**Respostas aos revisores**

**“Comportamentos alimentares problemáticos após a cirurgia bariátrica: Um estudo com amostra nacional portuguesa”**

**Revisor C:**

**O manuscrito é relevante para a prática clínica e engloba alise de fatores psicológicos associados ao setor da saúde em Portugal. Trata-se de um texto que acrescenta conhecimento, não sendo porém claro que faça avançar a sua fronteira. O título cumpre a sua função. Nada a apontar ao abstract. No entanto, o artigo não me chegou anonimizado, o que é uma falha grave num processo de peer review. A metodologia e as análises estatísticas (simulações) envolvidos são relevantes e adequados e cumprem o propósito com que foram desenhados, apesar de a dimensão e a assimetria homem-mulher da amostra não ser ideal. Uma amostra com mais de 400 observações permitiria obter resultados consideravelmente mais robustos e confiáveis.**

**As análises são claras e as tabelas e gráficos apresentados são bastante claros.**

**É discutida a relevância dos resultados e são apresentados comentários sobre os pressupostos do estudo bem como sobre algumas das suas limitações.**

**Nada a apontar às referências.**

**Nada a apontar às tabelas, figuras acrónimos ou notas de rodapé.**

**É feita menção ao apoio financeiro mas não parecem existir conflitos de interesses.**

**A dimensão do artigo é adequada.**

**O artigo encontra-se apresentado de forma lógica e clara, não sendo notória a necessidade de alterações a esse nível.**

**Não considero que o manuscrito seja de publicação prioritária.**

**RESPOSTA:** Agradecemos os comentários e as propostas de revisão do manuscrito. Reconhecemos a limitação inerente ao tamanho da amostra, assim como relativa à assimetria homem/mulher que, apesar de indesejada, representa a população bariátrica. Fazemos menção a estes aspetos na secção das limitações do estudo. Mais acrescentamos que a falta de anonimato para o revisor é política da revista que mantém um *single blind peer-review process*.

**1) A conclusão é relevante e relacionada com os objetivos e com os resultados. No entanto, sugere-se que seja um pouco mais desenvolvida.**

**RESPOSTA:** A conclusão foi revista e expandida de acordo com a sugestão

**2) Sugere-se ainda a moderação da linguagem empregue na última frase: "deve ser considerada central no acompanhamento destes pacientes", com a remoção da palavra central (que parece excessiva).**

**RESPOSTA**: O texto foi alterado em conformidade com esta sugestão.

**Revisor E**

**1) Trata-se de um estudo conduzido num domínio atual e relevante para a prática clínica, constituindo uma contribuição original. A questão investigada encontra-se definida com clareza, sendo significativa, inovadora e importante para as equipas multidisciplinares que desenvolvem trabalho em cirurgia de obesidade. A literatura abordada é atual, pertinente e discutida de forma adequada. O método de investigação é adequado, permitindo a sua replicação.**

**Sugerem-se apenas revisões menores.**

**RESPOSTA:** Agradecemos o interesse e os comentários positivos a este trabalho. Agradecemos também as revisões que permitem melhorar o trabalho submetido. As respostas a cada uma das revisões e dada em baixo.

**2) Na descrição do questionário sociodemográfico e clínico não são descritas variáveis como o tempo decorrido desde a cirurgia e se o participante recorre a suplementos nutricionais (dados que são analisados depois na secção Resultados) e que provavelmente terão sido recolhidos através deste instrumento.**

**RESPOSTA:** Reconhecemos este lapso e acrescentámos essa informação no corpo do texto. Na descrição dos instrumentos (questionários sociodemográfico) lê-se agora:

“Este questionário foi utilizado para recolher informação sobre a idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, tipo de cirurgia bariátrica realizada, **tempo decorrido desde a cirurgia, e recurso a suplementos nutricionais**.”

