu corpo tocando à superfície sobre à qual está sentada. Passe alguns minutos explorado a sensação”.

Agora concentre sua atenção nos seus pés, começando pelos dedos. Então expanda o foco da atenção, incluindo as solas dos pés, os calcanhares e os dorsos, até que esteja atento a todas as sensações físicas em ambos os pés, momento após momento. Passe alguns instantes concentrada nisso, observando como as sensações surgem e se dissolvem na

consciência. Caso não esteja sentindo nada, simplesmente registre o vazio. Não se preocupe: você não está tentando fazer as sensações acontecerem; está apenas prestando atenção ao que já está aí.

Agora expanda sua atenção para incluir o restante das pernas, depois o tronco (da pélvis e quadris até o ombro), em seguida o braço esquerdo, o direito, o pescoço e a cabeça. Passe um ou dois minutos com a consciência do corpo inteiro. Tente permitir que seu corpo e suas sensações sejam exatamente como são. Explore como é abandonar a tendência de querer que as coisas sejam de determinada maneira. Mesmo um breve momento vendo as coisas como são - sem querer mudar nada- pode ser profundamente revigorante.

Agora traga seu foco para a respiração, observando o ar entrando e saindo do seu corpo. Perceba os padrões mutáveis das sensações físicas no abdômen conforme respira. Talvez seja bom por a mão no abdômen para senti-lo subir e descer. Você pode observar sensações brandas de alongamento conforme o abdômen suavemente se eleva a cada inspiração e diferentes sensações conforme o abdômen desce a cada expiração. Da melhor maneira que puder, mantenha-se atenta, observando as sensações físicas mudando a cada inspiração e expiração, notando as possíveis pausas entre uma e outra. Não tente controlar a respiração - deixe que ela ocorra naturalmente.

De tempos em tempos a mente inevitavelmente se afastará da respiração e do corpo. Isso é normal. Quando perceber que isso aconteceu, reconheça o fato, registre mentalmente aonde os seus pensamentos foram e volte a sua atenção para a parte do corpo em que pretendia se concentrar.

Quando terminar, passe alguns minutos conscientizando-se do corpo como um todo. Experimente a sensação de completude. Veja se consegue manter na consciência tudo o que sentiu, enquanto percebe a respiração fluindo livremente para dentro e fora do corpo.

A exploração do corpo pode ser extremamente relaxante portanto é fácil adormecer enquanto a pratica. Caso isso aconteça, você não precisa se criticar. Se isso continuar a ocorrer talvez seja útil tentar outra posição ou abrir os olhos durante a prática”.

Foi solicitado que as participantes praticassem esse tipo de meditação pelo menos uma vez ao dia no horário que se sentissem confortáveis. Para finalizar a sessão foi entregue às participantes uma atividade de atenção plena realizada em uma atividade rotineira diária escolhida por elas, proposta por Williams e Penaman (2015) (Anexo 7). Foi solicitado que realizassem esta prática no mínimo uma vez ao dia. Na segunda e na ultima sessão, as participantes deveriam trazer suas experiências vivenciadas com esta prática.

2º Sessão: Foram discutidas as experiências obtidas com a prática de atenção plena e como essa técnica contribuiu na forma como as participantes vivenciaram o seu dia-a-dia. Também foram abordados nesta sessão os conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite, representados na Tabela 2 e posteriormente questionado as participantes:

“Como vocês gostariam de se sentir fisicamente após uma refeição?”

“Por quanto tempo vocês gostariam que essa sensação durasse?”

“Quando foi a última vez que vocês comeram? Vocês estavam sentindo fome?”

“Depois que vocês finalizaram essa refeição, como vocês se sentiram fisicamente?”

Tabela 2.

Conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite

Sensação	Conceito
Saciedade	Sensação de plenitude em relação à necessidade de ingerir alimentos, inibindo a sensação de fome.
Saciação	Ocorre durante a refeição e caracteriza-se pelo desejo de terminar de comer.
Fome	Define-se fome pela diminuição gradativa dos sinais de saciedade, que levam o indivíduo à procura, captação e ingestão do alimento, sendo a procura por alimento uma necessidade energética, biológica e não emocional.
Apetite	Desejo físico, ou emocional, de comer um alimento em particular, encontrando-se ligado não à quantidade, mas sim à qualidade da refeição.

Fonte: Blundell (1998); Burton-Freeman (2000); Douglas (2002); Mota e Zaneso (2007); Rolls (2000).

3º Sessão: Foi introduzida à atividade chamada de “Fazendo as pazes com o alimento” adaptada de Scagliusi et al. (2011) descrita abaixo:

“Pense em todos os alimentos que você adora comer. Mas pense neles sem julgamentos se deve ou não comer, se são saudáveis ou não, se engordam ou não. Faça uma lista dos seus alimentos/ comidas preferidos: da maçã ao brigadeiro, frango assado a pizza, sorvete a suco de abacaxi. Faça uma lista desses alimentos. [Esperar que todas as participantes façam suas listas] Agora você deve circular com cores diferentes os alimentos da lista que você considera perigosos ou proibidos, ou que geram medo, ansiedade, culpa...[Esperar que todas as participantes circulem os alimentos da lista]. Agora vamos refletir: categorizar os alimentos faz parte da mentalidade de dieta com o objetivo que as pessoas percam peso, porém proibir alimentos aumenta o desejo e deixa a comida mais tentadora, legalizar a comida traz tranquilidade e segurança de não se culpar pelas escolhas que se faz e escolher comer o que se tem vontade e parar quando se está satisfeito. Então a partir da sua lista eu pergunto: se você se permitir comer todos os alimentos que deseja, sem culpa ou julgamento, do que você tem medo?”

A partir da resposta foram discutidas e repassadas informações e argumentos positivos sobre cada alimento considerado ruim ou proibido pelas participantes. Após este momento, foi sugerido que as participantes escolhessem um alimento considerado perigoso ou proibido da sua lista para experimentar para a próxima sessão. Foi combinado previamente com cada uma o que foi comido, com quem, onde e quando.

4º Sessão: Foi refletido sobre a experiência de fazer as pazes com a comida, e concluído se aquele alimento ou contexto contribuiu para a busca da neutralidade e se com aquele alimento escolhido já foi possível “fazer as pazes”. Além disso, foi solicitado que as participantes

ampliassem para outros alimentos esta atividade, aumentando assim, a confiança. Houve também uma discussão sobre a evolução das mesmas na prática de atenção plena.

Para finalizar as sessões, foi realizada a atividade chamada de “Meditação do Chocolate” elaborada por Polacow, Costa e Figueiredo (2015) descrita abaixo:

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

Ao final do exercício, foi realizada reflexão sobre a experiência, que incluiu os seguintes questionamentos:

“Comendo dessa forma, o chocolate para você teve o mesmo gosto de sempre?”

“*Quais sentimentos você teve ao comer o chocolate?*”

“*Você gostaria de mudar a maneira como come?*”

“*Você ficou surpresa com a intensidade do prazer que se pode obter com um pequeno pedaço de chocolate?*”

“*Nesse momento, você tem vontade de comer mais chocolate?*”

A partir destes questionamentos foram discutidas as respostas de cada participante e encerrada a sessão.

No final de todas as sessões, sempre era reservado um tempo para discutir a resolução de problemas trazidos semanalmente por cada participante individualmente.

Além das sessões de grupo, foram realizadas duas práticas culinárias sob a supervisão da nutricionista pesquisadora (uma no primeiro mês e uma no segundo mês de intervenção) no domicílio das participantes. As práticas culinárias possuem o objetivo de aumentar as habilidades culinárias das participantes, as quais são definidas pelo GAPB como habilidades envolvidas com a seleção, pré-preparo, tempero, cozimento, combinação e apresentação dos alimentos (Brasil, 2014).

Foram elaboradas seis preparações culinárias, duas para o desjejum, duas para os lanches ou ceia e duas para o almoço ou jantar. Primeiramente, as participantes foram instruídas quanto à higienização das mãos e à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Posteriormente, ao final da prática, foi entregue um *folder* (Apêndice 9) com as instruções acerca das preparações culinárias que foram executadas, contendo o modo de preparo das receitas, os ingredientes necessários e suas respectivas quantidades.

As práticas culinárias seguiram as diretrizes do GAPB (Brasil, 2014), o qual prioriza uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e/ou minimamente processados. Durante as práticas não foram disponibilizados os valores nutricionais das preparações, mesmo quando solicitados pelas participantes, pois pretendia-se destacar que a alimentação é muito mais que

a ingestão de nutrientes, assim o valor energético das preparações deixa de ser o único estímulo discriminativo para a seleção do que comer (Brasil, 2014).

Ao final de cada intervenção, foi aplicado novamente questionário sobre o estágio de prontidão para a mudança de comportamento (Anexo 1), inventário sobre o nível de ansiedade, questionário dos três fatores alimentares (Anexo 3) e realizada a dosagem bioquímica, a avaliação antropométrica e o exame de composição corporal. Ao final da CTb, foi aplicada a matriz de análise das vantagens e desvantagens de cada condição de treino (Apêndice 6) para posterior comparação.

Follow-up

Após um mês desde o último encontro com as participantes, foi marcado um *follow-up* para realização da avaliação antropométrica (peso, altura e cálculo do IMC), aplicação do recordatório 24 horas (Apêndice 4) e investigação sobre os hábitos alimentares e ansiedade através de questionário estruturado (Apêndice 10). As respostas foram gravadas para análise dos dados.

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará sob o número de CAAE 597814,16.0.0000.0018 / Parecer 2.170.863, cumprindo as exigências legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. As informações coletadas foram mantidas em sigilo. Todas as participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos e a metodologia desta pesquisa, para posteriormente assinarem o TCLE e iniciar sua participação no estudo.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos, pois os dados foram coletados por meio de questionários, avaliação antropométrica e de composição corporal não invasiva e a avaliação

bioquímica foi realizada por um profissional experiente, cumprindo os protocolos para dosagem bioquímica, evitando dor e hematomas. Ademais a identidade das participantes foi mantida em sigilo na divulgação dos resultados.

Análise de dados

Para a análise quantitativa, os dados foram tabulados em planilha do programa Excel®2010. Para a análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0. Foi realizado o teste de normalidade Kolmogorovsmirnov, que verificou que se tratava de uma amostra de distribuição normal. Posteriormente, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para a fase descritiva, e para a fase analítica foi calculado o teste T, a fim de detectar se havia diferença estatisticamente significativa entre as médias.

Para a análise qualitativa foram utilizados os relatos gravados durante as intervenções e no *Follow up*. O relato das participantes, quanto às vantagens e desvantagens de cada condição de treino, também foi utilizado para a análise. A partir destes resultados foi realizada uma comparação entre os dados coletados na linha de base, após a CTa e após a CTb, para verificar as mudanças referentes à composição corporal, dosagens bioquímicas, ansiedade e comportamento alimentar. Os resultados encontrados no *Follow up* foram utilizados para verificar se algum comportamento havia sido mantido durante o mês em que não houve nenhum tipo de intervenção.

Resultados e Discussão

Caracterização clínica e sociodemográfica

Na Tabela 4 consta a caracterização clínica e sociodemográfica das participantes, denominadas nesta dissertação como P1, P2, P3 e P4.

Tabela 4.
Caracterização clínica e sociodemográfica das participantes

	Participantes			
	P1	P2	P3	P4
Idade (anos)	36	40	34	28
Estado civil	Casada	Casada	Solteira	Solteira
Filho(a)	Não	Sim	Não	Não
Escolaridade	Pós-graduação	E.S.Completo	E.S.Completo	E.S.Incompleto
Renda Familiar	6 a 9 SM	9 a 12 SM	3 a 6 SM	9 a 12 SM
Realização da cirurgia	Particular	SUS	Plano de saúde	Particular
Motivo da cirurgia	Saúde	Saúde	Saúde	Saúde
Técnica cirúrgica	BGYR	<i>Sleeve</i>	<i>Sleeve</i>	BGYR
Tempo de cirurgia	7 anos	4 anos	5 anos	5 anos
PEP	53,57%	72,13%	54,83%	66,78%
Recidiva de peso	45,12%	35,29%	43,33%	48,05%

Nota: BGYR: *Bypass* gástrico em Y de Roux; SM: Salários Mínimos (R\$ 954,00); PEP: percentual de recidiva de peso.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2016), a maioria dos pacientes que fazem a cirurgia bariátrica é do sexo feminino, cerca de 70% e a faixa de idade com mais operações é entre 35 e 50 anos.

Estudos têm mostrado maior prevalência de mulheres na busca pelo tratamento cirúrgico para obesidade (Cambi, Marchesini, & Baretta, 2015; Duarte et al., 2014; Scabim, Eluf-Neto & Tess, 2012). Oliveira, Merighi e Jesus (2014) evidenciaram que a pressão social imposta à obesidade, faz com que muitas mulheres procurem pelo tratamento cirúrgico. O preconceito vivenciado pode ser um incentivador para a tomada de decisão para realização da cirurgia bariátrica.

Duas participantes eram casadas (P1 e P2) e duas (P3 e P4) eram solteiras. Na pesquisa de Oliveira (2017), que estudou o impacto psicológico em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, das 5 participantes, 4 eram casadas. O estudo de Eduardo, Silva, Viana, Cruz e Rocha (2017), realizado com o objetivo de compreender a percepção dos pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica nos últimos dez anos, frente ao impacto físico, psicológico e social, encontrou que dos 15 participantes, 53,3% eram casados.

Em relação à escolaridade, P1 possuía pós-graduação, P2 e P3 tinham o ensino superior completo e P4 tinha ensino superior incompleto, portanto, todas as participantes tinham bom nível de escolaridade. Na pesquisa de Eduardo et al. (2017), 33,3% dos participantes possuíam ensino superior completo. Bastos et al. (2013) encontraram que 42,2% dos participantes possuíam nível médio completo e incompleto e apenas 21,8% possuíam nível superior completo e incompleto.

O nível de escolaridade influencia diretamente na adesão, pois quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil o entendimento e compreensão do tratamento e das suas orientações dietéticas (Veras & Oliveira, 2009). Também se deve levar em consideração que o nível mais alto de escolaridade está associado a maior renda e melhor acesso ao serviço de saúde e as demandas do tratamento, como a compra de suplementos alimentares, por exemplo.

As participantes P2 e P4 possuíam uma renda familiar entre 9 e 12 salários mínimos, P1 entre 6 e 9 salários mínimos e P3 de 3 a 6 salários mínimos, o que caracteriza todas as participantes com boa renda média mensal. Venzon e Alchieri (2014) encontram uma faixa de 3 a 8 salários mínimos em 60% dos participantes. No estudo de Pereira (2017) a maioria dos participantes (36,8%) tinha renda de 1 salário mínimo e meio. A diferença encontrada nestes estudos pode ser explicada pelo fato de que esta última pesquisa avaliou apenas participantes que realizaram a cirurgia por meio do Sistema Único de Saúde. No presente estudo, a captação de participantes foi realizada por meio de redes sociais de forma que, tanto mulheres que realizaram a cirurgia pelo SUS, quanto as que realizaram pelo plano de saúde ou mesmo particular, poderiam participar da pesquisa. As participantes P1 e P4 realizaram a cirurgia particular, P2 realizou a cirurgia pelo SUS e P3 realizou pelo plano de saúde.

Segundo Riobó, Bobadilla, Kozarcewski e Moya (2003), o baixo nível socioeconômico constitui-se em fator de risco para a obesidade em países em desenvolvimento, como o Brasil, constatando-se que a população adulta feminina está exposta

a taxas elevadas, mesmo quando a renda familiar está abaixo da linha de pobreza absoluta. Isso indica acesso maior a alimentos energéticos e acesso limitado a alimentos saudáveis, devido a seu alto custo (Cassady, Jetter & Culp, 2007)

Quando questionadas sobre o motivo de terem realizado a cirurgia bariátrica, todas as participantes responderam que realizaram a cirurgia para melhorar sua saúde, porém apenas a paciente P3 relatou possuir comorbidades antes da cirurgia. Nenhuma das participantes estava fazendo uso de medicamentos que interferissem de alguma forma na perda ou ganho de peso, inclusive estavam sem o uso de suplementação polivitamínica na linha de base desta pesquisa.

Um estudo conduzido pelo Ministério da Saúde em conjunto com a pesquisa do VIGITEL (2014), mostrou que as mulheres recorrem mais à cirurgia bariátrica devido à predisposição, hormonal e genética para acumular mais gordura do que os homens, além de seu metabolismo ser mais lento, promovendo menor gasto energético. Somando-se a essas questões fisiológicas, também há os fatores culturais, já que a mulher tende a se preocupar mais com sua imagem corporal do que o homem. Marchesini (2010), em uma pesquisa qualitativa, verificou que as motivações que levam os indivíduos a procurar a cirurgia bariátrica são calcadas nas consequências sociais, nos padrões estéticos e na busca pela melhora da saúde e da qualidade de vida. Oliveira et al. (2014) concluíram que além da aparência física, a situação de saúde é também considerada pela mulher no seu processo decisório, uma vez que se encontra alterada em decorrência da obesidade.

Quanto à técnica cirúrgica utilizada, P1 e P4 foram submetidas ao BGYR e P2 e P3 ao *Sleeve*. No estudo de Garroni et al. (2014), dos 35 pacientes recrutados, 94,3% relataram que foram submetidos ao BGYR, enquanto 5,7% referiram a realização de *Sleeve*.

Segundo a Abeso (2016) e a SBCBM (2017) as duas técnicas mais utilizadas no Brasil são o BGYR e o *Sleeve*. Cada uma delas apresenta padrão de indicação específico, sendo a escolha final dependente da opinião do cirurgião, equipe multidisciplinar e paciente. Além

disso, Karlsson, Sjoostrome e Sullivan (1998) encontraram recidiva de peso e redução no percentual de perda de peso em todas as técnicas cirúrgicas avaliadas em longo prazo, concluindo que independente da técnica cirúrgica utilizada, pode ocorrer recidiva de peso e recorrência das comorbidades associadas. Também se deve levar em consideração que não existem estudos publicados comparando se existe recidiva de peso maior, maiores níveis de ansiedade e mudança no comportamento alimentar utilizando uma técnica ao invés da outra.

O tempo de pós-cirurgia bariátrica observado no presente estudo, variou de 4 a 7 anos. Kofman, Lent e Swencionis (2010) encontraram pacientes entre 3 e 10 anos de pós cirúrgico. Bastos et al. (2013) encontraram um tempo médio de 5,5 anos de pós operatório em pacientes que apresentaram recidiva de peso.

Deve-se considerar que a adesão ao tratamento parece deteriorar com o passar do tempo, havendo necessidade de se considerar características específicas de cada paciente ao longo de seu curso de vida (Ferreira, 2001). A mesma conclusão foi encontrada nos estudos de Freire et al. (2012) e Gomes, de Almeida Oliveira, Dutra, Pizato e de Carvalho (2016).

O percentual de perda de excesso de peso (%PEP) encontrado para as participantes P1, P2, P3 e P4 foi, respectivamente: 53,57%, 72,13%, 54,83% e 66,78%, portanto, maior que 50%, o que caracteriza como um sucesso na perda de peso, apesar da recidiva de peso no pós-operatório. Bastos et al. (2013) e Bardal, Ceccatto e Mezzomo (2016) encontraram uma média de %PEP em pacientes que realizaram *Bypass* de 75,9% e 78,5%, respectivamente, resultados que corroboram com o da presente pesquisa. No estudo de Beleli et al. (2011), o %PEP encontrado para dois anos após *Bypass* foi de 75,69% e em cinco anos 67,47%, também semelhantes ao presente estudo.

O percentual de recidiva de peso de P1, P2, P3 e P4 foi respectivamente, 45,12%, 35,29%, 43,33% e 48,05%, portanto, maior do que 10%, sendo considerado significativo segundo Odom et al. (2010). Magro, Geloneze, Delfini, Pareja, Callejas e Pareja (2008)

acompanharam 782 indivíduos obesos submetidos ao BGYR e verificaram que 43% apresentaram alguma recidiva de peso quando avaliados aos 24 meses de pós-operatório. A prevalência aumentou para 63% aos 48 meses de cirurgia, momento no qual foi identificada maior prevalência de recidiva de peso, sendo a média geral de recidiva de 8%. Resultados piores foram encontrados por Odom et al. (2010), com prevalência de recidiva referida por 79% dos pacientes aos 28 meses de pós-operatório em um total de 203 pacientes, com média geral de recidiva de 15% e por Kofman et al. (2010) que observaram que 87% dos participantes entre 3 a 10 anos de cirurgia relataram recidiva de peso acima de 10%. Garroni et al. (2014) encontram uma média de recidiva de peso de 20,4% em 70,4% dos participantes da pesquisa. No *Swedish Obese Subjects*, em todas as técnicas cirúrgicas avaliadas, houve recidiva de peso entre o primeiro e o décimo ano, com redução no percentual de perda de peso em longo prazo (Karlsson et al., 1998).

Atividade Física

Dados da literatura mostram que após a realização do procedimento cirúrgico, há um aumento na prática de atividade física (Wouters Larsen, Zijlstra, van Ramshorst & Geenen, 2011). Porém foi encontrado que P2 e P4 não praticavam nenhuma atividade física e não faziam longos percursos a pé ou de bicicleta durante o dia, sendo classificadas como sedentárias. Apenas P1 e P3 praticavam atividade física regularmente, mais especificamente musculação, no mínimo quatro vezes por semana durante uma hora, se enquadrando na classificação de fisicamente ativas.

No estudo de Garroni et al. (2014) com pacientes com recidiva de peso após a cirurgia bariátrica, 82,9% dos participantes relataram ser sedentários ou praticavam irregularmente exercícios físicos. Silva e Kelly (2014) encontram que 74% das pacientes estudadas em sua pesquisa eram praticantes de atividade física, em média 180 minutos/semana e que a recidiva

de peso nesses indivíduos que praticavam atividade física era menor que nos indivíduos que não praticavam.

Segundo Santos e Teixeira (2008), no pós-operatório, aqueles que se tornam ativos atingem perdas de peso e progressos maiores do que os apresentados pelos indivíduos que permanecem inativos. Pesquisa realizada por Cambi et al. (2015) com pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica e que apresentaram recidiva de peso, observaram que houve a redução do Índice de Massa Corporal após a realização da cirurgia bariátrica, porém ao longo do tempo tiveram alguns casos de recidiva de peso. De acordo com este estudo, dentre as possíveis causas, estaria o sedentarismo.

A prática de atividade física regular deve ser encorajada pelos profissionais de saúde visto que pode proporcionar o aumento da autoestima, alívio do estresse, aumentando o bem estar; redução da depressão; melhora da autoimagem corporal; manutenção da autonomia; redução do isolamento social; redução da pressão arterial; controle do peso corporal; melhora da mobilidade; aumento da força muscular e da resistência física; melhora do condicionamento cardiovascular; melhora da utilização da glicose pela célula, independentemente da insulina; controle das concentrações de triglicérides e do colesterol, aumentando o HDL. Além disso, exercício físico regular promove efeitos na composição corporal, como a diminuição da gordura corporal, aumento da massa muscular, da resistência, do gasto energético e da elasticidade da pele (Zilberstein & Carreiro, 2004).

Histórico familiar, social e de adesão ao tratamento

Na Tabela 5 estão apresentados os dados sobre o histórico familiar e social, informações relacionadas à obesidade e ao período pós-operatório, bem como o histórico de tratamentos antes da cirurgia bariátrica.

Tabela 5.*Histórico familiar, social e de adesão ao tratamento segundo relatos das participantes*

	Participantes			
	P1	P2	P3	P4
Histórico familiar e social relacionado à obesidade e cirurgia bariátrica				
Pessoas do convívio que possuem o diagnóstico de obesidade ou já fizeram a cirurgia?	Mãe, dois amigos de trabalho e um amigo academia têm obesidade.	Dois tias e quatro primas fizeram a cirurgia. Dois amigos têm obesidade e uma amiga já fez a cirurgia.	Avó por parte de mãe e tios e primas por parte de pai.	Amigas e primas.
Alguma faz acompanhamento multiprofissional?	Nenhuma.	Dois amigos.	Avó.	Nenhuma.
Histórico de adesão				
Quais orientações nutricionais você recebeu depois da cirurgia?	Não consumir doce e refrigerante, aumentar o consumo de frutas, verduras e proteína.	Evitar carne vermelha por 6 meses, não consumir doces.	Comer de 3 em 3 horas, evitar doces e gorduras.	Não consumir doces e refrigerantes, ingerir uma quantidade satisfatória de proteína.
Quanto tempo depois da cirurgia você iniciou o acompanhamento nutricional?	Um mês.	Primeira semana.	Primeira semana.	5 anos.
Houve alguma mudança das primeiras orientações que você recebeu até hoje?	Não.	Não.	Não.	Não.
Está utilizando medicamento para controle de peso?	Não.	Não.	Não.	Não.
Que outros recursos você tem utilizado para perder peso?	Atividade física.	Dieta.	Tratamento estético e atividade física.	Dieta.
Que tipo de tratamento você fez antes da cirurgia?	Uso de medicamentos e dietas restritivas.	Uso de medicamentos e dietas restritivas.	Uso de medicamentos e dietas restritivas.	Uso de medicamentos e dietas restritivas.
Quais os resultados obtidos com esses tratamentos?	Emagrecimento inicial com posterior recidiva de peso.	Emagrecimento inicial com posterior recidiva de peso.	Emagrecimento inicial com posterior recidiva de peso.	Emagrecimento inicial com posterior recidiva de peso.

Todas as participantes possuíam pessoas na família ou no convívio social que apresentavam obesidade ou que já haviam realizado a cirurgia bariátrica, porém, a maioria não realizava acompanhamento com uma equipe multiprofissional.

Na pesquisa de Souza e Johann (2014) com pacientes que realizaram cirurgia bariátrica há pelo menos um ano, 56,3% relataram histórico de obesidade na família. Baptista, Vargas e Baptista (2008) verificaram que a prevalência de obesidade é duplicada em famílias com indivíduos obesos e os riscos e comprometimentos são aumentados em famílias com obesos graves.

Cohen e Cunha (2004) alegam que a probabilidade dos filhos serem obesos será de 7% se os pais forem magros, 40% se um dos genitores for obeso e 80% a 85% se ambos os genitores forem obesos. Porém, apenas a hereditariedade não determina se uma pessoa será obesa, pois a obesidade é produto da vulnerabilidade genética, de fatores ambientais ou comportamentos mal adaptativos.

No que diz respeito ao histórico de adesão, o primeiro questionamento foi em relação às orientações nutricionais recebidas após a cirurgia, até o momento. Todas as participantes haviam recebido orientações nutricionais gerais semelhantes, como por exemplo, restrição de alimentos doces.

Durante o pós-operatório, assim que a alimentação de consistência normal é liberada, é importante que o profissional de saúde já esteja familiarizado com os hábitos e dificuldades de cada um, visto que durante o pré-operatório devem ser feitos acompanhamentos frequentes, possibilitando assim uma maior familiaridade com a rotina alimentar daquele paciente. É importante conhecer as necessidades e rotina de cada paciente a fim de individualizar o tratamento nutricional e aumentar as chances de adesão (SBCBM, 2017).

Conceitualmente, a informação nutricional visa esclarecer e diminuir dúvidas sobre a alimentação, porém é focada no processo de mudanças alimentares em curto prazo, sendo

indicada apenas em intervenções pontuais, ou como complemento de outras ações (Boog, 2004). Já o aconselhamento nutricional, é uma estratégia de prevenção ou tratamento de doenças, especialmente das doenças crônicas, sendo o diálogo um elemento fundamental (Pereira, Barbosa, Rodrigues, & Freitas, 2008). Para a condução adequada do acompanhamento nutricional, Rodrigues, Soares e Boog (2005) enfatizam a importância da garantia de privacidade e preservação de aspectos éticos, competências e habilidades do aconselhador e encontros frequentes.

Em um estudo realizado por Koehnlein, Salgado e Yamada (2008), sobre adesão à reeducação alimentar para perda de peso, foram analisados os aspectos que mais dificultaram a adesão à dieta, entre eles 42,22% foi devido à falta de compreensão em relação às orientações e 26,67% relataram que a não adesão era devido à mudança drástica dos hábitos alimentares.

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

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

Os hábitos alimentares em geral e a relação que a pessoa estabelece com a comida não se alteram apenas com a diminuição da capacidade gástrica. A cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente às recomendações para garantir a eficácia do tratamento, um destes

requisitos é o comparecimento às consultas com a equipe multiprofissional (incluindo o nutricionista) com regularidade (Bastos et al., 2013).

Estudos sugerem que um dos fatores preditores de boa adesão é manter assiduidade aos encontros (Rodrigues, Soares e Boog, 2005; Wadden et al., 1992). Na pesquisa de Coqueugniot et al. (2017) com 254 participantes, foi encontrada relação significativa entre o aconselhamento nutricional e a manutenção do peso atingido após cirurgia.

Se o acompanhamento frequente contribui para a perda e manutenção do peso pós-cirúrgico, o inverso também pode ocorrer. Segundo Bardal et al. (2016), um dos fatores de risco associados significativamente à recidiva de peso foi o comparecimento a apenas três consultas nutricionais ou menos durante o pós-operatório. No estudo de Cambi et al. (2015), com pacientes com recidiva de peso após a cirurgia bariátrica, todos os 49 participantes da pesquisa haviam abandonado o tratamento com a equipe multiprofissional, o que inclui o nutricionista, no primeiro ano após a cirurgia.

Em relação às mudanças nas orientações nutricionais após a cirurgia, todas responderam que não foram realizadas mudanças nas recomendações nutricionais recebidas. Quanto a participante P4, as únicas informações sobre nutrição que ela recebeu foram dadas por sua irmã nutricionista, como se pode observar através do relato abaixo:

P4: “Como eu não fui em nenhuma nutricionista, quando eu tinha dúvida eu perguntava pra minha irmã, ela é nutricionista também, mas assim...ela não sabia algumas coisas porque ela não é dessa área, aí ela tentava pesquisar pra poder me ajudar”.

Nenhuma participante estava utilizando medicamentos para perda de peso na linha de base. Quanto aos recursos utilizados para perder peso, as participantes P2 e P4 faziam apenas dieta para tentar controlar o peso e P1 e P3 realizavam, além da dieta, também atividade física, porém, a participante P3 além da atividade física, também estava realizando tratamento

estético, indicado por uma amiga que também estava realizando o procedimento, como se pode observar no relato descrito abaixo:

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

Quanto aos tratamentos realizados antes da cirurgia e seus resultados, todas as participantes fizeram uso de medicamentos para perda de peso e dietas restritivas, no entanto, todas emagreceram inicialmente com posterior recuperação do peso perdido, o que sugere possível falha na adesão ao tratamento.

Resultado semelhante pode ser observado no estudo realizado por Oliveira et al. (2014), que mostraram através de relatos de mulheres obesas, que suas tentativas de perda e manutenção do peso foram marcadas, ao longo de suas vidas, por experiências fracassadas, vislumbrando na cirurgia a última opção para a perda de peso desejada.

Etimologicamente o termo aderência significa obediência, fidelidade, aprovação, solidariedade a uma ideia ou causa (Ferreira, 2001). Observa-se que, de acordo com essa concepção, o paciente seria um mero seguidor de normas e prescrições estabelecidas para o tratamento, e o não seguimento dessas normas seria considerado “desvio”. Atualmente, aderência é definida como sendo a extensão com a qual os comportamentos de uma pessoa coincidem com a orientação médica (Straub, 2014). Aponta-se para a necessidade de se entender o modo como ocorrem os comportamentos do paciente em relação a cada uma das tarefas que devem ser realizadas durante o tratamento. Deixa-se de lado uma correspondência meramente entre prescrição e comportamento de seguimento das recomendações (Gusmão & Mion Jr, 2006).

Nessa perspectiva, a adesão ao tratamento não é uma característica do indivíduo ou um traço de personalidade, mas um comportamento controlado por contingências ambientais. Assim sendo, ao invés de caracterizar o indivíduo como aderente ou não, deve-se analisar o contexto no qual o comportamento de adesão ocorre ou deixa de ocorrer (Malerbi & Ferreira, 2014).

Em suma, sabe-se que tratamentos dietéticos e medicamentosos, têm se mostrado ineficientes para tratar a obesidade grave na maioria dos casos e, devido a isso, diretrizes foram estabelecidas para seu tratamento cirúrgico (AACE/TOS/ASMBS, 2008; Marchesini, 2006). Para Gusmão e Mion Jr (2006) é mais difícil obter adesão às recomendações para mudanças de hábitos de vida, como dietas e prática regular de atividade física, pois apesar dos benefícios claros da adesão a tais comportamentos, é difícil a pessoa mudar seus hábitos e manter as mudanças em longo prazo.

As causas da baixa adesão podem estar relacionadas à inadequação de estratégias e intervenções utilizadas no tratamento. Intervenções nutricionais e psicológicas em longo prazo (dois anos, em média) podem ser necessárias para produzir estabilidade na perda de peso, porém, para isso devem-se estabelecer relações entre a variedade de exigências ou instruções feitas ao paciente, suas ações de autocuidado, a rede de apoio social e as consequências observadas a curto, médio e longo prazo, considerando-as no contexto histórico em que ocorrem (Malerbi, & Ferreira, 2014). Assim, é necessário considerar adesão não apenas como comportamento de seguir instruções, mas também como comportamentos relacionados à estimativa do que pode ser alcançado e a obtenção de resultados (Ferreira, 2001).

Nesse contexto o apoio familiar é muito importante, Rodrigues e Seidl (2015) destacam que a falta de suporte para esses pacientes é um fator de risco significativo para a recidiva de

peso tanto quanto a falta de autocontrole alimentar ou uso de álcool e drogas. A exigência de suporte funciona como protetor ou estimulador para o sucesso na cirurgia.

Apoio familiar

Em relação à percepção e satisfação com o apoio familiar, todas as participantes responderam que a família apoiou a decisão de fazer a cirurgia bariátrica e que elas ficaram muito satisfeitas em relação a esse apoio. Em relação ao apoio na continuação do tratamento após a cirurgia, P2 e P3 afirmaram que continuavam muito satisfeitas com o apoio familiar recebido, porém, P1 e P4 relataram que suas famílias não apoiavam nem dificultavam o seu tratamento no pós-operatório, e que elas não estavam satisfeitas nem insatisfeitas em relação a isto.

Deve-se levar em consideração que as estratégias comportamentais e cognitivas para alcançar as metas pretendidas com a cirurgia, só serão possíveis de serem alcançadas com a presença de redes de suporte e apoio. O apoio social, em especial de membros do núcleo familiar, tem sido considerado um forte preditor de adesão (Eduardo et al., 2017; Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997; Silva, 2014). Malerbi e Ferreira (2014) afirmam que a qualidade das interações familiares tem sido apontada como uma das variáveis que afetam a adesão ao tratamento em indivíduos que precisam modificar hábitos alimentares.

A participante P1 relatou que acreditava que o sucesso do seu tratamento só dependia dela e por isso ela não deveria pedir para o marido parar de comer os alimentos que ele gostava como se pode verificar no relato abaixo:

P1: “O meu marido quer sair pra comer no Mc Donalds e eu vou falar o que? Não vai? Não pode? Quem não pode sou eu, eu que tinha que tomar vergonha na cara e não comer, mas eu não consigo... O problema também é que ele passa a semana fora [da

cidade] aí quando ele chega [em Belém] ele quer sair pra comer e eu vou ficar empatando? Não né...”.

A participante P4 reconhecia que seu tratamento era prejudicado por não ter o apoio da sua família, porém, ela justificava esse comportamento familiar, assumindo a responsabilidade pelo insucesso do seu tratamento, segundo relato abaixo:

P4: “Pra mim é muito difícil me controlar sendo que em casa minha mãe vive cozinhando, minha avó sempre compra coisas pra gente comer no lanche da tarde... mas tipo, eu sei que elas não têm obrigação nenhuma de não comer ou não comprar essas coisas, eu que deveria fechar minha boca e não comer!”.

Muitas vezes a família, os grupos sociais e a sociedade como um todo não são favoráveis e nem receptivos às mudanças que o indivíduo opta fazer para alcançar o emagrecimento, isso pode vir a prejudicar o indivíduo no sentido de desmotivá-lo a realizar um tratamento adequado (Meier, & Ferreira, 2004).

Segundo Comério, Ferreira e Riul (2009), a difusão de certas informações médicas normativas conduz a sentimentos de culpabilização, podendo ser percebido através das falas: “depende só de mim”; “tenho que ter mais força de vontade”; “mudar a minha alimentação”; “sou muito sedentária”; “tenho que segurar a boca”; “é muito ruim”; “me atrapalha demais”.

Oliveira (2017) estudou o impacto psicológico em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, o suporte social e familiar foi evidenciado pelas mulheres quando estas falaram sobre a importância das pessoas à sua volta, contribuindo para seu tratamento e recuperação pós-cirúrgica. O desafio segundo Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) é propiciar o desenvolvimento de habilidades a esses integrantes para fornecer apoio compatível com as necessidades do paciente. Tais habilidades objetivam, principalmente, o engajamento do paciente em comportamentos de saúde e autocuidado. Esse tipo de intervenção pode ser extremamente importante quando falta, aos membros da rede, experiência com uma condição

ou doença particular, quando estão desinformados ou possuem crenças disfuncionais a respeito do quadro de saúde do paciente e de sua recuperação.

No estudo de Wing e Jeffery (1999), os pacientes compareceram sozinhos ou foram solicitados a trazer membros da família para participar de um programa de perda de peso. Aqueles que vieram sozinhos foram alocados em grupo de intervenção comportamental e os que trouxeram um amigo ou familiar foram direcionados a um grupo de intervenção em suporte social. A perda de peso e a continuidade no programa foram monitoradas em períodos de quatro e dez meses. Os resultados mostraram que houve maior perda de peso e mais tempo de manutenção no programa para os pacientes que fizeram parte do grupo de intervenção em suporte social, em especial aqueles que trouxeram um amigo.

No estudo de Oliveira (2017), os participantes relataram que o apoio dos amigos, familiares e professores foi fundamental para a adaptação à nova fase da vida, uma vez que após a cirurgia bariátrica, as mudanças são significativas e o suporte é definidor para o enfrentamento das transformações, destacando a família como fonte de força, cuidado e incentivo.

A satisfação do paciente com relação ao apoio recebido é outro aspecto a ser investigado quando se fala em suporte social. No que se refere ao tratamento da obesidade, Wolfe (2004) afirma que o suporte social exerce um papel mediador, está diretamente relacionado à melhora de duas variáveis fundamentais na adesão ao tratamento para o controle de peso: a autoeficácia e o autocontrole.

Intervenções na Condição de Treino A (CTa)

Foi colhido o relato sobre o consumo alimentar das participantes antes e após a CTa como mostra a Tabela 6.

Tabela 6.*Relato sobre o comportamento alimentar antes e depois da Condição de Treino A (CTa)*

Participantes			
P1	P2	P3	P4
Relato sobre o comportamento antes da CTa			
Marido passa a semana no interior, mas passa o final de semana em casa, quando ele está em casa, todos os dias eles saem pra comer (incluindo <i>fast foods</i>).	Tem um filho pequeno e quando compra guloseimas para ele acaba comendo algumas dessas guloseimas, principalmente quando está sozinho (ocorre pelo menos duas vezes na semana).	Acorda muito cedo e enquanto está no trabalho não tem tempo para parar e comprar alguma coisa para comer. Pelo menos três vezes na semana sai para comer, principalmente quando o dia era muito exaustivo.	Durante a tarde fica em casa e apresenta padrão beliscador. A mãe gosta de cozinhar então sempre tem algo diferente pra comer em casa, mas mesmo assim todo final de semana come <i>fast food</i> com o namorado.
Relato sobre o comportamento depois da CTa			
Gostou muito da dieta, porém com frequência não conseguia seguir o plano alimentar, principalmente nos finais de semana e devido a isso tentava compensar ingerindo menos quantidades nos dias de semana.	Consegue seguir a dieta calculada facilmente, porém observou que seu peso oscilava e devido a isso diminuiu um pouco as quantidades que consumia no segundo mês de intervenção.	Conseguia seguir a dieta calculada, porém quando acontecia algum evento bom ou ruim durante a semana sempre compensava comendo alimentos de alta densidade energética.	Seguia a dieta minuciosamente, porém sua relação com a comida não era boa. Seguia o plano alimentar com muita precisão porque seu objetivo era perder peso rapidamente.

A cirurgia bariátrica impõe limites nas porções alimentares por refeição em virtude da redução da capacidade gástrica, porém, ela pode se tornar insuficiente como única opção de tratamento por não considerar outras dimensões igualmente relevantes associadas à obesidade, como fatores psicológicos, sociais, familiares, culturais, entre outros. Dessa forma, ao longo do tempo, o indivíduo pode não perder o peso que se esperava, ter recidiva de peso significativa, ter alterações nutricionais, depressão e mudanças comportamentais indesejáveis, como beliscos frequentes, compulsões alimentares e uso excessivo de álcool (Buchwald & Oien, 2013). Faria, Kelly, Lins e Faria (2010) revelaram que diferentes padrões de comportamento podem afetar a perda de peso após a cirurgia bariátrica, como o

comportamento de “beliscar” ou o padrão do “comedor de doces”. Tais comportamentos, de acordo com os autores, podem levar ao consumo calórico excessivo, ocasionando, por sua vez, uma perda de peso insuficiente ou recidiva de peso, conforme observado nas participantes desta pesquisa.

Especificamente se tratando da participante P4, sobre o comportamento alimentar em situações aversivas, alguns estudos (e.g. El Ansari, Adetunji, Oskrochi, 2014; Liu et al., 2007; Penaforte, Matta & Japur, 2016) mostram que estudantes em momentos de estresse consomem com maior frequência *snacks*, salgados e lanches prontos (*fast food*).

O valor energético das participantes P1, P2, P3 e P4 foi de 2031,01 kcal, 2599 kcal, 1971,72 kcal e 1691,71 kcal, respectivamente. A média dos recordatórios na linha de base mostra que P1, P2 e P3 tinham um consumo energético menor do que a sua necessidade nutricional (1720,47 kcal, 1912,77 kcal e 1835,44 kcal, respectivamente) e P4 em contrapartida, tinha um consumo energético acima da necessidade (2415,06 kcal).

O plano alimentar prescrito de P1, P2, P3 e P4 tinha cerca de 2008,39 kcal, 2228,26 kcal, 1966,4 kcal e 1542,86 kcal, respectivamente. A média de energia encontradas nos recordatório alimentares aplicados durante a intervenção mostrou que todas as participantes apresentaram um consumo energético aproximado ao prescrito no plano alimentar, sendo 2110,57 kcal, 2196,01 kcal, 2011,89 kcal e 1546,77 kcal para P1, P2, P3 e P4 respectivamente. As participantes relataram boa adesão ao plano alimentar, sendo que P1, P3 e P4 tiveram uma ingestão energética um pouco maior em relação ao prescrito (102,18 kcal, 45,49 kcal e 3,91 kcal, respectivamente) e a participante P2 teve uma ingestão energética um pouco abaixo (32,26 kcal) do que havia sido prescrito. A partir deste resultado aparece o seguinte questionamento: por que elas apresentaram recidiva de peso? Devemos levar em consideração, portanto, o sub-relato.

O sub-relato de alimentos ou refeições pode ser inconsciente ou consciente. A omissão de forma consciente ocorre quando o relato é trabalhoso ou quando a pessoa sabe que seu relato mostrará hábitos considerados “não saudáveis”. Nesse caso, consiste em relatar quantidades menores do que as de fato consumidas. O sub-relato inconsciente é fruto da dificuldade de quantificar as porções consumidas (Scagliusi & Lancha Júnior, 2008).

Em mulheres obesas, Ravelli (2013) encontrou que das 412 mulheres, 255 (62%) eram subnotificadoras da ingestão energética. Sichieri e Everhart (2007) observaram que o sub-relato entre mulheres com excesso de peso parece ser mais evidente em repetidos Recordatórios 24h.

Além do valor energético das refeições, outro aspecto nutricional muito importante é a proporção do consumo de macronutrientes na dieta. Levando em consideração as recomendações nutricionais após a cirurgia bariátrica a necessidade de proteínas seria de 15-35%, carboidratos 45-65% e lipídeos 20-30% (Aills et al., 2008; Mechanick et al., 2013). A porcentagem de carboidratos mostra que P2, P3 e P4 consumiam uma quantidade dentro do preconizado, porém P1 apresentou uma ingestão reduzida desse nutriente.

Moizé, Pi-Sunyer, Mochari e Vidal (2010) advertem que as refeições com deficiência de proteína são comuns após a cirurgia bariátrica e representam um desafio para a ingestão adequada de proteínas podendo levar, em alguns casos, à desnutrição proteica crônica. Porém, todas as participantes do presente estudo estavam consumindo uma quantidade dentro do que é preconizado, ou seja, maior que 60g/dia (Mechanick et al., 2013). Em relação aos lipídeos P2, P3 e P4 estavam consumindo quantidades dentro do intervalo de adequação, no entanto P1 estava consumindo um valor acima do que é recomendado.

Em longo prazo, o aumento do consumo de energia pode estar relacionado com a melhor tolerância alimentar, bem como maior adaptação gástrica, melhorando a eficiência da absorção (Pories et al., 1995). No entanto, deve-se levar em consideração que a cirurgia leva o

paciente a restringir a quantidade de alimentos ingeridos, mas não leva, necessariamente, à melhora qualitativa da ingestão alimentar. Nesse contexto, considera-se que o tratamento pós-operatório do paciente bariátrico deve envolver intervenções que incluem a adesão à alimentação saudável, o aumento da prática de atividade física e o ajustamento psicossocial às necessidades da cirurgia (Kalarchian & Marcus, 2003).

O consumo de macronutrientes de cada participante pode ser visualizado nas Figuras 3, 4, 5 e 6.

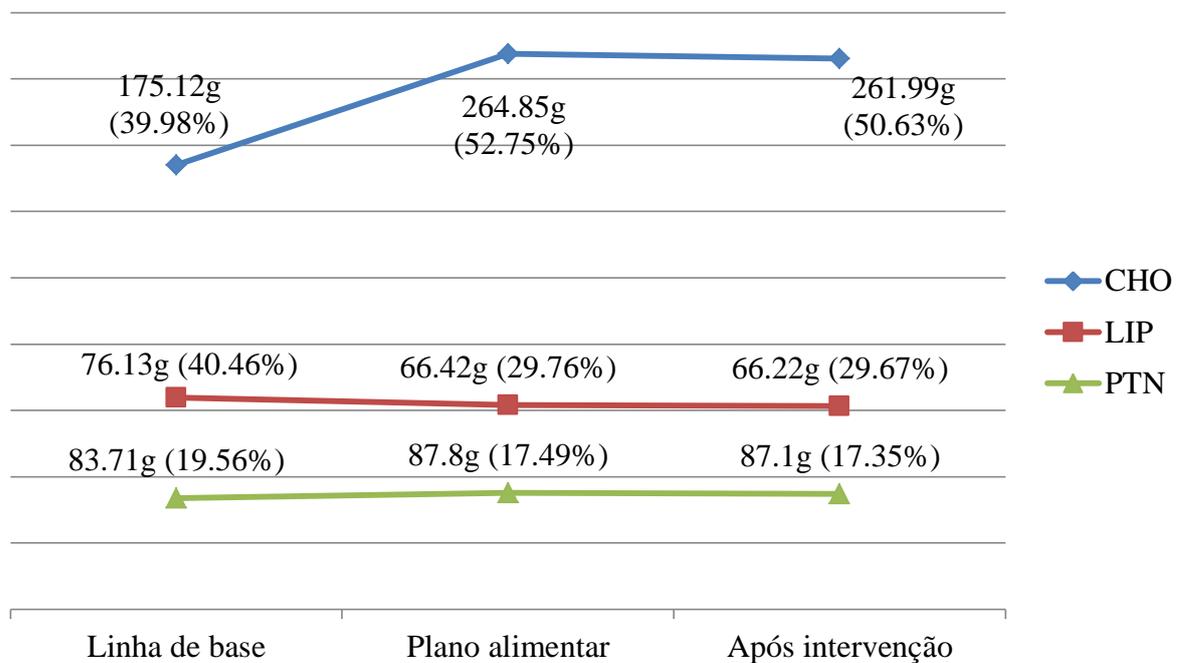


Figura 3.

Consumo dos macronutrientes da participante P1 nos três momentos da CTA

CHO: Carboidrato; LIP: Lipídeo; PTN: proteína.

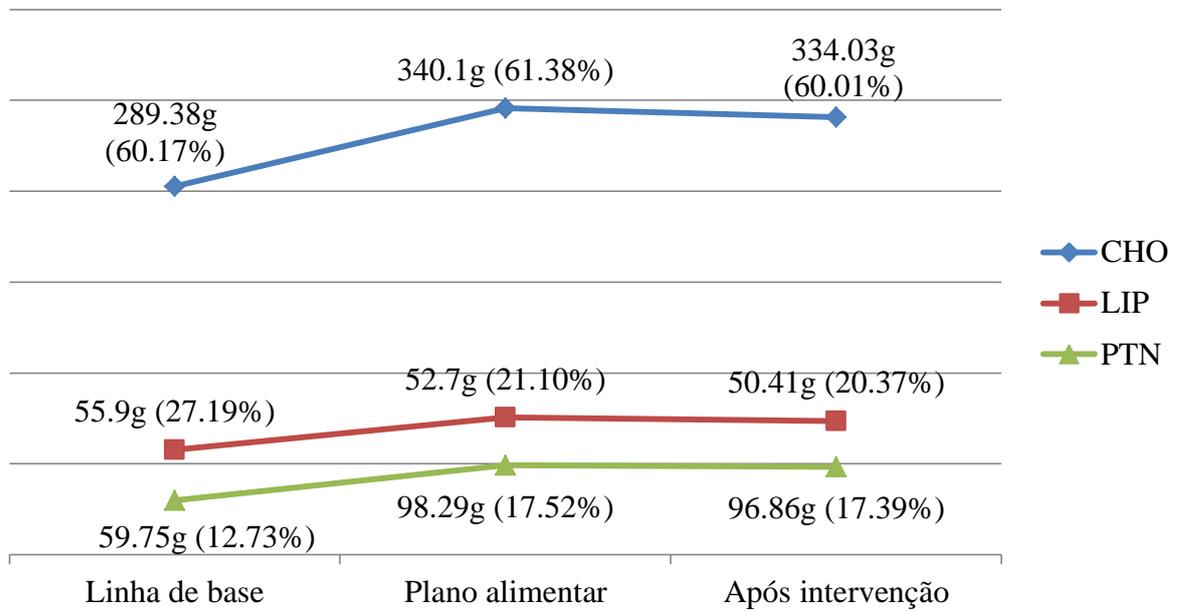


Figura 4.

Consumo dos macronutrientes da participante P2 nos três momentos da CTA
 CHO: Carboidrato; LIP: Lipídeo; PTN: proteína.