**3) Na página 7, os autores escrevem:**

**“. Por fim, apesar de este ser um estudo transversal, foram testados dois modelos de mediação que nos permitiram estudar a percentagem de variância de uma variável dependente (ex: CAPs) através do efeito de uma terceira variável (ex: urgência negativa) que poderá melhor explicar a relação entre as variáveis independentes (tempo decorrido desde a cirurgia; *distress* psicológico) e a variável dependente (CAPs)”.**

**Não se tratando de um estudo de natureza experimental, nem quase-experimental, e não existindo, por isso, verdadeira manipulação de variáveis, sugere-se a alteração dos termos variável dependente e independente por variáveis principais e variáveis secundárias.**

**RESPOSTA**: Corrigimos esto texto retirando a indicação de variável (in)dependente. No entanto, o uso dos termos “variáveis primárias/secundárias” levantou-nos questões de interpretação e por isso reescrevemos o texto da seguinte forma:

“Por fim, apesar de este ser um estudo transversal, foram testados dois modelos de mediação que nos permitiram estudar a percentagem de variância explicada da relação entre duas variáveis (ex: tempo decorrido desde a cirurgia ou *distress* psicológico e CAPs)  através do efeito mediador de uma terceira variável (ex: urgência negativa).”

**4) Na página 8, os autores escrevem:**

**“A Tabela 1 apresenta a percentagem de participantes que referiu, na semana anterior, pelo menos um dos CAPs avaliados, em diferentes momentos de pós-operatório”**

**Redigida desta forma, a frase parece sugerir que um mesmo doente respondeu relativamente ao que ocorreu com o seu comportamento alimentar em diferentes momentos do tempo, o que não corresponde à realidade.**

**RESPOSTA**: Compreendemos a sugestão errada e alterámos o texto da seguinte forma; “*A Tabela 1 apresenta a percentagem de participantes, de cada momento pós-operatório, que referiu, na semana anterior, pelo menos um dos CAPs avaliados.”*

**5) Na página 8, os autores escrevem:**

**“De acordo com os resultados, todos os CAPs parecem ser estatisticamente diferentes entre os grupos de *follow-up*, com exceção do comportamento de “saltar refeições” que se mostrou marginalmente significativo.”**

**O termo follow up é utilizado para designar os intervalos de tempo decorridos após a cirurgia a que foram submetidos, mas pode induzir o leitor em erro, uma vez que não se trata de um seguimento de doentes (pelo menos no sentido de existir uma continuidade na avaliação de um mesmo doente). Talvez a sua substituição por outro termo fosse mais correta.**

**RESPOSTA:** Reconhecendo que essa terminologia pode induzir em erro, o termos “períodos de *follow-up*” foi substituído em todas as ocorrências por “períodos de tempo decorridos desde a cirurgia”

**6) Por outro lado, ainda em relação ao comentário que é feito aos dados, existe uma imprecisão. No quadro 1, apenas surgem assinalados como domínios em que existem diferenças estatisticamente significativas o “petisco contínuo” e a “ingestão alimentar compulsiva”, pelo que a exceção não surge apenas em relação ao comportamento “saltar refeições”, mas também à “ingestão excessiva”, à “ingestão emocional” e à “perda de controlo sobre a alimentação.**

**RESPOSTA:** No seguimento desta observação, identificámos um erro na coluna do valor de teste desta tabela e que, de facto, induzia em erros a sua interpretação. A tabela foi corrigida e reflete agora a descrição feita no corpo de texto.

**7) Relativamente aos comentários feitos à Tabela 3, respeitante às correlações entre as variáveis em estudo, sugere-se que, para além do comentário ao facto de existirem correlações estatisticamente significativas e destas serem positivas, se comente a intensidade dessas mesmas correlações, uma vez que estas são, de facto, elevadas em alguns casos, mas fracas ou muito fracas noutros.**

**RESPOSTA:** De acordo com esta recomendação, foi acrescentado o seguinte texto na descrição da tabela 3:

“De notar, correlações particularmente fortes (>.4) foram encontradas entre o tempo decorrido desde a cirurgia e CAPs, entre CAPs e urgência negativa, e entre urgência negativa e *stress*.”

Além disso, a própria tabela foi alterada de modo a indicar a bold as correlações mais fortes (>.4).

Referimos, no entanto, que nos limitámos a comentar as correlações mais fortes estabelecidas entre CAPs/tempo decorrido desde a cirurgia, e variáveis psicológicas, não fazendo referência às correlações fortes encontradas entre scores totais e respetivas subescalas por serem observações redundantes.