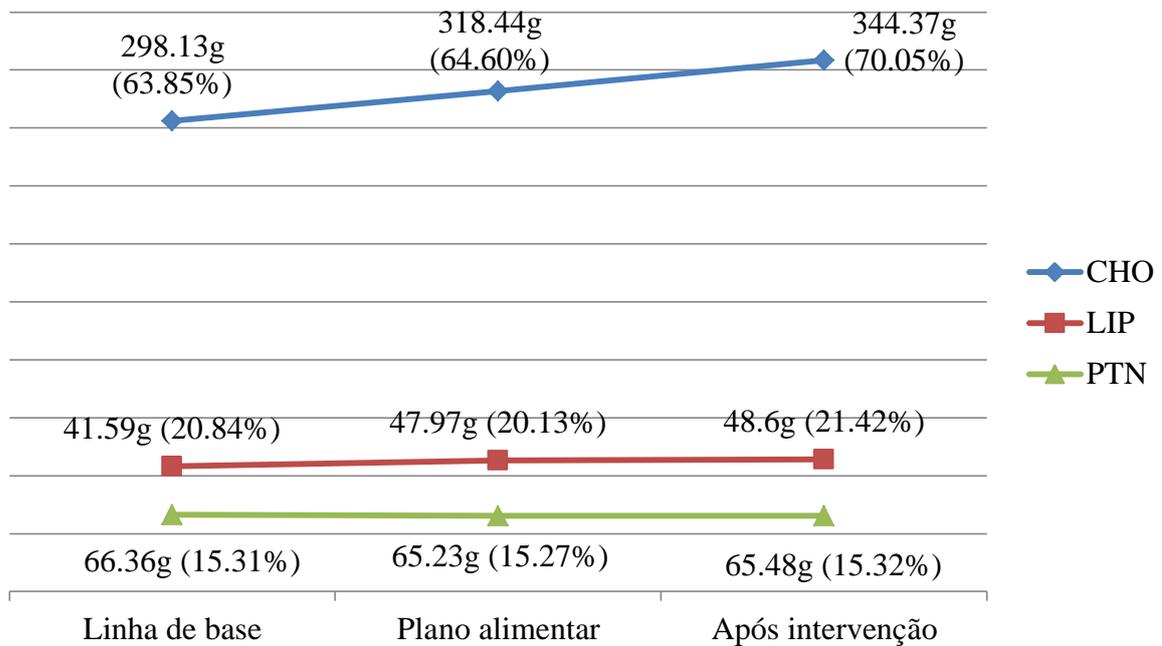


Figura 5.

Consumo dos macronutrientes da participante P3 nos três momentos da CTA
 CHO: Carboidrato; LIP: Lipídeo; PTN: proteína.

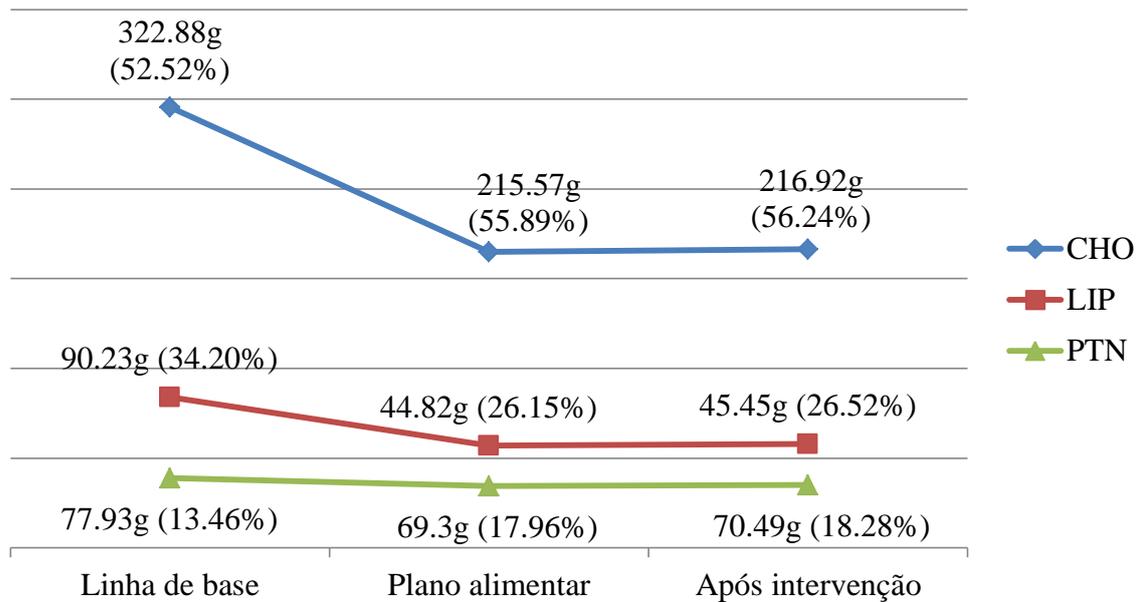


Figura 6.

Consumo dos macronutrientes da participante P4 nos três momentos da CTA
 CHO: Carboidrato; LIP: Lipídeo; PTN: proteína.

Todas as participantes apresentaram consumo de macronutrientes próximo ao prescrito e dentro das recomendações nutricionais. Em média, todas as participantes conseguiram seguir o plano alimentar, com pouca diferença entre o relato do que foi consumido e o que foi prescrito.

No decorrer da CTA, as participantes foram pesadas semanalmente. Como pode ser visualizado na Figura 7, todas as participantes tiveram uma diminuição no peso durante essa intervenção. As participantes P1, P2, P3 e P4 perderam respectivamente 1,4 kg, 3,3 kg, 1,7 kg e 4,2 kg.

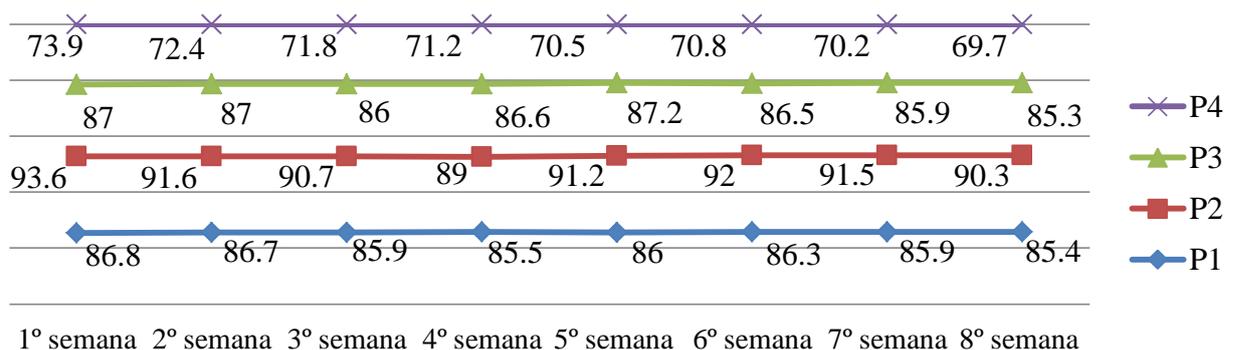


Figura 7.

Peso semanal (em kg) das participantes aferido durante a CTA

O uso de indicadores unicamente objetivos, tais como a redução ou não do peso, ou ainda apenas o atendimento aos protocolos clínicos, produz resultados alheios aos sentimentos e experiências dos pacientes bariátricos, portanto não devem ser utilizados exclusivamente (Engström, Wiklund, Ólsen, Lönroth, & Forsberg, 2011). Apesar disso, o acompanhamento semanal individualizado mostrou ter eficácia na promoção da perda de peso, a qual não havia sido alcançada antes da intervenção, mostrando a importância de consultas frequentes, do monitoramento e do apoio.

Intervenções da Condição de Treino B (CTb)

Sessões de grupo

As intervenções em grupo são apontadas como ações benéficas para a mudança de hábitos, sintomas e construção de competências relacionadas à saúde e qualidade de vida (Cezaretto, 2010; Murta, 2008; Santos, 2010; Tremblay, Sheeran, & Aranda, 2008).

Greener, Douglas e van Teijlingen (2010) sugerem que a inclusão de alguma forma de apoio social no tratamento à obesidade resulta em maior perda de peso. Razões potenciais que justificam a eficácia superior do tratamento da obesidade baseada em grupo incluem a prestação de apoio social, a empatia e uma dose saudável de concorrência. Segundo Palmeira et al. (2007), os membros do grupo podem afetar uns aos outros e incentivar a mudança de comportamento, quando investigados sobre eficácia do grupo psicoeducativo na mudança do comportamento alimentar, os participantes relataram que participar do grupo proporcionou melhora da autoestima, mudança de hábitos, realização de atividade física com maior frequência, compartilhamento de problemas, mudança de pensamento, valorização dos alimentos, perda de peso, melhora de indicadores bioquímicos como colesterol, triglicérides e glicemia e escolhas alimentares saudáveis (Assis, & Nahas, 1999).

1º Sessão

A primeira sessão de grupo abordou a atividade chamada de “Atribuição de valores”, o resultado desta atividade pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7.

Resultado da atividade “Atribuição de valores” realizada na 1º sessão do grupo de apoio

Atribuição de valores			
P1	P2	P3	P4
Engraçada	Determinada	Estudiosa	Boa ouvinte
Inteligente	Carinhosa	Atenciosa	Gosta de conversar
Trabalhadora	Boa mãe	Gosta de crianças	Organizada
Humilde	Otimista	-	Focada

Após as participantes completarem a atividade, foram discutidos dois pontos:

1- O quanto elas percebiam as suas qualidades e valores.

Todas as participantes citaram durante este questionamento que a sua percepção sobre pelo menos uma das suas qualidades e valores eram percebidas através da fala de outras pessoas, como se pode verificar nos seguintes relatos.

P1: *“Eu faço as pessoas rirem... pelo menos é isso que elas me dizem”.*

P2: *“Minha família sempre me fala que eu sou muito carinhosa, que eu tomo conta de todo mundo. Acho que isso é uma coisa boa”.*

P3: *“Acho que eu concordo quando dizem que eu sou atenciosa, que eu trato bem as pessoas... eu tento fazer isso sempre”.*

P4: *“Todo mundo fala que eu sou muito focada, que quando eu quero eu consigo e que eu vou atrás e pronto”.*

Goñi e Fernández (2009) apontam que o autoconceito de uma pessoa configura-se constantemente nas interações sociais com os demais. Assim, a percepção que o sujeito tem sobre si mesmo está determinada pela percepção das reações que os outros (no social) têm para com ele.

O objetivo central dessa prática foi promover a gradativa melhora da autoestima e percepção de autoeficácia das participantes auxiliando indiretamente na melhor adesão ao tratamento. Respeitar e conhecer seu corpo são fatores importantes nesse tipo de abordagem, pois é muito complicado para o indivíduo se permitir utilizar abordagens diferentes da que ele sempre utilizou (dietas restritivas e exercícios físicos extenuantes) sem antes aceitar seu corpo e abandonar a ideia de que ele pode ser facilmente modificado (Tribole, & Resch, 2012). Segundo Fulwiler, Brewer, Sinnott e Loucks (2015), as terapias baseadas na aceitação visam reduzir o comportamento de evitação, aumentar a flexibilidade psicológica e facilitar o comprometimento com a mudança.

2- Como elas usavam os seus melhores atributos em situações difíceis.

Para responder este questionamento, as participantes foram encorajadas a citar pelo menos uma das suas características listadas nesta atividade.

P1: *“Dependendo da situação, acho que ser humilde pode ser bem útil, você consegue escutar, aprende com os outros também, é bem positivo”.*

P2: *“Ser otimista em situações difíceis já é muito bom né? A gente pode tentar ver o lado bom daquilo ou então tentar ver o que pode ser feito de positivo a partir do que já aconteceu... acho que é isso”.*

P3: *“Ai não sei, acho que ser atenciosa pode trazer algo positivo quando acontece algo ruim, você mostra preocupação e as pessoas gostam. Em alguns casos gostar de crianças também pode ser bem útil, conversando, acalmando, tendo paciência com elas...”.*

P4: *“Acho que ser uma boa ouvinte ajuda a melhorar a vida das pessoas a tua volta que querem conversar contigo, ou te contar alguma coisa. Às vezes as pessoas só precisam desabafar mesmo”.*

Na fala das participantes P1, P3 e P4, é pontuado como suas características podem ajudar o outro, mostrando a importância nos relacionamentos e da convivência social na formação de cada pessoa. Blatt (2008) encontra diferentes orientações que apresentam uma conceptualização dialética relativa ao desenvolvimento psicológico e organização da personalidade, isto é, o indivíduo desenvolvia-se psicologicamente ao longo da vida por meio de uma emaranhada série de interações dinâmicas, sinérgicas e dialéticas entre as relações interpessoais e a organização e definição do conceito de *Self*.

Finalizada a discussão, foi realizada a prática de escaneamento corporal e posteriormente foi esclarecida a atividade de atenção plena para ser realizada durante a semana. As atividades diárias escolhidas por cada participante podem ser visualizadas na Tabela 8.

Seguindo a lógica, Shapiro (2009) cita que intencionalidade é um requisito para o estado de atenção plena, de forma que, para atingi-lo deve-se treiná-lo diariamente, de maneira intencional.

Tabela 8.

Atividade escolhida pelas participantes para prática de atenção plena

Participante	Atividade
P1	Tomar banho
P2	Cozinhar
P3	Caminhar até a academia
P4	Comer

2º sessão

A segunda sessão foi iniciada com a discussão sobre a experiência das participantes com a atividade escolhida para ser realizada com atenção plena, planejada na sessão anterior. O primeiro relato das participantes mostra a dificuldade encontrada em se manter atento nas atividades realizadas diariamente.

P1: *“E eu, inocente, pensando que escolher tomar banho ia ser fácil! Não foi fácil não, eu “tava” me ensaboando, pensando naquilo que eu “tava” fazendo e quando eu percebia já “tava” pensando nas coisas que eu tinha que fazer no trabalho”.*

P2: *“Eu me esforcei bastante pra cozinhar sem pensar em outras coisas, mas às vezes quando eu me tocava já “tava” pensando que horas eram, se meu marido e meu filho já iam chegar...”.*

P3: *“Eu pensei que caminhar era bem simples, mas realmente, quando a gente tem que prestar atenção só naquilo não é tão fácil assim”.*

P4: *“Eu escolhi comer, mas eu já sabia que ia ser difícil, e foi mesmo! A mesma coisa que aconteceu com as meninas aconteceu comigo, eu começava a comer aí do nada me esquecia de prestar atenção, quando percebia já tinha acabado de comer”.*

Por meio do relato das participantes pode-se perceber a dificuldade em permanecerem concentradas totalmente em uma única atividade. Para Mrazek, Smallwood e Schooler (2012) a vagueação da atenção poderia ser considerada um atributo contrário à atenção plena, nessa condição, dividir a atenção, por exemplo, poderia ser um indicativo de vagueação, de forma que ao utilizar-se mais dessa habilidade menos se engaja com a atividade corrente. Assim, entende-se que sujeitos com mais tempo de prática de atenção plena, também possuem maior habilidade de regular a atenção, mostrando-se capazes em focar, dividir ou alterná-la, quando necessário.

É importante destacar que a capacidade de modificar padrões de comportamento é essencial para a perda de peso. Com o aumento da atenção plena, um indivíduo pode alterar as respostas ao invés de continuar padrões comportamentais habituais que podem ser inconsistentes, com o objetivo de perda de peso que estão associados, por exemplo, com reconhecer sinais corporais de fome e saciedade para evitar excessos em resposta a emoções negativas ou críticas sociais (Godsey, 2013; Fulwiler et al., 2015; Kristeller, 2003). O objetivo

dessa atividade de atenção plena está pautado no fato de que menos reatividade e maior autoeficácia podem reduzir estes comportamentos citados, que prejudicam o processo de perda de peso.

Depois da troca de experiências, foram abordados os conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite, e então foram realizados alguns questionamentos. As respostas das participantes podem ser observadas na Tabela 9.

Tabela 9.

Respostas das participantes diante dos questionamentos em torno dos conceitos abordados

	P1	P2	P3	P4
Como você gostaria de se sentir fisicamente após uma refeição?	<i>“Satisfeita”</i>	<i>“Bem, sem ficar com o estômago cheio sentindo que eu comi mais do que deveria”.</i>	<i>“Sabe que eu não sei? Acho que eu queria me sentir saciada”.</i>	<i>“Eu queria não sentir que eu ainda preciso comer, queria me sentir bem sem exagerar na comida”.</i>
Por quanto tempo você gostaria que essa sensação durasse?	<i>“Até eu ter tempo pra poder comer de novo”.</i>	<i>“Até eu sentir fome de novo”.</i>	<i>“Não sei, acho que até eu sentir fome de novo ou poder comer de novo”.</i>	<i>“Acho que pra sempre... eu não queria ter que comer, na verdade. Queria não sentir fome”.</i>
Quando foi a última vez que você comeu? Você estava sentindo fome?	<i>“Eu comi agora no café da manhã, não “tava” com tanta fome então só tomei um café com uma torrada”.</i>	<i>“Tomei café da manhã. Eu não sinto muita fome, mas se eu não comer sei que vou sentir fome mais tarde”.</i>	<i>“Como eu acordei 5 horas da manhã, eu tomei café as 05h30min e lanchei pra vir pra cá umas 07h30min”.</i>	<i>“Foi no café da manhã. Normalmente eu sinto uma fome leve de manhã”.</i>
Depois que você finalizou essa refeição, como você se sentiu fisicamente?	<i>“Me senti bem, mas daqui a pouco vai me dar fome de novo”.</i>	<i>“Me senti satisfeita, comi fruta, pão, queijo, mas tudo em pouca quantidade. Não fiquei cheia, sabe?”.</i>	<i>“Bem, não “tava” cheia, mas também não “tava” com fome”.</i>	<i>“Não muito bem, eu comi muita coisa”.</i>

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

As atividades de atenção plena realizadas anteriormente, juntamente com a abordagem dos conceitos de saciedade, saciação, fome e apetite, abriram espaço para abordar às bases do comer com atenção plena. De acordo com Kristeller e Hallet (1999) alimentar-se com atenção plena inclui o processo de comer devagar, mastigando bem e longe de distrações, prestando atenção desde a escolha do alimento, até respostas corporais de fome e saciedade e como os alimentos afetam os cinco sentidos, abandonando julgamentos que possam ocorrer no processo. Um estudo realizado visando ensinar habilidades para comer com atenção plena em populações com comer compulsivo ou comer emocional, mostram que comer com atenção plena reduz significativamente estes comportamentos (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers, & Corsica, 2014). Existem evidências de que o comer com atenção plena está inversamente associado ao IMC, ou seja, quanto mais esta habilidade está presente, menor é o IMC (Camilleri, et al., 2016; Framsom, et al., 2009; Moor, Scott, & McIntosh, 2013;).

3º sessão

Na terceira sessão foi realizada a prática chamada “Fazendo as pazes com a comida”. A lista de alimentos considerados proibidos e que causavam medo, ansiedade ou culpa para cada participante, está descrita na Tabela 10.

Tabela 10.*Lista de alimentos que causam sentimentos negativos para cada participante*

Participantes			
P1	P2	P3	P4
Docinho de aniversário	Pão	Refrigerante	Pizza
Chocolate	Lasanha	Pastel	Hambúrguer
Coxinha	Biscoito recheado	Torta/ Bolo	Batata frita
Hambúrguer	Sorvete	Chocolate	Macarrão instantâneo
Cerveja	Bala de goma	-	Bebidas alcoólicas

O objetivo dessa atividade foi ajudar as participantes a assumirem uma postura de neutralidade com a comida, evitando a dicotomia de certo ou errado, engorda ou não engorda que permeia a mentalidade de dieta. Não fazer essa classificação dicotômica dos alimentos ajuda a construir uma relação mais saudável com a comida (Alvarega et al., 2015). Como se pode observar, todos os alimentos escolhidos pelas participantes são alimentos de alta densidade energética e ricos em carboidratos simples e gorduras. Esses alimentos foram classificados pelas participantes como ruins ou causam sentimentos negativos, pois a experiência prévia que as participantes possuíam com eles são experiências que incluem: falta de controle, culpa e algumas vezes sintomas físicos negativos, como a distensão abdominal.

Devemos levar em consideração que o estresse e as emoções negativas afetam consistentemente as preferências alimentares, causando uma maior preferência por alimentos altamente palatáveis, que são calóricos e ricos em gordura, açúcar e sal (Dallman, 2010; Sinha, & Jastreboff, 2013).

No estudo de Comério et al. (2009), que teve como objetivo identificar a influência de um determinado padrão corporal e estético nas práticas alimentares, na atividade física e no cotidiano de vida de universitárias, foram encontradas muitas contradições e ambivalências que permeavam as práticas alimentares. Ao mesmo tempo em que as jovens privilegiavam os alimentos industrializados em seu cotidiano alimentar, elas também reconheciam as desvantagens desses itens para a saúde. Os autores consideram que talvez por essa razão as

jovens tipificavam esses alimentos de “besteiras” ou “bobagens”. Paradoxalmente, elas conviviam com o conflito de consumir alimentos práticos e baratos que não se enquadram na dietética da saúde e da boa forma.

Destaca-se ainda o prejuízo dessa classificação dos alimentos e da obsessão por alimentos considerados saudáveis, são apontadas como contraprodutivas, de forma que quando um dos principais aspectos da vida, que é o comer, torna-se um fator de angústia e estresse, efeitos podem ser vistos sobre o sistema imune e cardiovascular e que se deve, portanto, analisar os prós e contras de se recomendar dietas ou modificações alimentares com pouco ou nenhum benefício à saúde (Rozin, Fischler, Imada, Sarubin & Wrzesniewski, 1999).

Ao final da sessão, as participantes escolheram um alimento dessa lista para experimentar, mantendo em mente o que foi abordado, para a próxima sessão. A escolha das participantes pode ser visualizada na Tabela 11.

Tabela 11.

Alimentos escolhidos para realizar a prática “fazendo as pazes com a comida”

Participante	O que?	Com quem?	Onde?
P1	Docinho de aniversário	Marido	Festa da sobrinha
P2	Biscoito recheado	Filho	Em casa
P3	Pastel	Amiga	Shopping
P4	Hambúrguer	Namorado	Casa do namorado

A participante P1 escolheu docinho de aniversário, pois naquele mesmo dia ela teria uma festa de aniversário para ir e poderia colocar em prática o que foi abordado. Para ela, durante muitos anos esse alimento foi seu “maior pecado”, era um alimento que não cabia no dia-a-dia de pessoas que fazem dieta.

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

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

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

4º Sessão

A sessão foi iniciada pelo relato das participantes em relação à experiência de “fazer as pazes com a comida”. O que pode ser observado por meio dos relatos é a mudança no modo como os alimentos escolhidos foram percebidos pelas participantes, conforme os trechos abaixo transcritos:

P1: *“Vou falar a verdade, eu peguei um monte de docinho e já ia comer loucamente, mas aí eu pensei melhor e fui escolhendo um de cada ‘pra’ poder provar com meu marido, tentei comer devagar e parece que ajudou”.*

P2: *“Depois do almoço eu sentei com meu filho ‘pra’ ver filme e a gente abriu um pacote de biscoito, eu dividi quatro pra cada, comi, fiquei satisfeita e não senti culpa depois”.*

P3: *“Quando eu saí do colégio na terça e chamei minha amiga pra passear no shopping, aí nós fomos lanchar e eu pedi o meu pastel. Depois eu reparei que ele nem era tão grande, eu comi e não senti vontade de comer mais, foi bem legal ter consciência de que aquilo era só um pastel que eu comi e pronto”.*

P4: *“Primeiro quando a gente foi comprar a comida eu fiquei pensando se eu precisava mesmo pedir o combo... eu nunca comia até o final então pra que pedir? Ai,*

eu pedi só sanduiche e a batata média. Quando chegamos na casa dele [namorado], a gente sentou na varanda e ficou conversando e eu comi mais devagar do que eu fazia normalmente quando comia dentro do carro. Foi bem legal, e eu não me senti culpada por ‘tá’ comendo”.

Também foi discutida a evolução das participantes na prática de atenção plena em atividades diárias, abordada durante a primeira sessão. O relato das participantes sugere que as experiências foram menos aversivas e podem ter contribuído para melhorar a relação com o alimento, conforme os relatos abaixo:

P1: *“Assim, claro que eu ainda me pego pensando em outras coisas durante as práticas, mas é normal né? Eu já melhorei, antes passava um carro na rua e já me distraia. Eu ‘tô’ tentando fazer em todas as atividades de casa, principalmente no final de semana que é quando eu tenho mais tempo”.*

P2: *“Eu comecei a praticar com outras atividades do dia-a-dia, e foi a melhor coisa que eu fiz! Eu ‘tô’ conseguindo controlar até quando eu me sinto ansiosa, sabia? Se eu já sinto alguma coisa assim, vou fazer algo em casa pra poder praticar, e melhora de verdade”.*

P3: *“Eu reparei que eu tenho feito escolhas melhores, tipo, em relação às escolhas que eu tenho que fazer no meu dia sabe? Percebi isso na escolha da comida também, além de aproveitar mais as atividades que a gente faz no dia-a-dia”.*

P4: *“Eu escolhi praticar a atenção plena com o comer porque eu sei que é onde eu mais desconto meus problemas e nessas três semanas de prática eu notei muita diferença no modo que eu como. Antes eu descontava toda minha ansiedade em qualquer comida que eu via pela frente, hoje se eu quero comer algo, eu como, mas sempre tento prestar atenção no que eu ‘tô’ comendo, se eu ‘tô’ tranquila ou se não. Acho que eu ‘tô’ aprendendo a diferenciar”.*

A partir dos relatos das participantes podemos perceber que a prática de atenção plena pode contribuir no tratamento de pacientes com recidiva de peso após a cirurgia bariátrica, no entanto é necessário mais estudos. Essa prática inclui pelo menos três componentes que interagem fortemente entre si no processo de autocontrole: aumento do controle da atenção, melhora do controle emocional e autopercepção ou consciência plena do corpo, sentimentos, emoções e pensamentos (Tang, Hölzel, & Posner, 2015).

Pesquisas que avaliam os efeitos de práticas de atenção plena, tanto com grupos clínicos quanto não clínicos, têm destacado o papel desse fenômeno em demandas que envolvem regulação das emoções, sendo descritos impactos positivos na saúde e qualidade de vida daqueles que participam (Brown, & Ryan, 2003; Giluk, 2009). Quanto às mudanças cerebrais, Tang et al. (2015) encontraram uma redução espacial da amígdala que é o local responsável pelo controle da ansiedade, medo e estresse em geral, em grupos que passaram por intervenções baseadas na atenção plena.

Para finalizar a última sessão de grupo, foi realizada a atividade chamada de “Meditação do Chocolate” e posteriormente foi feito alguns questionamentos sobre esta prática. As respostas das participantes estão transcritas na Tabela 12.

Tabela 12.*Relatos das participantes quanto à atividade “Meditação do chocolate”*

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

Todas as participantes relataram sensações e percepções positivas durante esta prática, tanto física quanto emocionalmente. Esse resultado pode estar relacionado às práticas de atenção plena e percepção de fome e saciedade abordadas nas sessões anteriores.

Alguns estudos avaliaram a relação entre atenção plena e o comportamento alimentar, encontrando um potencial mecanismo através do qual a atenção plena pode influenciar o peso corporal (O’Reilly, Cook, Spruijt & Black, 2014; Wanden-Berghe, Sanz-Valero & Wanden-Berghe, 2010). As práticas de atenção plena fazem com que os praticantes sejam menos reativos e contribuam para o aumento da autoeficácia, que são capazes de reduzir o comer de

forma exagerada e facilitar o disassociação de comportamentos não saudáveis que antes eram usados para lidar com o estresse e as emoções negativas (Fulwiler et al., 2015).

Práticas culinárias

As práticas culinárias foram utilizadas como forma de melhorar a relação das participantes com a comida. Todas as preparações foram escolhidas para serem fáceis de realizar e com o tempo de execução curto, de forma a incentivar essa prática mesmo em quem não sabia ou não tinha um tempo muito longo para cozinhar.

O prazer em comer ao longo da história das ciências da nutrição tem sido resgatado, esse sentido que sempre teve seu lugar subestimado em prol do “nutritivo”, atualmente está redefinindo sua posição nesse espaço, tendo contribuição importante com o crescimento da área da gastronomia (Levenstein, 2003).

O relato sobre a experiência das participantes durante a prática culinária pode ser visto abaixo.

P1: *“Olha, eu não tenho muito tempo pra cozinhar né? E mesmo quando eu tinha tempo, me dava preguiça, mas eu vi que eu não preciso cozinhar que nem os cozinheiros famosos... o que eu puder fazer, mesmo que seja simples, me faz dar mais valor naquilo que eu “tô” comendo”.*

P2: *“Eu sempre cozinho, mas eu nunca parei pra pensar na importância de cozinhar, eu fazia tudo muito no automático sabe? Além de não procurar coisas diferentes pra fazer... era sempre a mesma coisa! Agora eu sempre procuro procurar coisas novas pra testar”.*

P3: *“Então, a verdade é que eu não gosto muito de cozinhar, mas eu reconheço a importância que isso tem na minha saúde. As práticas foram muito legais, minha irmã*

e a minha mãe participaram e a gente se divertiu. Agora eu procuro fazer desse momento algo prazeroso e de preferência que eu possa compartilhar com alguém”.

P4: “Como eu falei, minha mãe gosta muito de cozinhar, mas ela nunca teve o costume de incluir eu e a minha irmã, durante a prática foi legal poder incluir todo mundo e por incrível que pareça eu até gostei de cozinhar. Acho que isso com certeza vai me ajudar e ajudar todo mundo aqui de casa também”.

Os relatos das participantes mostram como a relação com a comida e com o comer pode ser reconstruída e melhorada por meio do contato com o alimento e com a prática culinária. O antropólogo Lévi-Strauss (1966/1997), transpôs o modelo linguístico para o ato de cozinhar, baseado no fato de que cozinhar, como a linguagem, é uma forma universal de atividade humana, extrapolando as necessidades biológicas. É um ato que se estende a um universo bem mais amplo, o da produção de sentidos e da possibilidade de comunicar identidades e valores, desta forma, a comida pode ser percebida como um meio de comunicação.

Escala de fome e saciedade

Durante as oito semanas dessa intervenção, as pacientes foram incentivadas a preencher uma tabela com seu grau de fome e saciedade em todas as refeições e, durante os encontros semanais, elas relatavam suas percepções e dificuldades percebidas através desta atividade prática. Os pontos principais observados através dos relatos das participantes com esta prática podem ser vistos na Tabela 13.

Tabela 13.

Principais aspectos observados por meio dos relatos e do preenchimento da tabela de refeições diárias com a escala de fome e saciedade

Pontos	Semana	P1	P2	P3	P4
Rotina alimentar	1°	Passa muitas horas sem se alimentar e tende a exagerar nas refeições do fim de semana	Se pular alguma refeição desconfigura toda sua rotina alimentar	Tendência a descontar suas frustrações na comida. Possui uma rotina de exageros alimentares	Se estiver em casa passa o tempo todo “beliscando” e se pular alguma refeição exagera na próxima refeição. Episódios de exagero nos finais de semana
	2°	Começou a fazer lanches entre as refeições principais, porém continua exagerando no fim de semana	Programa suas refeições para não passar muito tempo sem se alimentar		
	3°	Começou a programar seus lanches podendo fazer escolhas mais saudáveis		Diminui seus exageros alimentares encarando suas frustrações de outra forma	Diminui o comportamento “beliscador” e começa a não pular refeições
	4°	Diminui a frequência em que exagera nas refeições do fim de semana	Rotina fixa com variações pontuais		Diminui a frequência em que exagera nas refeições do fim de semana
	5°	Rotina fixa com variações pontuais		Rotina fixa com variações pontuais	Rotina fixa com variações pontuais
	6°				
	7°				
	8°				
Sensação de fome	1°	Sente muita fome em algumas refeições devido os longos períodos que fica sem se alimentar.	Respeita mais os horários do que a sua fome	Não sabe diferenciar a fome física da emocional	Come várias vezes sem sentir fome
	2°	Alimenta-se sem fome, com frequência, no fim de semana			

Tabela 13.

Principais aspectos observados por meio dos relatos e do preenchimento da tabela de refeições diárias com a escala de fome e saciedade (continuação)

Pontos	Semana	P1	P2	P3	P4
Sensação de fome	3°		Começa a respeitar os sinais de fome e só come quando eles aparecem	Começa a diferenciar a fome física da fome emocional	
	4°	Começa a respeitar sua fome levando lanches evitando os longos períodos sem se alimentar		Percebe que sua fome física aparece em horários específicos de acordo com sua rotina	Começa a comer nos horários em que sente fome
	5°		De forma geral respeita sua fome		Tenta respeitar a fome na hora de escolher o que e a quantidade da refeição
	6°				
	7°	De forma geral respeita sua fome		De forma geral respeita sua fome	De forma geral respeita sua fome
8°					
Sensação de saciedade	1°	Com frequência come mais do que aguenta, principalmente nos fins de semana, e devido a isso sente desconforto abdominal.	Na maioria das vezes para de comer antes de estar saciada	Frequentemente come mais do que o nível desejável de saciedade, principalmente no momento de descontar suas frustrações	Com frequência, só para de comer quando sente desconforto abdominal, não respeitando o nível desejado de saciedade
	2°				
	3°	Percebe quando está saciada e dessa forma planeja a quantidade que consegue comer nas refeições, evitando desperdícios	Sabe identificar quando está saciada	Apresenta melhora no reconhecimento da saciedade	Começa a reconhecer os sinais de saciedade diminuindo assim as porções dos alimentos ingeridos
	4°				
	5°			Consegue identificar e respeitar sua saciedade na maioria das refeições	Sinais de saciedade respeitados
	6°	De forma geral respeita sua saciedade	De forma geral respeita sua saciedade		De forma geral respeita sua saciedade
	7°				
8°					

A Tabela 13 foi dividida em três pontos principais que foram observados por meio do uso da escala de fome e saciedade: a rotina alimentar, a sensação de fome e a sensação de saciedade. Os pontos observados foram construídos a partir do preenchimento da tabela de fome e saciedade (Apêndice 7) juntamente com o relato feito pelas participantes.

Observa-se que todas as participantes iniciaram esta prática com algumas dificuldades na rotina alimentar e que isso afetava de forma direta suas percepções de fome e saciedade. Atualmente, muitos fatores em nosso ambiente industrializado podem prejudicar nossos mecanismos de regulação biológica. A preocupação, crenças e controle racional da ingestão de alimentos parecem estar também sobrecarregados, possivelmente devido, em parte, ao ideal de magreza sempre presente e geralmente as mulheres se habituem a ignorar seus sinais fisiológicos se tornando mais responsivas a fatores externos (ANSES, 2010). Fatores externos como práticas de alimentação realizada pelos pais (Birch, Fischer, & Davison, 2003) ou dietas (ANSES, 2010) podem dar prioridade à informação cognitiva, ultrapassando os sinais de fome e saciedade (Rolls, 2012), o que pode resultar em ganho de peso.

O ganho de peso pode prejudicar a fome e sinais de saciedade ou, alternativamente, indivíduos com sobrepeso ou obesidade podem ser propensos a ignorar seus sinais fisiológicos e, conseqüentemente atrapalhar seus processos regulatórios em favor de dietas ou regras para perder peso ou em condições estressantes (Lemmens, Rutters, Born, & Westerterp-Plantenga, 2011).

Com o passar das semanas, foi observado melhora gradativa de percepção de fome e saciedade. Isto pode estar relacionado tanto à utilização da escala de fome e saciedade, de forma que as participantes ficaram mais atentas a essas sensações e também na melhora da rotina alimentar, como quanto na utilização da atenção plena.

Ensaio controlado randomizado demonstraram que a implementação de uma abordagem mais ampla enfocando aspectos fisiológicos específicos, tais como treinamento

para reconhecer a fome inicial, capacitou participantes com sobrepeso ou obesidade a perder ou manter peso (Bacon, Stern, Van Loan & Keim, 2005; Ciampolini, Lovell-Smith & Sifone, 2010; Provencher et al., 2009). Dito isto, conforme descrito por Kristeller e Epel (2014), os mecanismos de mudança propostos durante o comer com atenção plena envolve uma melhor autorregulação: primeiro, se os indivíduos puderem melhorar a conscientização sobre sinais como fome e saciedade, eles vão fazer mais decisões hábeis sobre quando e quanto comer e segundo, as habilidades de atenção plena podem impulsionar no córtex pré-frontal processos que ajudam a superar a tendência de subvalorizar as recompensas adiadas, como a manutenção do peso ou a melhoria da saúde isso pode ser uma consequência de não agir por impulsos para comer alimentos altamente calóricos e pobres em nutrientes.

Camilleri et al. (2016) em seu estudo sobre a relação do comer intuitivo e peso corporal, avaliou o comer de maneira intuitiva a partir de uma escala com três componentes deste comportamento: comer por razões físicas ao invés de emocionais (tristeza, ansiedade, tédio, solidão etc), confiar em seus sinais de fome e saciedade e ter permissão incondicional para comer (por exemplo, não seguir dietas ou restringir determinados tipos de alimentos). Os resultados mostraram uma associação inversa entre comer intuitivamente e o Índice de massa Corporal dos indivíduos. Isto quer dizer que as pessoas do estudo que comiam de maneira intuitiva apresentavam menor peso corporal.

Efeitos no peso e composição corporal

Como pode ser observado na Figura 8, todas as participantes apresentaram perda de peso e de massa gorda após a CTa e após a CTb. As participantes P1, P2, P3 e P4 tiveram uma redução de peso de 5,1 kg, 8 kg, 2,6 kg e 8,9 kg, respectivamente, e de massa gorda de 3,3 kg, 5,4 kg, 2,6 kg e 8 kg, respectivamente.

Através do cálculo de peso ideal máximo, P1 deveria ter no máximo 67,79 kg, P2 e P3, 71,96 kg e P4, 64.54 kg. Mesmo com a redução do peso, nenhuma conseguiu alcançar o peso ideal.

As participantes P1, P2 e P3 foram classificadas com alto índice de massa gorda na linha de base e após a CTa e a CTb, segundo a American College of Sports Medicine (2016). P4 também estava com alto índice de massa gorda após a CTa, porém após a CTb, seu percentual de gordura foi classificado como limítrofe.

Em relação à massa magra, P1 e P3 mostraram aumento de 3,4 kg e 1,7 kg, respectivamente, enquanto P2 apresentou redução de massa magra de 0,6 kg durante a primeira intervenção, e praticamente mantendo o peso, com perda de apenas 0,2 kg ao final da segunda intervenção. P4 praticamente manteve a massa magra, com um aumento de 0,1 kg na primeira intervenção e uma redução de 0,2 kg ao final da segunda intervenção.

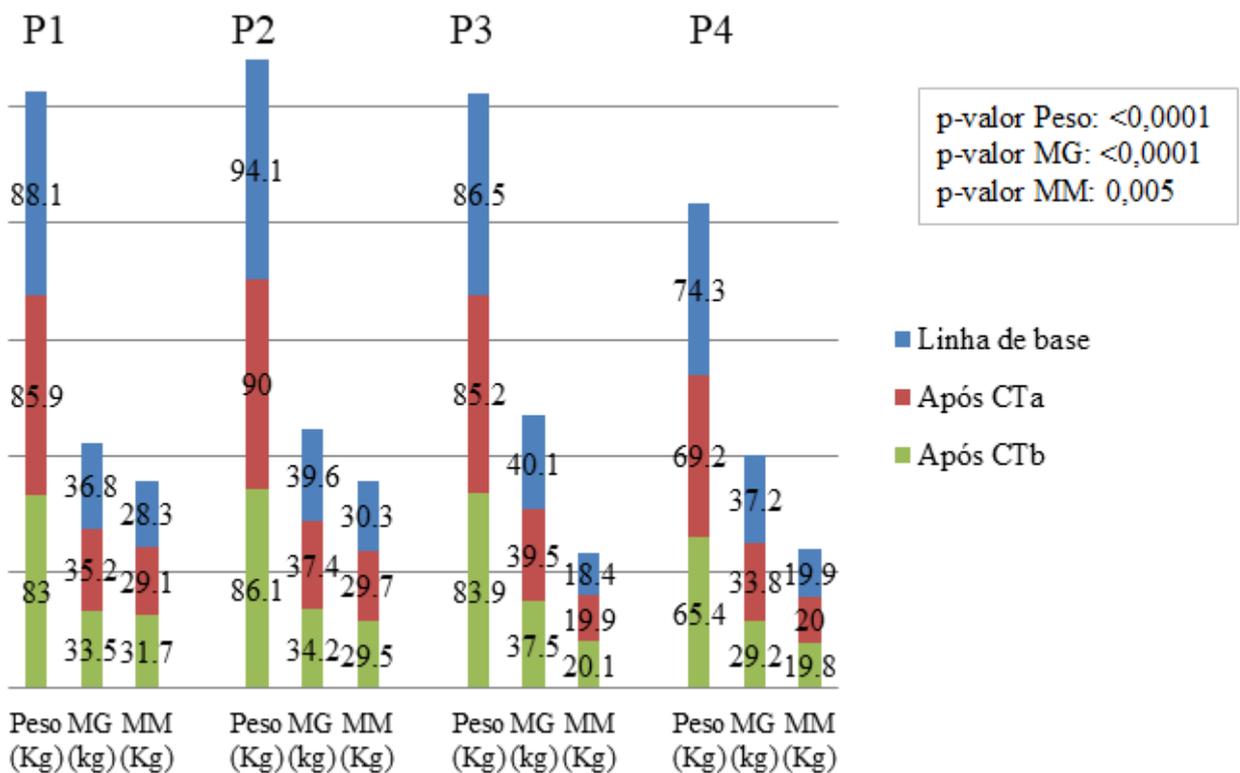


Figura 8.

Peso e composição corporal das participantes nos três momentos da pesquisa
MG: Massa gorda; MM: Massa Magra.

Segundo Fulwiler et al. (2015), com base nas evidências atuais, os métodos baseados em atenção plena, de forma isolada, sem componentes de dieta e/ou exercício tendem a não ser eficazes para perda de peso. No entanto, observou-se que a perda de peso e da massa gorda nas duas intervenções foi significativa (p -valor= $<0,0001$) e os valores encontrados foram muito semelhantes, ainda que a segunda intervenção não tenha incluído um plano alimentar tradicional.

Perfil Bioquímico

Os resultados dos exames de sangue coletados de cada participante durante as três fases da pesquisa podem ser visualizados nas figuras 7, 8, 9 e 10. A Figura 9 mostra os resultados da participante P1. Durante as duas intervenções, todos os seus exames foram classificados como dentro do adequado segundo os padrões de referência laboratoriais, porém pode-se notar um aumento nos níveis de insulina de jejum, no cálculo do HOMA-IR, no colesterol LDL e nos triglicérides e uma diminuição do HDL da linha de base para o final da CTa. A glicose de jejum apresentou um leve aumento após a CTb, porém se manteve dentro da normalidade.

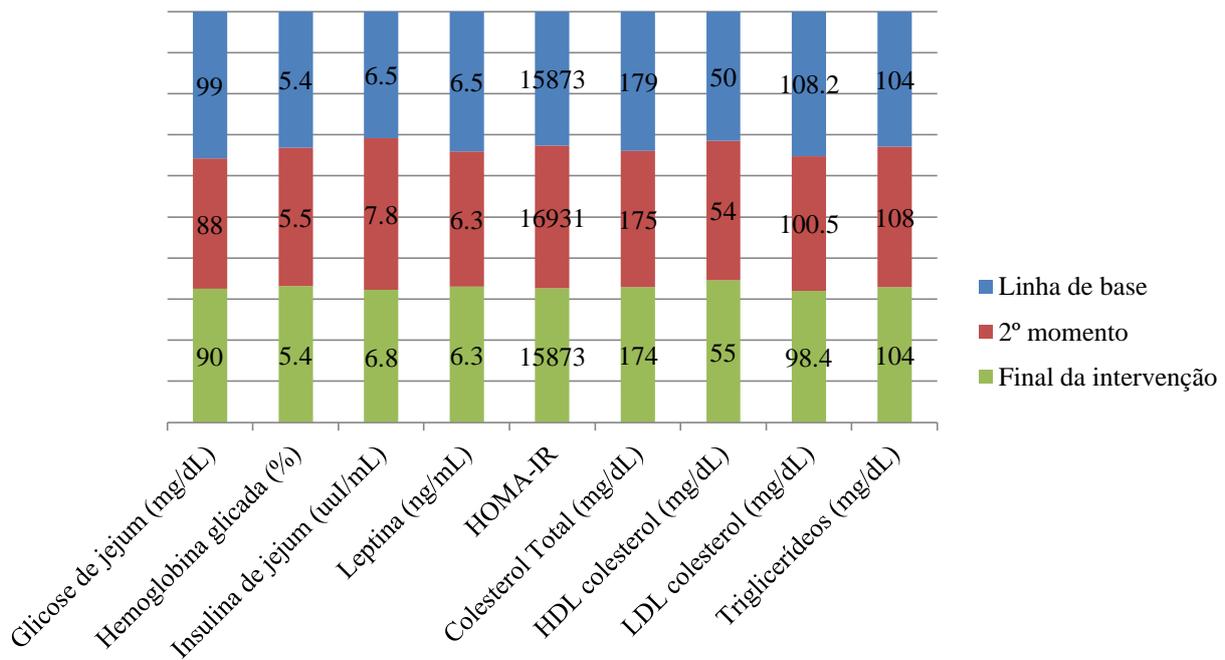


Figura 9.

Evolução do perfil bioquímico da Participante P1 ao longo das intervenções

A Figura 10 mostra os resultados da participante P2. Os exames foram classificados como adequados com exceção do colesterol total, que foi classificado como limítrofe, porém após a CTb este valor diminuiu, sendo classificado como normal. O LDL que estava acima do recomendado, se enquadrando da mesma forma que o colesterol total, como limítrofe e após a CTb foi classificado como desejável. Da primeira para a segunda intervenção, houve um aumento discreto dos triglicerídeos, porém ainda se enquadrando como adequado.

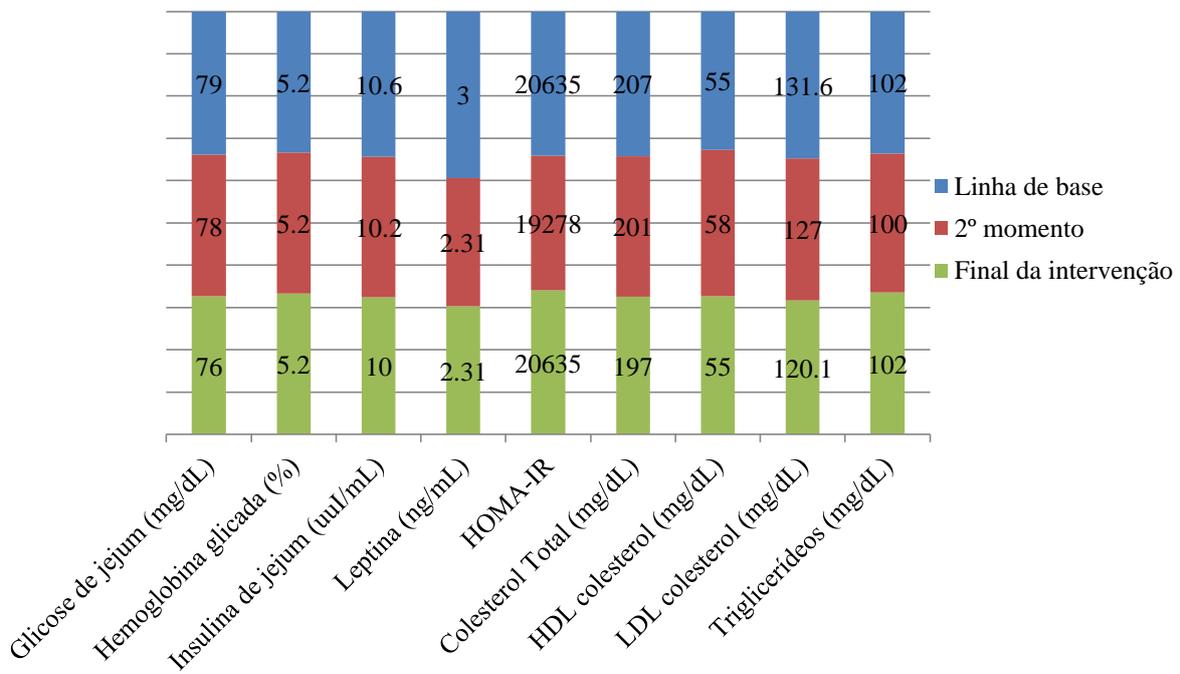


Figura 10.

Evolução do perfil bioquímico da Participante P2 ao longo das intervenções

A Figura 11 mostra os resultados da participante P3. Os exames foram classificados como adequados com exceção do colesterol total, classificado como limítrofe, e os triglicerídeos classificado como elevado. Durante as duas intervenções os níveis de colesterol e dos triglicerídeos diminuíram, porém ao final CTb os dois valores se mantiveram na mesma classificação da linha de base.

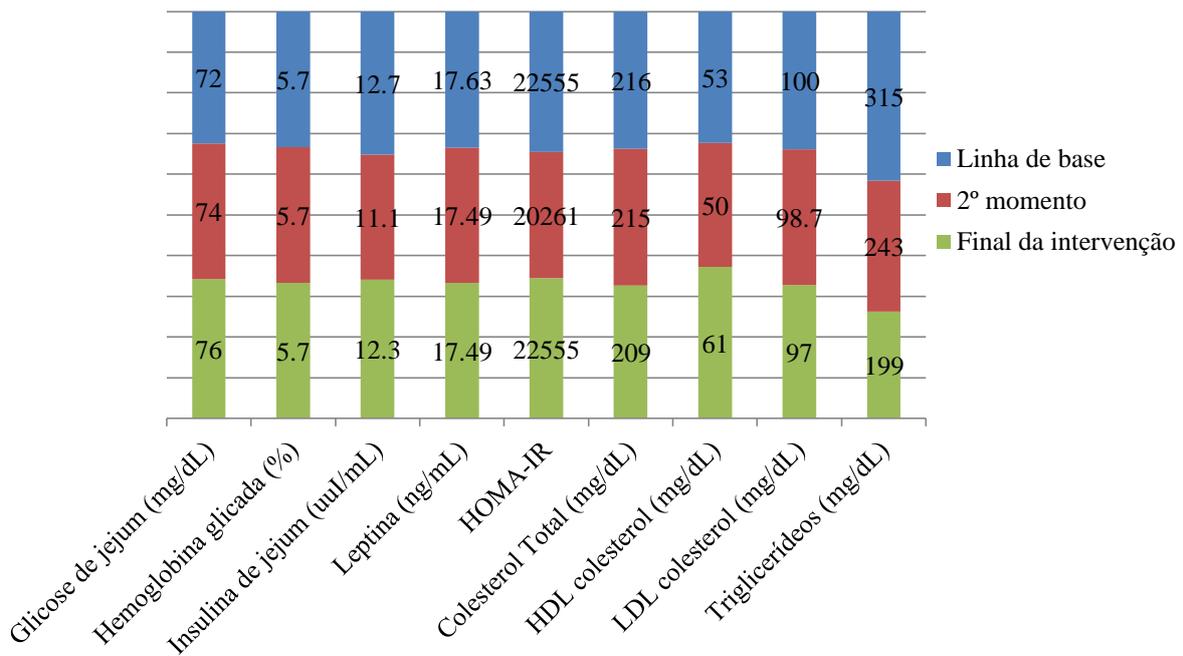


Figura 11.