**8)** **Na página 12 existe uma gralha no texto:**

**“Este resultado, apesar de não não-significativo…”**

**O duplicado da palavra “não” deve ser eliminado.**

**RESPOSTA:** Esta gralha foi corrigida. Obrigada pela revisão.

**9) Ainda na página 12, os autores escrevem:**

**“Este resultado, apesar de não não-significativo, pode ser indicador da dramática mudança de estilo de vida e peso que o paciente sujeito a cirurgia bariátrica experimenta nos primeiros 6 meses e que volta a experimentar dois anos após a cirurgia devido à existência de peles em excesso22 e à maior tolerância alimentar nesta altura. No que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, apesar de não terem sido verificadas diferenças significativas entre os grupos com diferentes tempos de *follow-up*, observa-se uma tendência para *scores* superiores no grupo com mais de 24 meses, o que corrobora a literatura existente6.**

**Seria importante distinguir o que são diferenças estatisticamente significativas e diferenças clinicamente significativas, uma vez que poderá ser abusivo assumir a presença de “tendências” quando do ponto de vista estatístico estas não se confirmam.**

**RESPOSTA:** O testo foi revisto para ajustar a narrativa aos resultados apresentados nas tabelas. Agora lê-se:

“Apesar dos resultados não mostrarem diferenças significativas na maior parte das variáveis psicológicas avaliadas (com exceção da urgência negativa), é de salientar os resultados multivariados (mas não testes de post-hoc) sugerem diferenças entre os grupos na preocupação com o peso e forma corporal, sendo que participantes com menos de 6 e mais de 24 meses após a cirurgia apresentam valores superiores (Tabela 3). Este resultado, pode ser indicador da dramática mudança no peso que o paciente sujeito a cirurgia bariátrica experimenta nos primeiros 6 meses e que se pode deteriorar dois anos após a cirurgia devido à existência de peles em excesso22. No que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, a literatura existente6 aponta para um aumento desta sintomatologia em pacientes com mais de dois anos de cirurgia. Os nossos dados, apesar de se observarem *scores* superiores no grupo com mais de 24 meses, estas diferenças não se mostraram significativas. Finalmente, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à urgência negativa, em função dos períodos de tempo decorridos desde a cirúrgica bariátrica. Os testes de post-hoc revelaram que pacientes com menos de 6 meses da cirurgia apresentam valores inferiores de urgência negativa quando comparados com pacientes com 24 meses ou mais de cirurgia (mean dif = 5.51, 95% IC -10.20 – -.82 ).”

**10)** **Finalmente, será uma pena não valorizar o facto de terem sido recolhidos dados sobre o tipo de procedimento cirúrgico a que os participantes foram submetidos. Mesmo apesar do pequeno efetivo de cada grupo – bypass gástrico e sleeve gástrico – seria uma informação valiosa compreender se estes doentes se distinguem quanto às variáveis alvo de análise.**

**RESPOSTA**: Reconhecemos o interesse e pertinência desta questão, no entanto, os nossos dados limitam a comparação de grupos de pacientes que receberam diferentes tipos de cirurgia dado o pequeno tamanho da amostra em cada grupo cirúrgico. Na tabela em baixo apresentamos a percentagem de pacientes que recebeu cada um dos diferentes procedimentos cirúrgicos para consulta:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo\_CB** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 Banda gástrica | 2 | 1,3 | 1,3 | 1,3 |
| 1 Bypass gástrico | 108 | 69,7 | 69,7 | 71,0 |
| 2 Sleeve gástrico (Gastrectomia vertical) | 41 | 26,5 | 26,5 | 97,4 |
| 3 Biliopancreatic diversion com duodenal switch | 1 | ,6 | ,6 | 98,1 |
| 4 Outro | 2 | 1,3 | 1,3 | 99,4 |
| 6 Não sei | 1 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| Total | 155 | 100,0 | 100,0 |  |

Ainda assim, e dada a pertinência/relevância desta observação, acrescentámos este ponto no parágrafo das limitações do estudo onde, agora, se pode ler:

“Adicionalmente, a nossa amostra está constituída por pessoas que receberam diferentes tipos de cirurgia. Lamentavelmente, o número de pessoas que receberam outro procedimento que não o bypass gástrico era pequeno limitando a possibilidade de testar diferenças entre diferentes grupos. Estudos futuros deverias explorar se estas relações ou se a frequência dos diferentes CAPs se mantém para pacientes recebendo diferentes procedimentos cirúrgicos.”.