Evolução do perfil bioquímico da Participante P3 ao longo das intervenções

A Figura 12 mostra os resultados da participante P4. Os exames foram classificados como adequados, com exceção da glicose de jejum e do HOMA-IR que estavam elevados. Porém, durante as duas intervenções os valores da glicose de jejum diminuíram e ao final da CTb foi classificada como adequada, no entanto, apesar da diminuição, o HOMA-IR continuou sendo classificado como elevado.

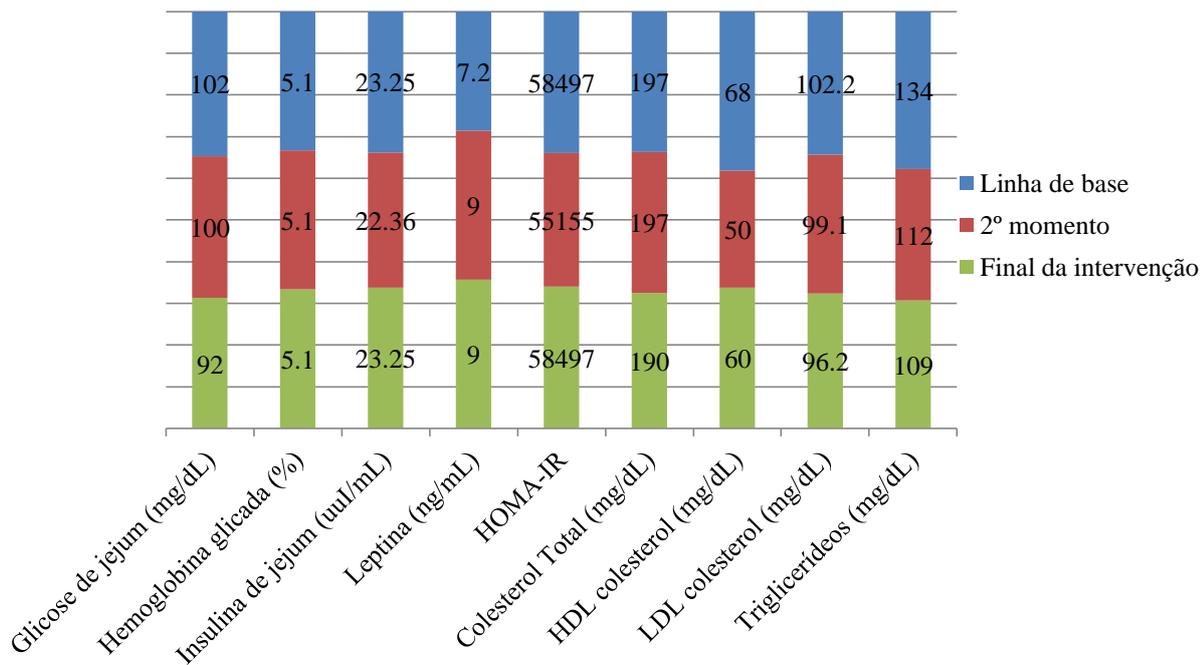


Figura 12.

Evolução do perfil bioquímico da Participante P4 ao longo das intervenções

Sande-lee et al. (2011) em seu estudo sobre a reversibilidade parcial de alterações na função cerebral, após oito meses de cirurgia bariátrica em humanos obesos encontrou um valor médio de glicose de 77,9 mg/dL, hemoglobina glicada de 5,1%, insulina de 21,5 uul/mL, leptina de 17ng/mL, HOMA-IR de 0.6, colesterol total de 141 mg/dL, HLD de 52,6 mg/dL, LDL de 73,6 mg/dL e triglicerídeos de 76,6 mg/dL, mostrando resultados similares ao presente estudo, mesmo considerando o tempo mais prolongado de pós operatório das participantes.

Bonadeo, Vogt e Chielle (2015) encontraram um aumento gradativo nos exames bioquímicos concomitantes ao aumento de peso, com impacto nos marcadores glicose de jejum, hemoglobina glicada (%), insulina de jejum (μ UI/mL) e no HOMA-IR. Esta pesquisa encontrou também melhora nos exames bioquímicos conforme as participantes diminuían de peso, porém deve-se levar em consideração que a qualidade das escolhas alimentares também deve ser analisada quando se utiliza exames bioquímicos.

Em relação à leptina, estudos em humanos indicam que ela é um meio de avaliar a quantidade de energia estocada como gordura (Considine et al., 1996). O aumento da leptina no plasma está positivamente correlacionado com o aumento da insulina plasmática (Tuominen et al., 1997), do percentual de gordura e do Índice de Massa Corporal (Considine et al., 1996; Mancini et al., 1997). Porém, a redução na produção de leptina ou sua produção anormal não é causa primária da obesidade em humanos, além disso, não há evidências de que a obesidade em humanos seja provocada pela presença anormal de receptores da leptina (Considine et al., 1996). Como pode ser observado pelos resultados dos exames bioquímicos no presente estudo, a leptina não se encontrava em níveis altos, apesar da composição corporal mostrar um nível considerável de massa gorda, ou seja, a leptina não estava influenciando diretamente na composição corporal.

É de suma importância conhecer os mecanismos neurais que podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade, porém a mudança comportamental, nesse caso, parece ser a melhor forma de obter resultados positivos e principalmente, de longo prazo.

Estágio de prontidão para mudança de comportamento

No começo do acompanhamento, todas as participantes foram classificadas no estágio de “Ação”, ou seja, estágio no qual já foram adotados novos comportamentos, sendo estes considerados mais saudáveis, identificados num período de até seis meses. Ao final da CTa, as participantes continuaram no estágio de Ação. No final da CTb as participantes foram reavaliadas e classificadas no estágio de “Manutenção” que configura quando o paciente está disposto a manter comportamentos mais saudáveis por mais de seis meses.

Moreira, Santos e Lopes (2012), em seu estudo com 145 usuários de serviço de saúde, que utilizou o modelo transteórico para avaliar o comportamento alimentar, constatou que indivíduos classificados nos estágios iniciais, como “contemplação” e “pré-contemplação”

eram mais suscetíveis a ter uma alimentação rica em gordura. Já os que estavam em estágio de “ação” demonstraram maior preocupação com a qualidade da alimentação. Esta condição, portanto, pode ser determinante para o indivíduo que tem como propósito iniciar um processo de mudança de comportamento objetivando a perda de peso.

Freitas (2015) em sua pesquisa sobre a intervenção nutricional pautada no modelo transteórico para o controle de peso, obteve resultados efetivos para a redução da massa corporal total, verificada pelas diferenças de peso e Índice de Massa Corporal ajustados entre os grupos controle e de intervenção. Também foram observadas entre as mulheres do grupo de intervenção, após seis meses de acompanhamento, alterações positivas no perfil (aumento do número de refeições diárias, redução da disponibilidade de açúcar e consumo de ácidos graxos saturados) e comportamento alimentar (evolução para os estágios finais - ação e manutenção - e controle de porções), bem como redução da circunferência da cintura e da glicemia. Por outro lado, as participantes do grupo controle apresentaram piora do perfil alimentar, com redução do número de refeições diárias e aumento da ingestão de ácidos graxos saturados.

Segundo Perri e Corsica (2003) a modificação do comportamento tem sido a principal ferramenta para profissionais de saúde que atuam na área de obesidade e manejo do peso. Porém, a maioria dos pacientes com recidiva de peso, apresenta dificuldades em aderir aos padrões de comportamentos necessários para o sucesso em longo prazo, pois abandonam o tratamento, muitos por acreditarem que a perda de peso e a melhora na qualidade de vida irão ocorrer independentemente de modificações comportamentais, ou seja, que a cirurgia por si só trará uma melhora desses aspectos, porém ao se deparar com as mudanças comportamentais exigidas, o paciente, muitas vezes, acaba abandonando o tratamento, passando a apresentar recidiva de peso (Marchesini, 2010).

Comportamento alimentar

A Figura 13 mostra a evolução do comportamento alimentar em cada domínio durante a linha de base e após as duas intervenções. Na linha de base as participantes P1, P2 e P3 apresentaram alta pontuação (78,8, 56,6 e 83,3, respectivamente) no domínio de restrição alimentar, P4 apresentou apenas 27,8 pontos nesse domínio. No domínio de comer emocional apenas P3 e P4 apresentaram alta pontuação (94,4 e 100, respectivamente), P1 e P2 apresentaram 44,4 e 33,3 pontos, respectivamente. Quanto ao domínio de descontrole alimentar, P1, P2 e P3 apresentaram notas abaixo de 50 pontos (48,1, 14,8 e 44,4, respectivamente), porém P4 apresentou 77,8 pontos.

Após a CTa, o domínio de restrição alimentar se manteve estável para P3 e P4 (83,3 e 27,8, respectivamente), diminuiu para P1 (77,8) e aumentou para P2 (61,1). Os domínios de comer emocional e de descontrole alimentar se mantiveram estáveis para todas as participantes.

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

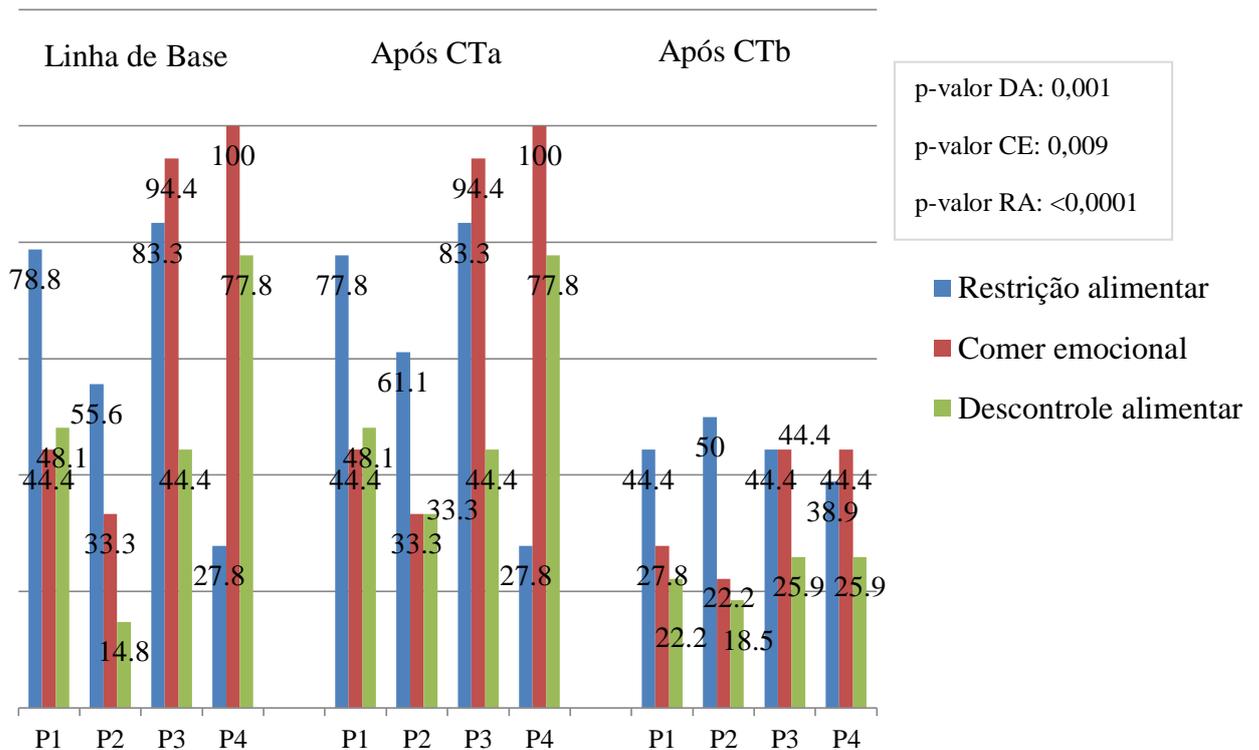


Figura 13.

Comportamento alimentar nos três momentos da pesquisa

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

Restrição alimentar

Geralmente, as mulheres podem estar mais propensas a ficarem insatisfeitas com seus corpos e, portanto, impor restrições alimentares sobre si mesmas (ANSES, 2010). Em nossa sociedade a aparência física é um fator mais importante para as mulheres do que para os homens. Alguns estudos mostraram uma associação mais forte entre ganho de peso e a restrição alimentar em mulheres do que em homens (Bellisle, & Dalix, 2001; Drapeau et al., 2003).

O domínio de restrição alimentar de todas as participantes, mostrou uma melhora significativa após a CTb, isso pode ser explicado pois pessoas que estão em um processo de restrição energética geralmente ignoram os sinais de fome e saciedade, que podem estimular fisiológica e psicologicamente mecanismos compensatórios, incluindo adaptações hormonais que favorecem o ganho de peso (Sumithran et al., 2011). Estudos transversais (Adami, 2011;

Lauzon-Guillain et al., 2006) mostram que existe correlação entre restrição alimentar e peso corporal. Em outras palavras, maiores graus de restrição são encontrados em pessoas mais gordas. Isso pode ser explicado pelo fato de que pessoas com tendência à obesidade são mais expostas à discriminação social e tendem a ter mais comportamentos restritivos alimentares do que as pessoas que não têm tendência à obesidade. Ou seja, estas pessoas fazem mais dietas restritivas.

De fato, uma restrição alimentar importante parece alterar o metabolismo e fazer com que a pessoa desenvolva uma resistência para perder peso ou até mesmo um aumento da tendência de ganhar peso. Por esse motivo ela é considerada um padrão alimentar relacionado à obesidade (Bellisle & Dalix, 2001). Além disso, tem-se mostrado que pessoas com alto grau de restrição tendem a comer descontroladamente quando estão expostas a determinados fatores psicológicos (estresse, depressão) ou ambientais (festas, banquetes, eventos sociais, uso de bebidas alcoólicas). Isso pode fazer com que estas pessoas acabem comendo mais do que outras com menor grau de restrição alimentar (Bellisle & Dalix, 2001).

O modelo que explica este conceito é designado como Modelo Fronteira, criado por Herman e Polivy (1984) e sugere que os sujeitos que comem as proporções consideradas normais, ou seja, os sujeitos que não autoimpõem regras relativas à ingestão de alimentos, respondem às suas necessidades fisiológicas, no que concerne à energia necessária para o organismo e para a digestão. Isto ocorre porque estes sujeitos aguardam até terem necessidade de se alimentar, sentindo-se confortáveis nesse tempo de espera e, quando iniciam uma refeição, alimentam-se até se sentirem saciados (Dovey, 2010).

Comer emocional

O comportamento alimentar pode ser bastante afetado pelas emoções, visto que as suas escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem de

vários fatores, sendo um deles as emoções e não apenas as suas necessidades fisiológicas (Lourenço, 2016).

O comportamento alimentar é um dos principais símbolos de amor entre pais e filhos, o que o torna diretamente relacionado a situações reforçadoras e prazerosas, trazendo uma sensação de bem-estar imediato. Assim, não é surpreendente verificar o grande número de pessoas que procuram a comida quando estão estressadas, ansiosas ou tristes (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012). As emoções negativas são conhecidas por induzir mudanças na alimentação, incluindo excessos em alguns casos (Macht, 2008), além disso, Peneaud Menard, Mejean, Bellisle e Hercberg (2013) encontraram uma associação positiva mais forte entre a alimentação emocional e o peso em mulheres em comparação com homens.

Foi observado que após a CTb todas as participantes apresentaram diminuição significativa (p -valor=0,009) no comportamento de comer emocional. Glisenti e Strodl (2012) sugerem que quando os pacientes se sentem oprimidos pela força das suas emoções, eles têm dificuldade em desafiar logicamente as cognições que podem estar relacionadas à sua alimentação emocional, dessa forma as técnicas como o *mindfulness* (atenção plena) podem contribuir nesse processo.

Descontrole alimentar

O descontrole alimentar pode estar associado à restrição alimentar e ao comer emocional. É definido como uma situação, estímulo ou objeto que desvia a atenção para uma determinada tarefa ou pensamento, consistindo-se assim numa distração que leva o sujeito a comer mais do que é habitual. Para os sujeitos que restringem a sua alimentação, qualquer estímulo que desregule o seu controle sobre a ingestão de alimentos é considerado como desinibidor, diminuindo os seus recursos de atenção e a capacidade intelectual de autoconhecimento, afetando a capacidade de controlar a ingestão de alimentos, levando-o ao consumo excessivo (Haynes, Lee, & Yeomans, 2003). Para aqueles que comem consoante ao

seu estado emocional, a emoção negativa age como desinibidora do seu comportamento alimentar (Dovey, 2010).

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

Devemos destacar que, em geral, esse domínio apresenta valores baixos quando falamos de pacientes bariátricos devido à redução da capacidade gástrica; porém, podemos observar que com o decorrer do tempo, concomitante à estabilização fisiológica, esses episódios são relatados com mais frequência, como se pode observar através dos resultados desta pesquisa.

Alguns estudos ressaltaram a relação entre comportamentos alimentares não compatíveis com a cirurgia e a recidiva de peso, indicando que a ocorrência de episódios de perda de controle alimentar ou maior descontrole alimentar no pós-operatório foram associadas à pior perda ponderal e recidiva de peso (Colles, Dixon, & O'Brien, 2008; Kofman et al., 2010; Odom et al., 2010).

Nível de Ansiedade

Na linha de base todas as participantes foram classificadas com um nível moderado de ansiedade. Após a CTa, com exceção da P2 que apresentou um aumento discreto do nível de ansiedade, todas as participantes mantiveram no mesmo nível da linha de base. Após a CTb, houve uma diminuição significativa (p -valor=0,001) nos níveis de ansiedade de todas as participantes, como mostra a Figura 14. Após a última intervenção as participantes P1 e P3 permaneceram com nível moderado de ansiedade, apesar de a pontuação ter diminuído comparado ao encontrado durante a CTa, e as participantes P2 e P4 foram classificados com nível leve de ansiedade.

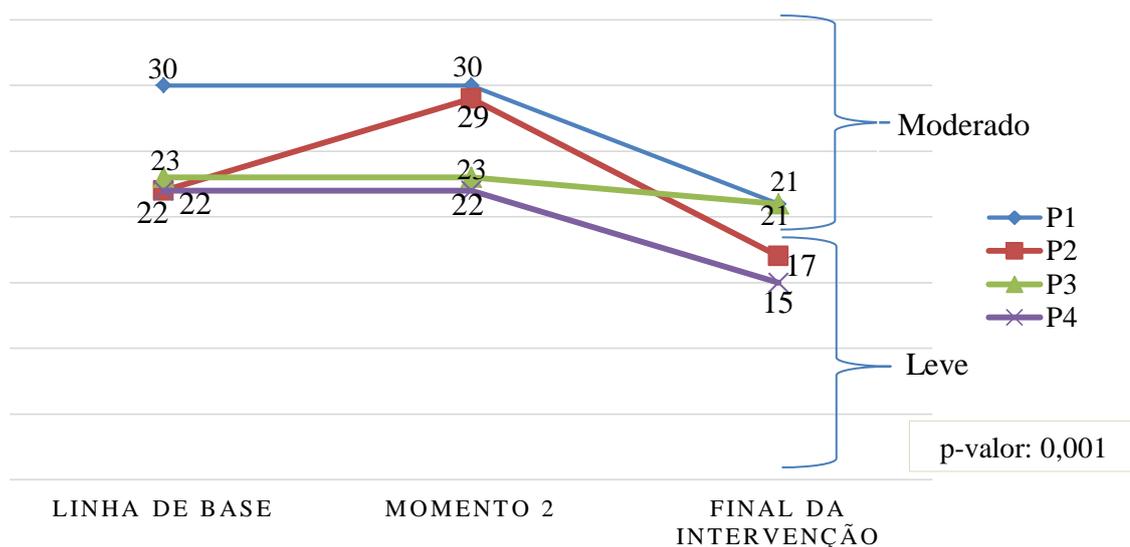


Figura 14.

Nível de ansiedade das participantes nos três momentos da pesquisa

A ansiedade é uma emoção negativa que deixa um sentimento constante de angústia e medo. É caracterizada como um humor negativo causado por sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro (Barlow & Durand, 2015).

Leal e Baldin (2007) apontam que é comum o surgimento de quadros psiquiátricos, tais como sintomas depressivos, ansiedade, dentre outras situações, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia após a cirurgia, sobretudo em pacientes que apresentavam dificuldades de emagrecer. Elevados níveis de estado de ansiedade trazem sintomas considerados desagradáveis ou dolorosos, iniciando-se uma sequência de comportamentos onde se pretende evitar ou minimizar o perigo. Se o estado de ansiedade persistir, o sujeito poderá recorrer a mecanismos psicológicos de defesa, de modo a reduzir a intensidade da reação (Silva, 2006).

O comportamento alimentar pode ser um desses mecanismos, visto que o sujeito pode recorrer à comida como mecanismo compensatório para lidar com o seu estado emocional e as suas emoções (Lourenço, 2016). Em particular, verificou-se que os indivíduos com obesidade comem mais quando se sentem ansiosos, enquanto os indivíduos com peso normal

não foram afetados (Slochower & Kaplan, 1980). Além disso, segundo Puhl e Heuer (2009), a obesidade pode estar mais fortemente relacionada aos níveis altos de ansiedade em mulheres do que em homens devido à grande discriminação social experimentada por elas principalmente.

Os estudos realizados por Bardone-Cone, Brownstone, Higgins, Fitzsimmons-Craft e Harney (2013), Egan et al. (2013), Menatti, Weeks, Levinson e McGowan (2013) e Lourenço (2016) permitiram determinar que a ansiedade encontra-se associada ao descontrole alimentar, visto que permite ao sujeito uma redução, embora que temporária, da ansiedade. Como pode ser observado, após a CTb, os níveis de descontrole alimentar também diminuíram, porém não de forma significativa relacionada a ansiedade, de modo que podemos apenas inferir que isto pode estar associado à diminuição dos níveis de ansiedade das participantes. Sugere-se mais estudos testando a associação entre os níveis de ansiedade e os diferentes domínios do comportamento alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Segundo Neufeld, Moreira e Xavier (2012) a terapia cognitivo comportamental aplicada em grupos de emagrecimento propicia, além da redução do peso corporal, benefícios clinicamente significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimento de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar. No estudo de Sant'Anna (2016), o grupo que passou por intervenção com técnicas de atenção plena durante oito semanas, mostrou melhoras dos níveis de tensão, ansiedade e estados nervosos, autocontrole quanto a pensamentos, emoções ou sentimentos, aumento no estado de felicidade e satisfação e as pacientes relataram sentir-se mais ativas e vigorosas, estáveis emocionalmente e seguras de si mesmas.

Matriz de vantagens e desvantagens

Finalizada as intervenções, foi solicitado que as participantes respondessem à matriz de análise das vantagens e desvantagens (Apêndice 6) de cada condição de treino, as respostas podem ser visualizadas na Tabela 14.

Tabela 14.

Relatos sobre as vantagens e desvantagens da utilização da condição de treino A (CTa) e da Condição de treino B (CTb)

Participantes	CTa		CTb	
	Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens
P1	<p>“Eu sou muito indisciplinada, então seguir uma dieta era uma forma de me obrigar a comer direito, só que mesmo com o plano eu sempre comia coisas que não estavam escritas lá, principalmente no fim de semana quando meu marido “tá” aqui, né? A dieta era boa, mas eu não conseguia seguir a risca”.</p>	<p>“Quando você tem uma dieta pra seguir, um plano alimentar né? Tudo que você come que não “tá” lá parece que vai ser o fim de mundo, eu pedia até desculpa pra nutricionista quando isso acontecia”.</p>	<p>“Não precisava seguir uma dieta escrita então quando eu comia algo que antes não estava na dieta eu não me sentia mais culpada. Poder comer o que eu gosto de vez em quando é ótimo, com essa dieta eu já podia, mas mesmo assim eu achava que era errado mas agora eu vi que não era isso que ia me engordar”.</p>	<p>“Acho que não tem nenhuma, mas a perda de peso que eu acho que fica mais demorada né? Ainda é difícil não focar no peso, mas eu “tô” progredindo aos poucos”.</p>
P2	<p>“Não era difícil de seguir a dieta, mas eu não via diferença na balança e se era pra eu me privar das coisas que eu queria comer então pelo menos tinha que “tá” diminuindo de peso”.</p>	<p>“Ter que seguir uma dieta é chato, eu podia comer varias coisas, mas mesmo assim eu sempre queria o que não “tava” na dieta”.</p>	<p>“Eu gostei porque eu “tava” vendo que eu “tava” perdendo peso sem fazer a dieta, e isso é legal, não precisa evitar comer nada! Eu também percebi nas conversas com as meninas</p>	<p>“Não tenho nada de ruim pra falar, eu gostei muito da experiência e quero continuar praticando”.</p>

Tabela 14.

Relatos sobre as vantagens e desvantagens da utilização da condição de treino a (CTa) e da Condição de treino B (CTb) (continuação)

Participantes	CTa		CTb	
	Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens
			que eu não era a única que passava por dificuldades “pra” emagrecer”.	
P3	“Como tem várias coisas que eu não posso comer por causa da minha religião, a dieta ajudou mais em relação às quantidades que eu podia consumir”.	“Quando eu saía da dieta eu comia logo tudo que eu queria e no dia seguinte voltava pra dieta diminuindo um pouco as porções pra compensar, mas isso me deixava muito culpada e triste”.	“Eu adorei, eu senti que a minha ansiedade melhorou e agora eu não fico descontando as coisas na comida, agora eu como só porque me deu vontade mesmo”.	“Em relação às práticas, eu tive um pouco de dificuldade “pra” me acostumar, mas com o tempo vai ficando mais fácil e você consegue ver os impactos na sua vida”.
P4	“Seguir a dieta foi relativamente fácil, tudo era bem variado e de acordo com a minha rotina, eu até podia comer as coisas que eu gostava de vez em quando”.	“Eu vou pra muitos eventos sociais então pra mim era muito difícil não poder comer as coisas que eu queria, mas eu sempre seguia tudo direitinho e matinha o foco, mas também quando eu saía um pouco da dieta eu me sentia culpada”.	“Me deu a sensação de que eu podia ter controle sobre a minha alimentação, e que o peso não é o mais importante no meu tratamento”	“Acredito que não tenha nenhuma desvantagem, eu reconheço que o processo é lento, mas vai durar mais do que me matar fazendo dieta e depois engordar de novo”.

Como mostra a Tabela 14, todas as participantes encontraram mais vantagens nas intervenções utilizadas na CTb. Os principais pontos citados como vantagens foram o maior controle sobre a ingestão de alimentos, não ficando sob o controle de um plano alimentar restritivo e a melhora das características emocionais como a ansiedade, que podiam levar ao

comer emocional. Quanto as desvantagens, apenas P1 citou que achava que talvez a perda de peso pudesse ser mais lenta com este tipo de intervenção, o que não foi o caso, como mostram os resultados.

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

Apesar de terem sido publicados diversos estudos que avaliam diferentes estratégias de emagrecimento, ainda não existe um modelo ideal de tratamento. Normalmente, os resultados de perda de peso não são sustentados em longo prazo, seja pela baixa adesão à dieta e/ou às medicações prescritas (Serdula et al., 2003).

Cassin et al. (2012) pesquisou sobre a terapia cognitivo comportamental no tratamento de obesos submetidos à cirurgia bariátrica em relação a sua viabilidade, aceitabilidade e efetividade. Nesta pesquisa, os participantes foram atendidos em seis sessões individuais de terapia, sendo avaliados a patologia alimentar e o funcionamento psicossocial após a intervenção. A maioria dos participantes do estudo referiu melhora na gravidade da compulsão alimentar, na alimentação emocional e na depressão, e, todos os participantes referiram feedback positivo em relação a intervenção. A terapia cognitivo comportamental teve como foco ensinar habilidades de enfrentamento que pudessem ser utilizadas antes ou após o procedimento cirúrgico, por exemplo: agendamento de refeições saudáveis e lanches em intervalos de tempo regulares, planejamento de atividades prazerosas alternativas ao comer excessivo e planejamento para situações alimentares difíceis. Interveio-se também para a redução da vulnerabilidade à alimentação emocional através da resolução de problemas e reestruturação de pensamentos disfuncionais.

A terapia cognitivo comportamental pode ser ainda combinada com o tratamento dietético padrão, fazendo com que os efeitos do tratamento tenham maior duração após a finalização deste (Esteves, 2011; Werrij et al., 2007). Em outras palavras, a combinação do tratamento dietético padrão com a TCC, produz menos recaída, diminuindo a frequência de comportamentos alimentares inadequados em obesos, do que quando estes são tratados apenas com orientação nutricional.

É importante levar em consideração que quando se fala de tratamento, é necessária uma abordagem multidisciplinar. O nutricionista e o restante da equipe de saúde devem trabalhar em conjunto para modificar os comportamentos associados ao peso e à alimentação. A conduta do profissional de nutrição nos últimos anos tem sido orientada por meio de publicações governamentais que estimulam que as ações de educação alimentar e nutricional sejam pautadas na promoção do autocuidado e da autonomia, por meio de uma interação próxima e horizontal, com escuta ativa, em que seja realizada uma construção partilhada de saberes, de práticas e soluções, além da ênfase na valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar e na busca de soluções contextualizadas e no reorientar da comensalidade, estimulando também o ato de comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e na companhia de familiares e amigos, para que o paciente aproveite melhor os alimentos que consome e desfrute de modo mais completo os prazeres proporcionados pela alimentação, dando ao ato de comer um grande valor (Brasil, 2012; Brasil, 2014).

Follow up

No *follow up* foram realizados questionamentos sobre a manutenção dos comportamentos de adesão instalados durante as condições de treino da pesquisa. As respostas das participantes podem ser visualizadas na Tabela 15.

Tabela 15.

Respostas das participantes aos questionamentos realizados durante o Follow up

	P1	P2	P3	P4
Você está fazendo alguma dieta atualmente?	<i>“Não, mas de vez em quando eu dou uma olhada nela [dieta calculada na CTa]”.</i>	<i>“Não, nadinha”.</i>	<i>“Não, mas eu acho que “tô” fazendo umas escolhas mais saudáveis pra minha alimentação”.</i>	<i>“Não, nenhuma”.</i>
Você tem se pesado ultimamente? Isso te trás algo positivo?	<i>“Não me pesei mais desde o ultimo encontro do grupo”</i>	<i>“Não tenho me pesado”.</i>	<i>“Não, acho que não me faz bem ficar me pesando o tempo todo”.</i>	<i>“Sim. Eu acho que me faz um pouco mal porque se eu não perdi nada eu fico me perguntando o que eu fiz de errado”.</i>
Você continua praticando os exercícios de atenção plena?	<i>“Olha, eu faço, mas parei um pouco nos fins de semana”.</i>	<i>“Com certeza, eu adoro”.</i>	<i>“Sim, eu tenho tentado fazer em todas as atividades, principalmente quando eu tenho mais tempo”.</i>	<i>“Eu tento mas como eu sei que na semana seguinte ninguém vai me cobrar nada ai eu fico com um pouco de preguiça”.</i>
Você conseguiu respeitar sua fome e saciedade?	<i>“Na maioria dos dias sim”.</i>	<i>“Sim”.</i>	<i>“Acredito que sim”.</i>	<i>“Eu acho que sim, mas às vezes eu dou umas exageradas, reconheço...”.</i>
Você tem se sentido ansiosa? Se sim, tem descontado na comida?	<i>“Não muito”.</i>	<i>“Quase nada!”.</i>	<i>“Na maior parte do tempo, não, mas quando eu sinto tem vezes que desconto na comida mesmo”.</i>	<i>“De vez em quando, mas eu consigo perceber se eu preciso comer mesmo por causa disso. Às vezes eu como só porque eu sei que vai fazer eu me sentir melhor mesmo”.</i>
De que forma você vê a sua melhora?	<i>“Eu emagreci né? Mas, além disso, eu vi uma melhora na minha organização e</i>	<i>“A, na forma que eu comendo os alimentos, com certeza, parece que tenho mais</i>	<i>“Nas escolhas que eu tenho feito. Elas fazem eu me sentir mais saudável”.</i>	<i>“Eu vejo na balança, não vou negar, mas também vi em relação a como eu usava a</i>

Tabela 15.

Respostas das participantes aos questionamentos realizados durante o Follow up (continuação)

	P1	P2	P3	P4
		<i>na questão de liberdade respeitar quando eu sabe?”. “tô” com fome e quando eu não quero mais comer”.</i>		<i>comida na minha vida”.</i>
Você acha importante o acompanhamento nutricional contínuo?	<i>“Com certeza, eu entendi que nem sempre precisa de dieta, mas o acompanhamento é necessário mesmo!”.</i>	<i>“Claro, sempre tem coisa que precisa melhorar”.</i>	<i>“Sim”.</i>	<i>“Nossa, com certeza, eu vejo que tem muita coisa que a nutrição pode contribuir na nossa vida”.</i>

Por meio das respostas das participantes podemos perceber que nenhuma estava seguindo a dieta utilizada na CTa, mas optaram por manter as atividades utilizadas na CTb, além disso, também relataram a diminuição do peso e a melhora da relação com a comida.

Em relação ao peso, as participantes P1 e P4 apresentaram ganho de peso de 0,9 kg e 0,6 kg, respectivamente, enquanto P2 e P3 mantiveram a perda de peso, diminuindo 0,9 kg cada uma. Em relação ao Índice de Massa Corporal, apesar da perda de peso, todas as participantes se mantiveram na mesma classificação desde a linha de base até o *follow up*. As participantes P1 e P2 foram classificadas com obesidade grau I e as praticantes P3 e P4, com sobrepeso.

No entanto, os estudos com *follow up* de pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, mesmo os de curto período de tempo, abordam apenas se houve ou não recidiva de peso (Bardal et al., 2016; Garroni et al., 2014; Greenway, Kaplan, Livingstone, Salvador, & Still, 2010; Heber, & Benedetti, 2009; Herpertz et al., 2004; Karlsson et al., 1998; Odom et al., 2010; Kofman et al., 2010) e/ou o comparecimento e frequência às consultas (Bardal,

Ceccatto & Mezzomo, 2016; Bastos et al., 2013; Khorgami, Zhang, Messiah, & Cruz-Muñoz, 2015; Marchesini & Baretta, 2015; Mattos et al., 2010; Rodrigues et al. 2005; Scabim et al. 2012; Wadden et al., 1992), classificando dessa forma se houve ou não aderência ao tratamento. Além disso, pesquisas com técnicas diferentes da prescrição dietética convencional como a de atenção plena em pacientes pós cirurgia bariátrica (Engstrom, 2007; Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Irwin, S. R., 2008; Chacko et al., 2016; Wnuk et al., 2017), ainda são escassos. Estudos que utilizaram mais de um tipo de intervenção não foram encontrados até o momento.

Conclusão

A percepção de apoio familiar foi caracterizado como satisfatório por duas participantes e para as outras duas a família não apoiava nem dificultava o tratamento, o que pode sugerir alguma uma maior dificuldade para a adesão às terapêuticas de modo geral. Por outro lado, o estágio de prontidão para mudança de comportamento foi modificado do estágio de “Ação” para o estágio de “Manutenção” após segunda intervenção, mostrando que a motivação para a mudança de comportamento melhorou e que tendia a ser mantida.

A intervenção com plano alimentar mostrou bom efeito em relação à composição corporal em curto prazo, porém, parece ter contribuído para aumentar os níveis de ansiedade e a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais. Quanto à intervenção comportamental, esta parece ser eficaz em longo prazo, uma vez que auxiliou no aumento da auto-observação e nas mudanças positivas no comportamento alimentar e na ansiedade. No entanto, é possível que o efeito sobre o peso e outras medidas biológicas seja gradual, portanto, um acompanhamento multiprofissional regular em longo prazo parece ser necessário para emitir reforço social que motive os pacientes a manter comportamentos de adesão mesmo na ausência de melhorias nos marcadores biológicos.

Quanto à percepção das vantagens e desvantagens de cada condição de treino, todas as participantes relataram maiores vantagens na intervenção utilizando técnicas de nutrição comportamental, mantendo os comportamentos instalados nessa condição de treino no *follow-up* mensal.

Referências

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (2014). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Rocca.
- Adami, G. F. (2011). Feeding Behavior and Body Mass Index. In: Preedy VR et al., editor. Handbook of behavior, food and nutrition. New York: Springer. p. 891-910.
- Aills. L., Blankenship. J., Buffington. C., Furtado, M., & Parrot, J. (2008). ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. SOARD 4. S73-S108.
- Almeida, S.S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos em Psicologia*, 17(1), 153-160.
- Assis, M. A., & Nahas, M. V (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição (Campinas)*, 12, 33-41.

Albuquerque, L. C., & Ferreira, K. V. D. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *14*, 143-155. doi: 10.1590/S0102-79722001000100012

Albuquerque, N. M. A., Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. (2004). Análise do papel de variáveis sociais e de consequências programadas no seguimento de instruções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17*, 31-42. doi: 10.1590/S0102-79722004000100006

Alvarenga, M., Figueiredo, M., Timerman, F., & Antonaccio, C. (2015). *Nutrição Comportamental*. Barueri: Editora Manole Ltda.

Alvarez-Leite, J. I., & Diniz, M. T. C. (2013). *Nutrição e metabolismo em cirurgia bariátrica*. São Paulo: Editora Atheneu.

American Association of Clinical Endocrinologists/ The Obesity Society/ American Association of Metabolic and Bariatric Surgery [AACE/TOS/ASMBS] (2008). Guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, *4*, 109-184.

American Association of Clinical Endocrinologists/ The Obesity Society/ American Association of Metabolic and Bariatric Surgery [AACE/TOS/ASMBS] (2013). Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of

Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity*, 21. doi:10.1002/oby.20461

American College of Sports Medicine [ACSM] (2016). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (8th ed., pp 28, 65, chapter10). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. 2010. American College of Sports Medicine. ACSM's, Measuring and Evaluating Body Composition.

Arantes, F. B. (2008). O Impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal: uma perspectiva dos cônjuges masculinos [dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO] (2016). *Cirurgia Bariátrica: a situação atual no Brasil*. Retrieved from <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO] (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade*. São Paulo: Retrieved from <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO] (2017). *Brasil lança meta para diminuir a obesidade até 2019*. Retrieved from <http://abran.org.br/para-publico/brasil-lanca-meta-para-diminuir-obesidade-ate-2019/>

- Bacon L, Stern J. S., Van Loan M. D., & Keim N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*. 105, 929-936.
- Baldwin, T., & Falciaglia, G. A. (1995). Application of cognitive behavioral theories to dietary change in clients. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, 95 (11), 1315-1317. doi: 10.1016/S0002-8223(95)00344-4.
- Baptista, M. N., Vargas, J. F., & Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 235-247.
- Barbieri, A. F., & Mello, R. A. (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*. 10(1), 133-153. doi: 10.20396/conex.v10i1.8637693
- Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia Medica*. 16(4): 10. doi: 10.15448/1980-6108.2016.4.24224
- Bardone-Cone, A. M., Brownstone, L. M., Higgins, M. K., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Harney, M.B. (2013). Anxiety, Appearance Contingent Self-Worth and Appearance Conversations with Friends in Relation to Disordered Eating: Examining Moderator Models. *Cognitive Therapy Research*, 37, 953-963.

- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(1), 26-32. doi: 10.1590/S0102-67202013000600007
- Baum, W. M. (1999). Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura (Maria Teresa Araujo Silva et al., Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda (Obra original publicada em 1994).
- Barlow, D. H., & Durand, M. R. (2015). Transtornos de ansiedade. In.: *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. Tradução Noveritis do Brasil. Revisão Técnica: Thaís Cristina Marques dos Reis. 2ª edição. São Paulo: Cengage Learning. 125-130.
- Beleli, C. A. V., Concon Filho, A., Silva, R. M., Camargo, M. A., Scopin, D. R. (2011). Fatores preditivos na perda ponderal de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-de-Roux. *Bariátrica e Metabólica Ibero-Americana*, 1(1), 16-23. doi: 10.1590/S0102-67202013000600007
- Bellisle, F. & Dalix, A. (2001). Cognitive restraint can be offset by distraction, leading to increased meal intake in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74, 197–200.
- Bertolin, M. N. T., & Slater, B. (2012). Aplicação do modelo transteórico em estudos de nutrição. In: R. W., Diez-Garcia & A. M., Cervato-Mancuso (Org.). *Nutrição e*

metabolismo – mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 215-220.

Blatt, S. (2008). *Polarities of Experiences: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blundell, J. (1998). A fisiologia do controle do apetite. In: A., Halpern, A. G. Matos, H. L., Suplicy, M. C., Mancini, & M. T., Zanella (Org.). *Obesidade*. (103-11). São Paulo: Lemos Editorial. p.103-11.

Bohm, C. H., Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental Bohm, C. H., Gimenes, L. S. *Revista Psicolog*. 1(1). Retrieved from http://www.cemp.com.br/arquivos/39088_73.pdf

Bonadeo, J., Vogt, J., & Chielle, E. O. (2015). Avaliação da concentração sérica de resistina em obesos adultos jovens: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. 9(54), 265-271. ISSN 1981- 9919.

Boog, M. C. F. (2004). Educação Nutricional: por quê e pra quê?. *J. UNICAMP, Campinas*, 260, 2-8.

Brito, C. L. S., Bystronski, D. P., Mombach, K. D., Stenzel, L. M., & Repetto, G. (2005). Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental. *Projeto Diretrizes*. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel*

Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira [GAPB]*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde. 156 p. : il.

Brasil. *Portal Brasil*. (2014). Retrieved from <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>

Brasil. (2014). *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf

Brasil. (2012). *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Buchwald, H., & Oien, D. M. (2013). Metabolic/bariatric surgery worldwide. *Obesity Surgery*, 23(4), 427-436. doi: 10.1007/s11695-012-0864-0

Burton-Freeman, B. (2000). Dietary fiber and energy regulation. *Journal of Nutrition*, 30(2), 272S-5S.

Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., & Péneau, S. (2016). Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity*, 24(5), 1154-1161. doi: 10.1002/oby.21440

- Cassady, D., Jetter, K. M., Culp, J. (2007). Is price a barrier to eating more fruits and vegetables for low-income families? *Journal of the American Diet Association*, 107(11), 1909-15.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R. & Parickh, S. V. (2012). Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), 529-543. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.10.002>
- Cambi, M. P. C., Marchesini, S. D., & Baretta, G. A. P. (2015). Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(1), 40-43. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-67202015000100011>
- Cambraia, R. P. B. (2004). Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 17(2), 217-225. doi: [10.1590/S1415-52732004000200008](https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000200008)
- Camilo, D. F., Ribeiro, J. D., Toro, A. D. C., Baracat, E. C. E., & Filho, A. Z. B. (2010). Obesity and asthma: association or coincidence? *Jornal de Pediatria*, 86(1), 6-14. doi: [10.2223/JPED.1963](https://doi.org/10.2223/JPED.1963)
- Carvalho Junior, A, Turato, E. R., Chaim, E. A., & Magdaleno Junior, R. (2014). Weight regain among women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 140-146. doi: [10.1590/2237-6089-2013-0041](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0041)

- Casella, G., Oricelli, E., Giannotti, D., Collalti, M., Maselli, R., Genco, A. Redler, A., & Basso, N. (2016). Long-term results after laparoscopic sleeve gastrectomy in a large monocentric series. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(4), 757-762. doi: 10.1016/j.soard.2015.09.028
- Casseb, M. S. (2005). *Prevenção em diabetes: efeitos do treino de automonitoração na redução de fatores de risco*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Cezaretto, A. (2010). *Intervenção interdisciplinar para a prevenção de diabetes mellitus sob a perspectiva da psicologia: benefícios na qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ciampolini, M., Lovell-Smith, D., & Sifone, M. (2010). Sustained self-regulation of energy intake. Loss of weight in overweight subjects. Maintenance of weight in normalweight subjects. *Nutrition & Metabolism*, 7(4).
- Cohen, R., & Cunha, M. R. (2004). *A obesidade* (p.135-140). São Paulo: Publifolha.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, H. B. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high risk factors following bariatric surgery. *Obesity*, 16(3), 615-622.

- Comério, I. M. S., Ferreira, V. A., & Riul, T. R. (2009). Alimento e corpo signo: um estudo a respeito das concepções de corpo, alimentação e estilo de vida de universitárias. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 3(13), 69-76. ISSN 1981-9919.
- Considine, R. V., Sinha, M. K., Heiman M. L., Kriauciunas, A., Stephens, T. W., Nyce, M.R., et al. (1996). Serum immunoreactive-leptin concentrations in normal-weight and obese humans. *New England Journal of Medicine*. 1;334(5):292–5. doi: 10.1056/NEJM199602013340503
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. (Trad. V. P. L. Sampaio). São Paulo: Roca.
- Coqueugniot, M., Pateiro, L. F., Pampillón, N., Reynoso, C., De Rosa, P., & Pagano, C. (2017). Impacto do nível da escolaridade, a perda de peso antes da cirurgia, o acompanhamento nutricional e a participação em grupos de apoio na manutenção da perda ponderal pós cirurgia bariátrica. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(10), S222–S223. doi: 10.1016/j.soard.2017.09.495
- Cornier, M. A., Salzberg, A. K., Endly, D. C., Bessesen, D. H., Rojas, D. C., & Tregellas, J. R. (2009). The effects of overfeeding on the neuronal response to visual food cues in thin and reduced-obese individuals. *PLoS ONE*, 4(7):e6310. doi: 10.1371/journal.pone.0006310
- Dalcanale, L., Oliveira, C. P., Faintuch, J., Nogueira, M. A., Rondó, P., Lima, V. M., Mendonça, S., Pajekki, D., Mancini, M., & Carrilho, F. J. (2010) Long-term nutritional

outcome after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 20(2), 181-187. doi: 10.1007/s11695-009-9916-5

Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 21(3), 159–65.

Damiani, D., & Damian, D. (2011). Sinalização cerebral do apetite. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 9(2), 138-45. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1828.pdf>

Delitti, M. (2001). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (org.). *Sobre o comportamento e cognição* (2), 35-42. São Paulo: ESETec.

Dodd, J. M., Grivell, R. M., Crowther, C. A., & Robinson, J. S. (2010). Antenatal interventions for overweight or obese pregnant women: a systematic review of randomised trials. *BJOG*, 117(11), 1316–26. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02540.x.

Dovey, T. M. (2010). *Eating Behaviour*. United Kingdom: McGraw-Hill.

Douglas, C. R. (2002). Controle da ingestão alimentar. In: Douglas CR. *Tratado de fisiologia aplicada à nutrição*. São Paulo: Robe. 1046p.

Drapeau, V., Provencher, V., Lemieux, S., Despres, J. P., Bouchard, C., & Tremblay, A. (2003). Do 6-y changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from

the Quebec Family Study. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 27, 808-814.

Duarte, M. I. X. T. et al. (2014). Impacto Sobre Qualidade de Vida, Perda de Peso e Comorbidades: um estudo comparando o desvio biliopancreático com o interruptor duodenal e o bypass gástrico roteado Roux-em-y. *Arquivos de Gastroenterologia*, 51(4), 320-327. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032014000400010>

Eduardo, C. A., Silva, A. A., Viana, G. C. P., Cruz, C. D., & Rocha, R. L. P. (2017). Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. 7:e1173. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1173>

Esteves, P. F. C. S. S. (2011). *Obesidade – Revisão Bibliográfica*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde. Covilhã.

Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R. T., McEvoy, P., Fursland, A., & Nathan, P. R. (2013). Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 905-913.

El Ansari, W., Adetunji, H., & Oskrochi, R. (2014). Food and mental health: relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university students in the United Kingdom. *Central European Journal of Public Health*, 22(2), 90-97.

- Engström, M., Wiklund, M., Ólsen, M. F., Lönroth H., & Forsberg, A. (2011). The meaning of awaiting bariatric surgery due to morbid obesity. *The Open Nursing Journal*, 5, 1-8. doi: 10.2174/1874434601105010001.
- Faria, S. L., Kelly, E. O., Lins, R. D., & Faria, O. P. (2010). Nutritional management of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20. 135-139.
- Ferraz, E. M., Arruda, P. C. L., Bacelar, T. S., Ferraz, A. A. B., Albuquerque, A. C., & Leão, C. S. (2003). Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *CBC - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 30(2), 98-105. doi: 10.1590/S0100-69912003000200004
- Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre o comportamento de autocuidado*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: M.A. Crepaldi, M.B.M. Linhares & G.B. Perosa (Orgs.). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fiates, G. M. R., Salles, R. K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*. 14(Suppl 0), 3-6. doi: 10.1590/S1415-52732001000400001
- Fletcher, M. (2015). *Hunger and Fullness Rating Scale Graphic*. In: Discover Mindful Eating for Kids: 75 Activities for Picky Eaters, Overeaters, Speed Eaters and Every Kid In-

Between. Skelly Skills: 1^a ed. Retrieved from
<https://mindfuleatingforkids.wordpress.com/keep-learning/professional-handouts/>

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

Freire, R. H., Borges, M. C., Alvarez-Leite, J. I., & Toulson D. C. M. I. (2012) Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after roux-en-y gastric bypass. *Nutrition*, 28(1), 53-58. doi: 10.1016/j.nut.2011.01.011

Freitas, P. P. (2015). *Impacto de intervenção nutricional, pautada no modelo transteórico para controle de peso, na Atenção Primária: ensaio clínico controlado randomizado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

French Agency for Food, Environmental and Occupational Health & Safety (ANSES). (2010). Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d’amaigrissement: rapport d’expertise collective [Risk assessment of dietary weight loss practices: collective expertise report]. Nancy, France: Impr Bialec; pp. 1-58.

Friedman, J. M. (2009). Leptin at 14 y of age: an ongoing story. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89(3), 973-979. doi: 10.3945/ajcn.2008.26788B

- Fulwiler, C., Brewer, J. A., Sinnott, S., & Loucks, E. B. (2015). Mindfulness-Based Interventions for Weight Loss and CVD Risk Management. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 9(10). doi:10.1007/s12170-015-0474-1
- Garroni, F. L., Bacellar, A. C. B., Lima, D. C. G., D'Augustin, J., Silva Júnior, V. L., Panazzolo, D. G., Barroso, B. B., & Aguiar, L. G. K. (2014). Taxas de reganho ponderal em pacientes bariátricos acompanhados na Policlínica Piquet Carneiro. *Revista HUPE*, 13(1), 94-100 doi:10.12957/rhupe.2014.9812
- Giluk T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and Affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 805-811. doi: 10.1016/j. paid.2009.06.026
- Glisenti, K., & Strodl, E. (2012). Cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy for treating obese emotional eaters. *Clinical Case Studies*, 11(2), 71-88.
- Gomes, D. L., de Almeida Oliveira, D., Dutra, E. S., Pizato, N. & de Carvalho, K. M. B. (2016). Resting Energy Expenditure and Body Composition of Women with Weight Regain 24 Months After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 26(7), 1443 – 1447
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 430Y9.
- Goñi, E., & Fernández, A. (2009). El autoconcepto. In Grandmontagne, A. G. (Coord.). *El autoconcepto físico*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Greener, J., Douglas, F., & van Teijlingen E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social Science & Medicine*, 70(7), 1042-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.017. Epub 2010 Jan 26.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. In: Nabuco, C., Guilhardi, H. J. (Org.) *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas Clínicas*. São Paulo: Editora Roca.
- Gunderson, E. P. (2009). Childbearing and obesity in women: weight before, during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 36(2), 317-32. doi: 10.1016/j.ogc.2009.04.001
- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Harris, J. A., & Benedict, F. G. (1919). *A biometric study of basal metabolism in man*. Boston: Carnegie Institution of Washington.
- Haynes, C., Lee, M. D., & Yeomans, M. R. (2003). Interactive effects of stress, dietary restraint, and disinhibition on appetite. *Eating Behaviors*, 4, 369-383.
- Heber, D., Greenway, F. L., Kaplan, L. M., Living-stone, E., Salvador, J., & Still, C. (2010). Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: An endocrine

society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 95, 4823-4843. doi:10.1210/jc.2009-2128

Herman, C. P. & Polivy, J. (1984). A Boundary Model for the regulation of eating. In A. B. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 141-156). New York: Raven Press.

Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Haberbrand, J., & Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, 12(10), 1554-1569. doi:10.1038/oby.2004.195

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida. Brasil e Grandes Regiões. (2015). Rio de Janeiro: IBGE. Retrieved from <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion Books.

Kalarchian, M. A., & Marcus, M.D. (2003). Management of the bariatric surgery patient: Is there a role for the cognitive behavioral therapist? *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 112-119.

Karlsson, J., Sjoostrom, L., & Sullivan, M. (1998). Sweedish Obese Subjects (SOS) - an intervention study of obesity: two year follow-up of health – related quality of life

(HRQL) and eating behaviors after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 22(2), 113-127.

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>

Kennedy, G. C. (1953). The role of depot fat in the hypothalamic control of food intake in the rat. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 15, 140(901), 578–96. doi: 10.1098/rspb.1953.0009

Khorgami, Z., Zhang, C., Messiah, S. E., & de la Cruz-Muñoz, N. (2015). Predictors of postoperative aftercare attrition among gastric bypass patients. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 10(2):79-83

Korner, J., Bessler, M., Inabnet, W., Taveras, C., & Holst, J. J. (2007). Exaggerated GLP-1 and Blunted GIP Secretion are Associated with Roux-en-Y Gastric Bypass but not Adjustable Gastric Banding. *Surgery for obesity and related diseases*, 3(6), 597–601. doi: 10.1016/j.soard.2007.08.004

Kristeller, J. (2003). Mindfulness, wisdom and eating: applying a multi-domain model of meditation effects. *Journal Constructivism in the Human Sciences*, 8:107Y18.

- Kristeller, J. L., & Hallett, B. (1999). Effects of a meditation-based intervention in the treatment of binge eating. *Journal of Health Psychology, 4*, 357–363.
- Kristeller, J. K., & Epel, E. (2014). Mindful eating and mindless eating: the science and practice. In A. Ie, C. T. Ngnoumen, & E. J. Langer (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* (pp. 913– 933). New York: John Wiley & Sons
- Kyle, U. G., Bosaeus, I., De Lorenzo, A. D., Deurenberg, P., Elia, M., Gomez, J. M., Heitmann, B. L., Kent-Smith, L., Melchior, J., Pirlich, M., Scharfetter, M., Schols, A. M. W. J., & Pichard, C. (2004). Bioelectrical impedance analysis- part II: utilization in clinical practice. *Clinical Nutrition, 23*(6), 1430–1453. doi: 10.1016/j.clnu.2004.09.012
- Koehnlein, E. A., Salado, G. A., & Yamada, N. A. (2008). Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica, Maringá, 1*(23), 56-65.
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity, 18*, 1938-1943.
- Langer, F. B., Shakeri-Leidenmühler, S., Bohdjalian, A., Schoppmann, S., Zacherl, J., Felberbauer, F. X., Vila, G., & Prager, G. (2010). Strategies for weight regain after sleeve gastrectomy. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques, 20*(3), 159-161. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181e24f3b

- LaBar, K. S., Gitelman, D. R., Parrish, T. B., Kim, Y. H., Nobre, A.C., Mesulam, M. M. (2001) Hunger selectively modulates corticolimbic activation to food stimuli in humans. *Behavioral Neuroscience*, 115(2), 493–500. doi: 10.1037/0735-7044.115.2.493
- Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M., & Charles, M. A. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83, 132-138.
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 324-327.
- Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Irwin, S. R. (2008). A cognitivebehavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive Behavioral Practice*, 15, 364–375. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/dee8/6da559eb3fd117a33ef8b0b37bbca64e7fdd.pdf>
- Lechner, L., Brug, J., De Vries, H., van Assema, P., Mudde, A. (1998). Stages of change for fruit, vegetables and fat intake: consequences of misconception. *Oxford University Press*, 13(1), 1-11. doi: 10.1093/her/13.1.1-a
- Lemmens, S. G., Rutters, F., Born, J. M., Westerterp-Plantenga, M. S. (2003). Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiology & Behavior*, 103, 157-163.

- Levenstein, H. (2003). *Revolution at the table: the transformation of the American diet*. Berkeley: University of California Press.
- Lévy-Strauss, C. (1997). The Culinary Triangle. In C. Counihan & P. Van Esterik (Eds.), *Food and Culture: A Reader* (pp. 28-35). New York and London: Routledge. (1. ed. original 1966)
- Lima, L.S. (2012). *Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica*. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília- Brasil.
- Ling, A. M., & Horwath, C. (2000). Defining and measuring stages of change for dietary behaviors: readiness to meet fruit, vegetable, and grain guidelines among chinese singaporeans. *Journal American of Dietetics Association*, 100, 898-904.
- Liu, C., Xie, B., Chou, C. P., Koprowski, C., Zhou, D., et al. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China seven cities. *Physiology & Behavior*, 92(4), 748-754.
- Lourenço, A. S. A. (2016). *Ingestão de Alimentos como Mecanismo de Regulação da Ansiedade*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa- Portugal.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50:1-11.

- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B.C., Callejas, F., & Pareja, J.C. (2008). Long term weight regain after gastric bypass: a five-year prospective study. *Obesity Surgery*, *18*, 648- 651.
- Malerbi, F. E. K., & Ferreira, E. A. P. (2014). Contribuição da psicologia para a promoção da saúde da pessoa portadora de diabetes. In E.M.F. Seidl & M.C.O.S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 103-126). Curitiba: Juruá Editora.
- Malta, D. C., Moraes Neto, O. L., & Silva Junior, J. B. (2011). Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *20*(4), 425-438. doi: 10.5123/S1679-49742011000400002
- Mancini, M. C., et al (1997). Correlação entre nível sérico de leptina e adiposidade em mulheres. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, *41*(3), 117-120.
- Marchesini, J. B. (2006). A história da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In A. R. Marcondes-Franques & M. S. Arendes-Loli (Eds.), *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp. 13-22). São Paulo: Vetor.
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *23*(2), 108-113. doi: 10.1590/S0102-67202010000200010

- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67– 84). Washington DC: American Psychological Association.
- Martins, L. C. C. O., Ferreira, E. A. P., Silva, L. C. C., & Almeida, F. P. (2015). Seguimento de Regras Nutricionais em Crianças com Excesso de Peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31*(1), 33-41. doi:10.1590/0102-37722015011465033041
- Mattos, F. C. C., Frossard, R. C., Cohen, L., & Rosado, E. L. (2010). Adesão e eficácia do acompanhamento nutricional no pré-operatório de pacientes submetidos a gastroplastia redutora em Y de Roux em um Hospital Federal Militar do Rio de Janeiro. *Metabólica*, *11*(1), 5-11.
- Mazzeo, S. E., Saunders, R., & Mitchell, K.S. (2005). Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*. *6*:189-96. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.12.001
- Mechanick, J. I, Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, T., Hurley, D. L., McMahon, M. M et al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the Bariatric Surgery Patient – 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric surgery (AACE/TOS/ASMBS Guidelines). *Endocrine Practice*, *19*(2).
- Meier, M., & Ferreira, M. M. (2004). *Psicologia do emagrecimento*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Menatti, A. R., Weeks, J. W., Levinson, C. A., & McGowan, M. M. (2013). Exploring the Relationship Between Social Anxiety and Bulimic Symptoms: Mediation Effects of Perfectionism Among Females. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 914-922.
- Metropolitan Life Foundation. (1983). Metropolitan height and weight tables. *Metropolitan Life Foundation, Statistical Bulletin, 64* (1), 2-9. 32.
- Meyer, S. B. (2001). O conceito de análise funcional. Em M. Delitti (org.). *Sobre o comportamento e cognição (v.2)*, pp. 29-34. São Paulo: ESETEC.
- Miller, N. H., Hill, M, Kottke, T., & Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: a statement for health care professionals. *Circulation (95)*, 1085-1090.
- Moizé, V. L Pi-Sunyer, X., Mochari, H., & Vidal, J. (2010). Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. *Obesity Surgery, Oxford, 20*(8), 1133-1141 doi: 10.1007/s11695-010-0160-9
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness, 4*(3), 269-274. doi: 10.1007/s12671-012-0124-3
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Moreira, R. A. M., Santos, L. C., & Lopes, A. C. S. (2012). A qualidade da dieta de usuários de serviço de promoção da saúde difere segundo o comportamento alimentar obtido pelo modelo transteórico. *Revista de Nutrição*, 25(6), 719-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000600004>

Morris, K. L., & Zemel, M. B. (1999) Glycemic index, cardiovascular disease and obesity. *Nutrition Review*: New York, 7(9) pt.1, 273-276.

Mota, G., & Zanesco, A. (2007). Leptina, Grelina e Exercício Físico. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*, 51: 25-32. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n1/02.pdf>

Mrazek, M. D., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2012). Mindfulness and mind-wandering: Finding convergence through opposing constructs. *Emotion*, 12, 442-448. doi: 10.1037/a0026678

Moura, A. S., Sa, C. C. F., Costa, C. L., Vicente, L. L., Guerreiro, S. M., & Pinto, A. M. (2002). Association between nutrition and gender during lactation influencing glucose homeostasis and blood pressure of the adult offspring. *Biology of the Neonate*, 82(4), 263- 270. doi: 10.1159/000065889

Murta, S. G. (2008). A prática grupoterápica sob o enfoque psicoeducativo: uma introdução. In S. G. Murta. *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos*. Goiânia: Porã Cultura.

- Natacci, L. C., & Ferreira Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394. doi: 10.1590/S1415-52732011000300002
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos de Emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93-100.
- Novais, P. F. S., Resera Junior, I.; Leite, C. V. S., & Oliveira, M. R. M. (2010). Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica – derivação gástrica em Y-de-Roux. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(3), 303-10. doi: 10.1590/S0004-27302010000300009
- Obeidat, F., Shanti, H., Mismar, A., Albsoul, N., Al-Qudah, M. (2015). The magnitude of antral resection in laparoscopic sleeve gastrectomy and its relationship to excess weight loss. *Obesity Surgery*, 25(10):1928–32. doi: 10.1007/s11695-015-1642-6
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., Altattan, M., Balasubramaniam, M., Gibbs, D. S., Krause, K. R., Chengelis, D. L., Franklin, B. A., & McCullough, P. A. (2010) Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(3), 349-356. doi: 10.1007/s11695-009-9895-6

Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., Souza, J. S., & Oliveira, A. C. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2):124-32. doi: 10.1590/S0004-27302003000200006

Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B & Jesus, M. C. P. (2014). A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 970-976. doi: 10.1590/S0080-623420140000700002

Oliveira, M. R. M., & Fortes, R. C. (2014). Efeitos da Gastroplastia Redutora com Derivação Intestinal em Y de Roux sobre a obesidade grave e síndrome metabólica: uma revisão de literatura. *Comunicação em ciências da saúde*, 24(3), 267-280. doi: 10.1590/0102-6720201600s10006

Oliveira, N. R. (2017). *Impacto psicológico em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica*. – Patrocínio: Centro Universitário do Cerrado. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário do Cerrado Patrocínio. Curso de Psicologia.

O'Reilley, G., Cook, L., Spruijitt-Metz, D., & Black, D. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, 15, 453Y61.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. (Technical Report Series, 854), Genebra: OMS.

- Palmeira, A. L., Teixeira, P. J., Branco, T. L., Martins, S. S., Minderico, C., & Sardinha, L. B. (2007). *Exercise motivational stage of change during behavioral weight management: associations with subjective well-being and Quality of Life*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Palmeira/publication/256090410
- Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. (2004). Análise do papel de variáveis sociais e de consequências programadas no seguimento de instruções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 31-42. doi: 10.1590/S0102-79722004000100006
- Prada, P. O., Zecchin, H. G., Gasparetti, A. L., Torsoni, M. A., Ueno, M., Hirata, A. E., et al. (2005). Western diet modulates insulin signaling, c-Jun N-terminal kinase activity, and insulin receptor substrate-1ser307 phosphorylation in a tissue-specific fashion. *Endocrinology*, 146(3), 1576–87. doi: 10.1210/en.2004-0767
- Penaforte, F. R., Matta, N. C., Japur, C. C. (2016). Associação entre estresse comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde*, 11(1), 225-237.
- Peneaud, S., Menard, E., Mejean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97: 1307-1313
- Pereira, I. D. F., Barbosa, V. M. O., Rodrigues, S. C., Freitas, M. B. (2008). *Aconselhamento dietético: possibilidade para a nutrição clínica a partir de uma experiência em extensão popular*. Anais de Saúde, UFPB-PRAC, X Encontro de Extensão Popular. João Pessoa.

Retrieved

from

http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDNOUT_03.pdf

Pereira, J. C. (2017). *Caracterização psicológica de pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica*. Dissertação (mestrado) do programa de pós-graduação em psicologia e saúde. Faculdade de medicina de São José do Rio Preto.

Perri, M.G., & Corsica, J. A. (2003). Treatment of obesity. In S. Llewelyn & P. Kennedy (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp.135-157) West Sussex, England: John Wiley and Sons.

Polacow, V., Costa, A. C., & Figueiredo, M. (2015). Comer com atenção plena (*mindful eating*). In M. S. Alvarenga, et al. (Org.). *Nutrição Comportamental*. Barueri: Manole.

Pories, W. J., et al. (1995). Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Annals of Surgery*, 222(3), 339-52.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. Retrieved from <http://sundhedsmotivation.dk/wp-content/uploads/2016/12/Stages-of-Change-Prochaska-1983.pdf>

- Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W., Heather, N. (eds). *Treating addictive behaviors*. New York : Plenum Press, p.3-27. Retrieved from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Provencher, V., Begin, C., Tremblay, A., et al. (2009). Health-at-every-size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, *109*, 1854-1861.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity a review and update. *Obesity (Silver Spring)*, *17*;941-64.
- Rasmussem, L. B., Matthiessen, J., Biloft-Jensen, A. & Tetens, I. (2007). Characteristics of misreporters of dietary intake and physical activity. *Public Health Nutrition*, *10*(3), 230-237.
- Ravelli, M. N. (2013). *Padrão alimentar de mulheres obesas que subnotificam ou não a ingestão energética*. Araraquara, SP. Dissertação (mestrado em Ciências Nutricionais) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP.
- Riobó, P., Bobadilla, B. F., Kozarcewski, J. M., Moya, J. M. F. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, *18*(5), 233-237.
- Roberts, S. B. (2000). High-glycemic index foods, hunger, and obesity: is there a connection? *Nutrition Reviews*, *58*(6), 163-169. doi: 10.1111/j.1753-4887.2000.tb01855.x

- Rodrigues, E. M., Soares, F. P. T. P., Boog, M. C. F. (2005). Resgate do conceito de aconselhamento Nutricional no contexto do atendimento nutricional. *Revista de Nutrição*, 18(1).
- Rodrigues, M. A., & Seidl, E. M. F. (2015). Apoio social e reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. *Temas em Psicologia*, 23(4), 1003-1016. doi: 10.9788/TP2015.4-15
- Rolland, C., Johnston, K. L., Lula, S., Macdonald, I., & Broom, J. (2014). Long-term weight loss maintenance and management following a VLCD: a 3-year outcome. *International Journal of Clinical Practice*, 68:379-87. doi: 10.1111/ijcp.12300
- Rolls, B. J. (2000). The role of energy density in the overconsumption of fat. *Journal of Nutrition*, 130(2): 268S-71S. doi: 10.1093/jn/130.2.268S
- Rolls, E. T. (2012). Taste, olfactory and food texture reward processing in the brain and the control of appetite. *Proceedings of the Nutrition Society*, 71:488-501.
- Rozin, P., Fischler, C. Imada, S. Sarubin, A. & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite - Journal – Elsevier*.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>

- Sande-Lee, S. et al. (2011). *Reversibilidade parcial de alterações na função cerebral após perda de peso em humanos obesos*. Campinas, SP : [s.n.]. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- Sant'Anna, E. M. C. (2016). *O impacto do Mindfulness na adesão ao tratamento para perda de peso em mulheres inférteis e portadoras de síndrome dos ovários policísticos com sobrepeso ou obesidade* [manuscrito]. Belo Horizonte. 64f.
- Santos, F. & Teixeira, W. B. (2008). O profissional de educação física em uma equipe interdisciplinar de cirurgia bariátrica. *Bariátrica & Metabólica. Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*, 1(4), 24-8.
- Santos, P. L. (2010). *Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Scabim, V. M., Eluf-Neto, J., & Tess, B. H. (2012). Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. *Revista de Nutrição*, 25(4), 497-506.
- Scagliusi, F. B. & Lancha Júnior, A. H. (2003). Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Revista de Nutrição*, 16(4), 471-481.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M. S., Fabbri, A.D., Queiroz, G. K. O., Polacow, V. O., Lourenço, B. H., et al. (2011). *Protocolo de terapia nutricional para pacientes com*

bulimia nervosa. In M. S. Alvarenga, F. B. Scagliusi, & S. T. Philippi (Org.). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole.

Segal, A. (2002). *Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental*. In A. Halpern, & M. C. Mancini. *Manual de Obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca.

Serdula, M. K., Khan, L. K., & Dietz, W. H. (2003). Weight loss counseling revised. *JAMA*, 289(14), 1747-1759. doi: 10.1001/jama.289.14.1747

Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 555- 560. doi: 10.1002/jclp.20602

Silva, D. R. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos Válidos para a População Portuguesa* (Vol. I, pp. 45-60). Coimbra: Quarteto.

Silva, F. B. L. (2012). *Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y de roux*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília.

Silva, M. O. (2014). *A cirurgia bariátrica, os fatores relacionados ao seu sucesso e o papel do enfermeiro nesse processo* [monografia]. Brasília, DF: Centro Universitário de Brasília. Retrieved from <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/35/5661/1/TEXTO%20MONOGRAFIA.pdf>

- Silva, R. F. & Kelly, E. O. (2014). Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao bypass gástrico em y de roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 8(47), 134-141. ISSN 1981-9919
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827–35
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52(5), 270-277. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0062535>
- Skinner, B. F. (1969/1984). *Contingências do reforço: Uma análise teórica*. Em Pavlov-Skinner da Coleção Os Pensadores (tradução de R. Azzi e R. Moreno), São Paulo: Editora Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cutrix (Obra original publicada em 1974).
- Skinner, B. F. (1998). *Uma Análise do Modelo de Explicação no Behaviorismo Radical* (10ª ed.) (J. C. Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Slochower, J., & Kaplan, S. P. (1980). Anxiety, perceived control, and eating in obese and normal weight persons. *Appetite*, 1, 75-83

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. (2012). *Consenso Bariátrico Brasileiro*. Retrieved from http://www.scbcb.org.br/imagens/pdf/consenso_baraitrico_brasileiro.pdf

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. (2016). *Psicologia na cirurgia bariátrica*. Retrieved from <https://www.scbcbm.org.br/psicologia/>

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. (2017a). *Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2016*. Retrieved from <https://www.scbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. (2017b). *Técnicas Cirúrgicas*. Retrieved from <https://www.scbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/#1508950079023-d8a0025b-4492>

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM]. (2017c). *O papel do nutricionista na cirurgia bariátrica*. Retrieved from <https://www.scbcbm.org.br/o-papel-do-nutricionista-na-cirurgia-bariatrica/>

Soh, N. L., & Brand-Miller, J. (1999). The glycaemic index of potatoes: the effect of variety, cooking method and maturity. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53(4), 249-254. doi: 10.1038/sj.ejcn.1600713.

Sousa, K. O., & Johann, R. L. V. O. (2014). Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Psicologia Argumento*, 32(79), 155-164. doi: 10.7213/psicol.argum.32.079.AO10

- Sumithran, P., Prendergast L, A., Delbridge, E., et al. (2011). Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *New England Journal of Medicine*, 365, 1597-1604.
- Straub, O. R. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Suyeon, K., & Moustaid-Moussa, N. (2000). Secretory, endocrine and autocrine/paracrine function of adipocyte. *Journal of Nutrition* 130: 3110S-315S. doi: 10.1093/jn/130.12.3110S
- Tang, Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews | Neuroscience*, 16. doi:10.1038/nrn3916
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53-79.
- Tinoco, R. C. (2004). Complicações da cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 3(4):4-8.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 22 (3), 533-550.

- Tremblay, A., Sheeran, L., & Aranda, S. (2008). Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause, 15*, 193-202.
- Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive Eating*. (3rd ed.). New York: St. Martin's Press.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(6), 1641-1650. doi: 10.1590/S1413-81232007000600025
- Tuominen, J. A., et al (1997). Serum leptina concentration and fuel homeostasis in healthy man. *European Journal of clinical investigation, Oxford, 27*(3), 206-211.
- Velloso, L. A., & Schwartz, M. W. (2011). Altered hypothalamic function in diet-induced obesity. *International Journal of Obesity, 35*(12), 1455-65. doi: 10.1038/ijo.2011.56
- Venzon, C. N. & Alchieri, J. C. (2014). Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *Psico, 45*(2), 239-249.
- Veras, R. F. S., & Oliveira, J. S. (2009). Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, 10*(3), 132-138.
- VIGITEL. (2014) *Mulheres são maioria no número de obesos que fazem cirurgia de redução de estômago*. Retrieved from

[Http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2015/07/mulheres-sao-maioria-no-numero-de-obesos-que-fazem-cirurgia-de-reducao-de-estomago-em-joinville-4792797.html](http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2015/07/mulheres-sao-maioria-no-numero-de-obesos-que-fazem-cirurgia-de-reducao-de-estomago-em-joinville-4792797.html)

- Wadden, T. A., Foster, G. D., Wang, J., Pierson, R. N., Yang, M. U., Moreland, K., et al. (1992). Clinical correlates of shortand long-term weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *56*(1Suppl), 271S-4S.
- Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2010). The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eat Disord*;19:34Y48.
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. A., & Hospers, H. J. (2007). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, *67*(4), 315-324.
- Williams, D. L., & Schwartz, M. W. (2011). Neuroanatomy of body weight control: lessons learned from leptin. *Journal of Clinical Investigation*, *1*;121(6):2152–5. doi: 10.1172/JCI58027
- Williams, M., & Penaman, D. (2015). *Atenção plena*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Wing, R. R., & Jeffery, R.W. (1999). Benefits of recruiting participantes with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *67*, 132-138.

- Wnuk, S. M., Du, C. T., Van Exan, J. Wallwork, A., Warwick, K., Tremblay, J., Kowgier, M., & Sockalingam, S. (2017). Mindfulness-Based Eating and Awareness Training for Post-Bariatric Surgery Patients: a Feasibility Pilot Study. *Mindfulness*, 9(4):1-12. doi: 10.1007/s12671-017-0834-7
- Wolever, T. M. (2000). Dietary carbohydrates and insulin action in humans. *British Journal of Nutrition*, 83 (1):S97-102. doi: 10.1017/S0007114500001021
- Wolfe, W. A. (2004). A review: maximizing social support - A neglected strategy for improving weight management with african-american women. *Ethnicity & Disease*, 14, 212-218.
- Wouters, E. J., Larsen, J. K., Zijlstra, H., van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2011). Physical activity after surgery for severe obesity: the role of exercise cognitions. *Obesity Surgery*, 21(12):1894-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-010-0276-y>
- Woods, S. C., & D'Alessio, D. A. (2008). Central control of body weight and appetite. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 11(1):37–50. doi: 10.1210/jc.2008-1630
- Woods, S. C., Seeley, R. J., Porte. J. R. D., & Schwartz, M.W. (1998). Signals that regulate food intake and energy homeostasis. *Science*. 280: 1378-83.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva. Report a WHO Consultation on Obesity.

World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for actions*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO Expert consultation*. WHO Technical Report Series, n° 916. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Physical Activity Recommendations*: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>

World Obesity Federation [WHO]. (2014). *Policy & prevention*. Retrieved from <http://www.worldobesity.org/what-wedo/policy-prevention/policy-updates/>

Zeve, J. L. M., Novais, P. O., & Oliveira Júnior, N. (2012). Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Revista Ciência & Saúde*, 5(2), 132-140. doi: 10.15448/1983- 652X.2012.2.10966

Zilberstein, B. & Carreiro, D. M, (2004). *Mitos e realidades sobre obesidade e cirurgia bariátrica*. São Paulo. Editora Metha.

APÊNDICES

Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará / Instituto de Ciências da Saúde /Programa de Pós-graduação em Neurociência e comportamento

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma pesquisa sobre os efeitos de dois tipos de intervenção nutricional no perfil nutricional, comportamento alimentar, ansiedade e qualidade de vida de pacientes com ganho de peso após 24 meses de *bypass* gástrico e *sleeve*. Com os resultados deste estudo, poderemos entender melhor as dificuldades encontradas após 2 anos de cirurgia, como dificuldade de manter o peso perdido, retorno de aumento de glicemia e colesterol e de aderir a uma alimentação saudável. Estes dados poderão ser úteis para estabelecer a melhor conduta nesses casos. As informações iniciais serão coletadas por meio de 3 entrevistas sobre dados da cirurgia, comportamento alimentar e nível de ansiedade e qualidade de vida além de avaliação de seu peso e estatura e de sua composição corporal. Esses dados serão coletados pela pesquisadora responsável. Será necessário ainda que a senhora realize exames de sangue. Além destas etapas, coletaremos algumas informações em seu prontuário, como seus pesos anteriores e a data de sua cirurgia.

Caso seja verificado que a senhora apresentou ganho de peso importante após a cirurgia bariátrica que realizou, a senhora será convidado a participar de uma segunda etapa desta pesquisa, na qual a senhora terá um acompanhamento nutricional, receberá orientações nutricionais e terá encontros semanais no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) ou na Faculdade de Nutrição da UFPA, em datas e horários pré-definidos. Durante os encontros, serão feitas perguntas sobre a qualidade e quantidade das refeições que a senhora realiza para auxiliar na redução do seu peso e prevenir as complicações da cirurgia.

Sua participação em nosso estudo é VOLUNTÁRIA e a senhora poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízos para a continuidade de seu atendimento e tratamento no ANCIB. A senhora não é obrigada a responder alguma pergunta caso se sinta constrangida. As informações coletadas ficarão com a pesquisadora responsável que manterá sua identidade em sigilo. Portanto, não serão divulgadas suas informações pessoais, as respostas serão usadas apenas para análise dos dados do grupo de participantes. Em caso de dúvida, estamos à disposição para esclarecê-las a qualquer momento da pesquisa através do contato disponibilizado abaixo, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revistas e congressos científicos.

Preparo para exames a serem realizados durante a pesquisa:

Bioimpedância Elétrica: A sra deverá comparecer ao local do exame em jejum de no mínimo 12 horas, bem hidratado (consumo de 2 a 4 copos de água aproximadamente 2 horas antes do teste e esvaziar a bexiga exatamente antes), sem realização de exercício nas 4 a 6 horas anteriores e sem consumir álcool e café nas últimas 24 horas anteriores ao exame.

Análise bioquímica: A sra deverá comparecer ao laboratório em jejum de 12 horas.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável – Amanda Chaves Marcuartú

Telefone para contato: (91) 993289136 / e-mail: amanda-marcuartu@hotmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para análise.

Belém, ____/____/____

ASSINATURA DA PARTICIPANTE

Apêndice 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número: _____ Data da coleta: _____

Nome:	Tel Residencial:	Celular:
Idade:	Data de nascimento:	
Endereço:	Data da Cirurgia:	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Desquitado ou separado judicialmente () Divorciado () Viúvo		
Escolaridade (qual a última série que estudo com aprovação): () Analfabeto () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Fund. Completo () Ens. Med. Incompleto () Ens. Med. Completo () Ens. Técnico () Ens. Superior Incompleto () Ens. Superior Completo () Pós – Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado)		
Renda média familiar: _____ Número de pessoas no domicílio: _____		
Motivo da cirurgia/ decisão de fazer a cirurgia:		
Peso inicial pré-cirúrgico:	Menor peso alcançado:	
COMORBIDADES*		
Pré-cirúrgicas: () DM2 () HAS () SASO () DCV () DSLP () Nenhuma () Outros: _____		
Comorbidades atuais: () DM2 () HAS () SASO () DCV () DSLP () Nenhuma () Outros: _____		
Medicamentos:		
Utiliza suplementos alimentares? Polivitaminico e polimineral (centrum, all 26) () Vitamina D () Cálcio () Ferro () Vitamina B12 ()		
Assiduidade às consultas da nutrição no pós-operatório (PO): - Quantas consultas realizou no primeiro ano pós operatório com a nutrição? - Após o primeiro ano de PO a quantas consultas compareceu?		
Realização da cirurgia plástica - Realizou cirurgia plástica? () SIM () NÃO - Se sim, qual? _____ - Quando foi a primeira (mês/ano)? _____		

DM2: Diabetes mellitus 2; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; SASO: Síndrome da Apnéia do Sono; DCV: Doenças cardiovasculares; DSLP: Dislipidemias.

Apêndice 3 - ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA E DE ADESÃO AO TRATAMENTO

A) Informações sobre o contexto familiar relacionado à doença:

- 1) Dentre as pessoas que residem com você, quantas possuem diagnóstico de obesidade ou realizaram a cirurgia bariátrica? Quem são elas? Fazem acompanhamento com a equipe de saúde?
- 2) Há outros familiares ou pessoas com quem você conviva com obesidade ou que também fizeram a cirurgia bariátrica? Quem são eles? Fazem acompanhamento?

B) Aspectos Históricos:

- 1) Quais orientações nutricionais você recebeu depois que fez a cirurgia bariátrica?
- 2) Quanto tempo depois da cirurgia você iniciou o tratamento nutricional?
- 3) Desde as primeiras orientações até hoje, houve alguma mudança nas orientações recebidas?
- 4) Você está ingerindo alguma medicação para controlar o peso? Qual? Quem prescreveu? (Investigar se foi sob orientação médica)
- 5) Além das orientações nutricionais que você recebeu àquela época, que outros recursos você tem utilizado para controlar o peso? (investigar o uso de práticas alternativas como fitoterápicos, por ex.).
- 6) Antes de você decidir realizar a cirurgia bariátrica, você já havia realizado outro(s) tratamento(s) para a obesidade? Qual (is)?
- 7) Quais os resultados obtidos com estes tratamentos? (Investigar história de sucesso no seguimento de regras).

Apêndice 4 - RECORDATÓRIO 24 HORAS

Nome: _____

DATA: __/__/____

DIA DA SEMANA: _____

Horário/Refeição	Alimento Consumido e Preparação	Quantidade	Local

Apêndice 5 - FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, DE
COMPOSIÇÃO CORPORAL E DOSAGEM BIOQUÍMICA

NOME: _____

BIOIMPEDÂNCIA	DATA DA COLETA					
	Kg	%	Kg	%	Kg	%
Gordura corporal						
Massa livre de gordura						
ANTROPOMETRIA						
Peso atual						
Estatura						
IMC atual						
Reganho de peso						
DADOS BIOQUÍMICOS						
Glicose de jejum						
Hemoglobina glicada						
Insulina de jejum						
Dosagem de Leptina						
HOMA-IR						
Colesterol Total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						

Apêndice 6- MATRIZ DE ANÁLISE DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DE CADA
CONDIÇÃO DE TREINO.

	Vantagens	Desvantagens
Condição-Treino A		
Condição-Treino B		

Dia 5	Notas		
Refeição	Antes	Durante	Depois
Dia 6	Notas		
Refeição	Antes	Durante	Depois
Dia 7	Notas		
Refeição	Antes	Durante	Depois

Obs:

Apêndice 8– ORIENTAÇÃO PADRONIZADA



Universidade Federal do Pará / Instituto de Ciências da Saúde /Programa de Pós-graduação em Neurociência e comportamento

Dez passos para uma alimentação adequada e saudável

(Adaptado do Guia Alimentar para a população Brasileira)

1- Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos in natura ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

2- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias

Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

3- Limitar o consumo de alimentos processados

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a

composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.

4- Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

5- Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

6- Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

7- Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

8- Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

9- Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de comida a quilo podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem comida caseira em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

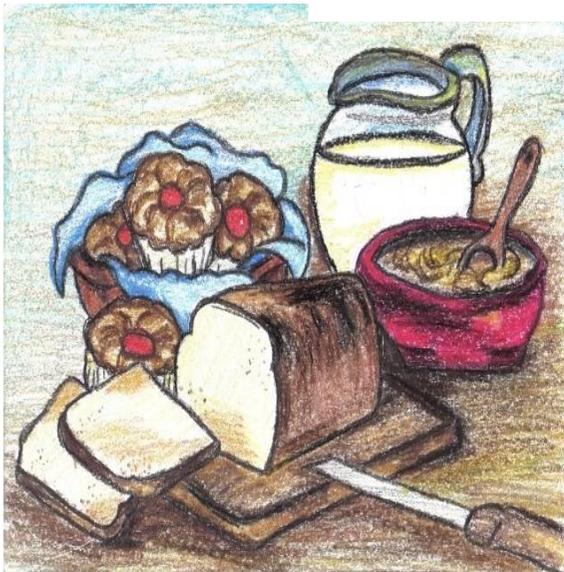
10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

Suplementação polivitamínica e mineral

Todo o paciente submetido à Cirurgia Bariátrica terá que repor diversos nutrientes e vitaminas que o organismo não consegue absorver dos alimentos ou absorve apenas uma parte. Estas reposições serão por toda a sua vida!

	Bypass gástrico	Gastrectomia vertical (Sleeve)
Polivitamínicos e minerais	Sim (2 doses/dia)	Sim (1 dose/dia)
Ferro * Suplementação oral deve ser realizada em doses fracionadas e separadamente ao suplementos de cálcio, medicações anti-ácidas e alimentos ricos em fitatos e polifenóis.	Sim (quando indicado) 45-60 mg/dia	Sim (quando indicado) Homens e pessoas sem histórico de anemia ferropriva: pelo menos 18 mg/dia (proveniente do polivitamínico) Mulheres que menstruam: Pelo menos 45-60 mg/dia
Vitamina B12	350-500 mcg/dia (oral – tabletes dispersíveis, sublingual ou líquida) 1000 mcg/ mês (intramuscular)	
Ácido fólico	400-800 mcg (oral – geralmente já presente no polivitamínico) 800-1000 mcg (mulheres em idade fértil)	
Citrato de cálcio	Sim 5000-10.000 UI/dia	Sim 1200-1500 mg/dia
Vitamina D	Pelo menos 3000 UI/dia para manter níveis de 25-OH-vit D >30 ng/mL *preferencialmente na forma de colecalciferol	
Zinco e cobre	Sim, como parte do polivitamínico	
Selênio	Sim, como parte do polivitamínico	
Outras vitaminas lipossolúveis	Não	



Alimentar-se de forma saudável pode auxiliar na manutenção da saúde, na prevenção e tratamento de doenças. É benéfico tanto para o aspecto físico, quanto o mental. Uma pessoa que se alimenta de forma saudável possui mais disposição para realizar suas atividades diárias e tem sua autoestima melhorada. Pensando nisso, a equipe do projeto ANCIB preparou receitas práticas para uma alimentação saudável.

Bom apetite!



Projeto ANCIB

Coordenadoras:

Daniela Lopes Gomes

Carolina Vieira Bezerra

Naiza Nayla Bandeira



Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Nutrição

Prática Culinária 0



Nutricionista Amanda Marcuartú

DESJEJUM
OMELETE NUTRITIVO

Ingredientes

- 1 ovo
- 1 colher de sopa de aveia
- 1 colher de sopa de farelo
- 2 colheres de sopa de extrato de tomate
- 1 colher de chá de queijo ralado
- Sal
- Orégano
- Manjericão à gosto
- 1 colher de chá de azeite (pode substituir por óleo ou pela manteiga de azeite).

Modo de Preparo

Bata bastante o ovo, depois vá acrescentando os outros ingredientes um a um e misturando bastante; depois aqueça uma frigideira antiaderente com azeite e coloque toda a mistura, depois de mais ou menos 1 min vire, vá virando até que esteja toda durinha e cozida.



ALMOÇO OU JANTAR
DELÍCIA DE ABOBRINHA

Ingredientes:

- 2 abobrinhas médias
- 200 g de ricota amassada com o garfo
- 1 ovo;
- 2 colheres (sopa) de cheiro-verde picado;
- 1 pote de iogurte natural desnatado
- 1 xícara (chá) de farinha de trigo
- 1 colher (chá) de fermento em pó
- 2 colheres (chá) de azeite de oliva

Modo de preparo:

Rale as abobrinhas no ralo grosso e deixe descansar, em uma peneira, por cerca de 10 minutos. Misture o restante dos ingredientes. Modele bolinhas e coloque-as em uma assadeira untada com parte do azeite. Pincele as bolinhas com o restante do azeite e asse em forno alto (200 °C), preaquecido, por cerca de 20 minutos.



LANCHES OU CEIA
PÃO DE QUEIJO DE FRIGIDEIRA

Ingredientes:

- 1 ovo
- 1 colher de sopa de requeijão, cottage ou creme de ricota
- 1 colher de sopa bem cheia de goma de tapioca ou polvilho azedo ou doce
- ½ colher de sopa de farinha de linhaça dourada ou chia
- Sal a gosto

Modo de preparo:

Bata todos os ingredientes em uma frigideira pequena e untada, coloque 1/3 da massa. Escolha o recheio de sua preferencia e coloque o resto da massa. Tampe a panela e faça em fogo mínimo, e quando estiver bem cozido, vire e termine de assar.





Cuidados Básicos de Higiene

Deve-se evitar:

- Provar alimentos com as mãos. Ao provar com uma colher, não colocá-la novamente no recipiente antes de lavá-la;
- Fumar durante o trabalho;
- Tocar em dinheiro;
- Passar as mãos no cabelo durante a atividade;
- Usar o uniforme fora da área de trabalho;
- Enxugar o suor do rosto com as mãos, pano de prato ou avental;
- Coçar-se ou assoar o nariz durante a manipulação de alimentos;
- Usar cabelos compridos e barba;
- Anéis, brincos, pulseiras e roupas com botões para que não caiam sobre os alimentos.



Projeto ANCIB

Coordenadoras:

Daniela Lopes Gomes

Carolina Vieira Bezerra

Naiza NaylaBandeira



Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Nutrição

Prática Culinária 02



BELÊM - 2018

Nutricionista Amanda Marcuartú

DESJEJUM

PÃO DE QUEIJO DE TAPIOCA**Ingredientes:**

- 4 colheres de sopa de tapioca
- 1 colher de sopa de creme de ricota, queijo ralado (2 colheres de sopa)

Modo de Preparo:

Misturar a massa e fazer bolinhas e colocar no forno por 20 min, não precisa untar a forma.



ALMOÇO OU JANTAR

ESCONDIDINHO DE BATATA DOCE COM FRANGO**Ingredientes**

- 500 g de batata doce cozida e espremida
- 500 g de peito de frango cozido e desfiado,
- Temperos a gosto (sal, alho, cebola, orégano, pimenta cayena, páprica doce e cheiro verde picadinho)
- 1 e 1/2 colheres de sopa de farinha de coco ou de aveia (ou outra farinha da sua escolha)
- 2 colheres de sopa requeijão light
- 1 gema de ovo, queijo de sua preferência
- 2 colheres de sopa de gergelim para confeitaria

Modo de preparo: Misture com as batatas cozidas a farinha e o requeijão (pode ser com o fogo desligado); depois coloque em um refratário grande de vidro uma camada de frango e outra da mistura; Espalhe a gema por cima com as costas de uma colher de sopa e salpique gergelim;

Derrame o queijo por toda a massa; leve ao forno por 20 minutos e depois sirva ainda quente.

LANCHES OU CEIA

BISCOITOS DE AVEIA, COCO E PASSAS**Ingredientes:**

- 1 xícara de açúcar mascavo
- 1 ovo
- 1 xícara de farinha de trigo
- ½ xícara de castanha-do-Pará picada
- ½ xícara de coco ralado
- 1 xícara de margarina derretida
- 1/2 xícara de uva passa
- 1 colher de chá cheia.

Modo de preparo:

Adicionar e misturar todos os ingredientes num recipiente até formar uma massa consistente. Feito isso, moldar os biscoitos no tamanho desejado. Colocá-los numa assadeira untada e, em seguida, em forno baixo (180°C) pré-aquecido, entre 20 a 30 minutos – ou até que os biscoitos fiquem dourados.



Apendice 10– QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA O *FOLLOW UP*

- 1- Você está fazendo alguma dieta atualmente?
- 2- Você tem se pesado ultimamente? Isso te traz algo positivo?
- 3- Você continua praticando os exercícios de atenção plena?
- 4- Você tem conseguido respeitar sua fome e saciedade?
- 5- Você tem se sentido ansiosa? Se sim, tem descontado na comida?
- 6- De que forma você vê a sua melhora?
- 7- Você acha importante ter um acompanhamento nutricional contínuo?

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso	
Altura	
IMC	

ANEXOS

Anexo 1 - MODELO TRANSTEÓRICO

1 – Você alguma vez mudou seus hábitos alimentares tentando comer de forma mais saudável?

Sim () Vá para a questão 2

Não () Vá para a questão 4

Não se lembra () Vá para a questão 4

2 – Você está comendo ou tentando comer de forma mais saudável, atualmente?

Sim () Vá para a questão 3

Não () Vá para a questão 7 (Relapso)

Não sabe () Vá para a questão 4

3 – Há quanto tempo você vem comendo ou tentando comer de forma mais saudável?

Menos de 6 meses () Vá para a questão 6 (Ação)

6 meses ou mais () Vá para a questão 6 (Manutenção)

Não se lembra () Vá para a questão 6

4 – Durante o último mês você pensou sobre mudanças que você poderia fazer para comer de forma mais saudável?

Sim () Vá para a questão 5

Não () Vá para a questão 7 (Pré-contemplação)

Não sabe () Vá para a questão 7

5 – Qual o grau de confiança de que você vai fazer mudanças de maneira que se alimente de forma mais saudável no próximo mês?

Muito confiante () Vá para a questão 6 (Decisão)

Bem confiante () Vá para a questão 6 (Decisão)

Pouco confiante () Vá para a questão 6 (Contemplação)

Muito pouco confiante () Vá para a questão 6 (Contemplação)

Não sabe () Vá para a questão 6

6 – Que tipo de mudança você tem feito ou espera fazer em sua alimentação?

7 – Assinale quais os fatores que influenciam nas suas escolhas de alimentação:

- Conveniência
- Sabor/gosto da comida
- Preço da comida/alimentos
- Hábito ou rotina
- Vontade da família
- Tentar emagrecer
- Tentar comer de forma mais saudável
- A decisão é de outra pessoa
- Qualidade dos alimentos

8 – Quais as dificuldades que você encontra para tentar comer de forma mais saudável?

Anexo 3- QUESTIONÁRIO ADAPTADO DOS TRÊS FATORES ALIMENTARES

NOME: _____ nº _____

<p>1. Por conta própria você reduz as porções de alimentos que consome para controlar seu peso.</p> <p>() Totalmente verdade (4)</p> <p>() Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>() Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>() Totalmente falso (1)</p>	1
<p>2. Você começa a comer quando se sente ansioso(a).</p> <p>() Totalmente verdade (4)</p> <p>() Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>() Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>() Totalmente falso (1)</p>	2
<p>3. Às vezes, quando você começa a comer, sente que perde o controle e come mais do que seu estômago tolera.</p> <p>() Totalmente verdade (4)</p> <p>() Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>() Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>() Totalmente falso (1)</p>	3
<p>4. Quando você se sente triste, frequentemente come demais.</p> <p>() Totalmente verdade (4)</p> <p>() Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>() Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>() Totalmente falso (1)</p>	4
<p>5. Você não come alguns alimentos porque eles engordam.</p> <p>() Totalmente verdade (4)</p>	5

<input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	
6. Estar com alguém que está comendo dá, frequentemente, vontade de comer também. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	6
7. Quando se sente tensa ou estressada, frequentemente sente que precisa comer. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	7
8. Frequentemente, sente tanta fome que acaba comendo demais e engasgando e/ou vomitando <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	8
9. Você sempre está com tanta fome que é difícil parar de comer sem terminar toda a comida que colocou no prato. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	9
10. Quando se sente solitário(a), se consola comendo. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4)	10

<input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	
11. Você, conscientemente, se controla nas refeições para evitar ganhar peso. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	11
12. Quando sente o cheiro de um alimento saboroso, acha muito difícil evitar comer, mesmo que tenha terminado de comer há muito pouco tempo. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	12
13. Você sempre está com tanta fome o bastante para comer a qualquer hora. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	13
14. Se você se sente nervoso(a), tenta acalmar comendo. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	14
15. Quando vê algo que parece muito delicioso, frequentemente fica com tanta fome que tem que comer imediatamente. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4)	15

<input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	
16. Quando se sente depressivo(a), quer comer. <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	16
17. O quanto frequentemente você evita guardar (fazer estoque, guardar em casa) comidas tentadoras? <input type="checkbox"/> Quase nunca (1) <input type="checkbox"/> Raramente (2) <input type="checkbox"/> Frequentemente (3) <input type="checkbox"/> Quase sempre (4)	17
18. O quanto você estaria disposto a fazer um esforço para comer menos do que deseja? <input type="checkbox"/> Não estou disposto (1) <input type="checkbox"/> Estou um pouco disposto (2) <input type="checkbox"/> Estou relativamente bem disposto (3) <input type="checkbox"/> Estou muito disposto (4)	18
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome? <input type="checkbox"/> Quase nunca (1) <input type="checkbox"/> Raramente (2) <input type="checkbox"/> Às vezes (3) <input type="checkbox"/> Pelo menos 1 vez por semana (4)	19
20. Com qual frequência você fica com fome? <input type="checkbox"/> Somente nos horários das refeições (1)	20

<input type="checkbox"/> As vezes entre as refeições (2) <input type="checkbox"/> Frequentemente entre as refeições (3) <input type="checkbox"/> Quase sempre (4)	
<p>Em uma escala de 1 a 8 em que 1 significa nenhuma restrição alimentar e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?</p> <input type="checkbox"/> 1 (1) <input type="checkbox"/> 2 (1) <input type="checkbox"/> 3 (2) <input type="checkbox"/> 4 (2) <input type="checkbox"/> 5 (3) <input type="checkbox"/> 6 (3) <input type="checkbox"/> 7 (4) <input type="checkbox"/> 8 (4)	21
<p>1 Significa: Eu como tudo o que quero e sempre que quero. 8 significa: Eu limito constantemente o que como, nunca cedo.</p>	

Anexo 4- QUESTIONÁRIO DO INQUÉRITO DO VIGITEL

Número: _____ Data: ____/____/_____

1. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? () sim () não
2. Qual? () Caminhada (não vale deslocamento para trabalho) () Caminhada na esteira () Corrida () Musculação () Ginástica aeróbica (spinning, step, jump) () Hidroginástica () Ginástica em geral () Natação () Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô) () Bicicleta () Futebol () Basquetebol () Voleibol () Tênis () outros Qual: _____
3. O (a) sr (a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? () sim () não - (pule para Q6)
4. Quantos dias na semana por semana o (a) sr (a) costuma praticar exercício físico ou esporte? _____ dias
5. No dia que o (a) sr (a) costuma praticar exercício físico ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? _____ minutos
6. Nos últimos três meses, o (a) sr (a) trabalhou? () sim () não - (pule para Q10)
7. No seu trabalho, anda bastante a pé? () sim () não
8. No seu trabalho, o (a) sr (a) carrega peso ou faz outra atividade pesada? () sim () não
9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, escola e/ou compras faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? () sim () não
10. Quanto tempo por dia, o (a) sr (a) gasta para ir e voltar nesse trajeto? _____ minutos
11. Você costuma fazer a faxina da sua casa sozinho? () sim – (pule Q13) () não
12. A parte mais pesada da faxina fica com: () você () outra pessoa () ambos
13. Em média, quantas horas por dia o (a) sr (a) costuma ficar assistindo televisão? _____ horas

Anexo 5 - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR

Nome:	Prontuário:
<p>1. Antes da cirurgia, como foi o apoio da sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia?</p> <p><input type="radio"/> Minha família não me apoiou (1)</p> <p><input type="radio"/> Não dificultaram nem me apoiaram (2)</p> <p><input type="radio"/> Me apoiaram parcialmente (3)</p> <p><input type="radio"/> Me apoiaram completamente (4)</p>	
<p>2. Qual a sua satisfação antes da cirurgia com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia?</p> <p><input type="radio"/> Fiquei muito insatisfeito (1)</p> <p><input type="radio"/> Não fiquei satisfeito nem insatisfeito (2)</p> <p><input type="radio"/> Fiquei um pouco satisfeito (3)</p> <p><input type="radio"/> Fiquei muito satisfeito (4)</p>	
<p>3. Atualmente, como você considera o apoio da sua família para seu tratamento?</p> <p><input type="radio"/> Não me apóiam (dificultam meu tratamento) (1)</p> <p><input type="radio"/> Não dificultam nem me apóiam (2)</p> <p><input type="radio"/> Me apóiam parcialmente (3)</p> <p><input type="radio"/> Me apóiam completamente (4)</p>	
<p>4. Atualmente, qual a sua satisfação com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento?</p> <p><input type="radio"/> Estou muito insatisfeito (1)</p> <p><input type="radio"/> Não estou satisfeito nem insatisfeito (2)</p> <p><input type="radio"/> Estou parcialmente satisfeito (3)</p> <p><input type="radio"/> Estou muito satisfeito (4)</p>	

Anexo 6– ESCALA DE PERCEPÇÃO DE FOME E SACIEDADE

ESCALA DE FOME E SACIEDADE

(Adaptado de Fletcher, 2015)

Anexo 7– ATIVIDADE DE ATENÇÃO PLENA EM ATIVIDADES ROTINEIRAS DIÁRIAS

Escolha uma atividade rotineira (escovar os dentes, andar de um aposento a outro em casa ou no trabalho, beber alguma coisa, comer, remover o lixo, lavar roupa ou qualquer outra atividade de sua preferencia) e a cada dia da próxima semana tente se lembrar de estar totalmente atento a ela enquanto realiza. Você não precisa reduzir seu ritmo nem mesmo se divertir: apenas faça o que costuma fazer, mas de forma consciente.

Escreva aqui suas escolhas:

Repita essa experiência com a mesma atividade todos os dias durante uma semana. Veja o que você observa. A ideia não é sentir-se diferente, mas apenas estar desperto por alguns momentos. Siga o próprio ritmo. Por exemplo:

- Escovar os dentes: onde está sua mente quando você escova os dentes? Preste muita atenção a todas as sensações – a pasta tocando os dentes, o sabor da pasta, a saliva aumentando, os movimentos necessários para cuspir e etc.
- Tomar banho: preste atenção nas sensações da água em seu corpo, na temperatura, na pressão sobre a pele. Observe os movimentos da sua mão ao se lavar e a maneira como seu corpo se vira, se abaixa, etc. Caso decida aproveitar o banho para planejar ou refletir sobre algo, faça-o intencionalmente, com a consciência de que é nisso que você decidiu concentrar sua atenção.

Na próxima semana, continue esse experimento com uma atividade diferente.