CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

PRISCILA FREITAS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E FUMO,
DEPRESSÃO, IMAGEM CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E SUAS
RELAÇÕES COM A QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓSOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

VITÓRIA

PRISCILA FREITAS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E FUMO, DEPRESSÃO, IMAGEM CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E SUAS RELAÇÕES COM A QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓSOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Profa. Dra. Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão.

VITÓRIA

PRISCILA FREITAS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E FUMO, DEPRESSÃO, IMAGEM CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E SUAS RELAÇÕES COM A QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓSOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

| Aprovado em | _de | _ de | _, por: |
|-------------------|--|------|--|
| | | | |
| | Patrícia Castro Pereira curso de Nutrição do Ce | | tadora e membro do corpo ário Católico de Vitória |
| Me. Erick Roberto | Gonçalves Claudio, Ed | | e doutorando do Centro de |
| Emanuela dos Sant | | | equipe de Cirurgia Bariátrica |

do Hospital Evangélico de Vila Velha



AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que eu chegasse até aqui, me concedendo saúde e força para superar as dificuldades, não apenas nestes anos de curso, mas durante o longo de minha vida, pois em todos os momentos foi o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta instituição, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram esse momento de realização e sucesso, com a certeza de que merecem todo o mérito pela ética praticada.

À professora e coordenadora deste curso, pelo convívio, pelo apoio e pela amizade.

A minha orientadora, pela paciência durante toda a elaboração deste trabalho.

A todos os professores e orientadores por dividirem seus conhecimentos, não apenas científicos, mas também de cunho moral e ético, proporcionando o amadurecimento pessoal de seus alunos, trazendo um grandioso impacto no processo de formação profissional dos mesmos.

A minha mãe, pelas orações e pelo incentivo nas horas difíceis, de cansaço e tristeza. Ao meu pai que apesar de todas as dificuldades, é em quem eu sei que posso buscar abrigo. Ao meu esposo, pelo amor e paciência durante todos os momentos de ausência. À toda minha família pelo carinho, confiança e incentivo dedicados à mim.

A minha falecida avó Dica, quem eu desejava que estivesse aqui para poder compartilhar esta vitória, mas que continua me abençoando até hoje por sua imensa espiritualidade, humanismo e sabedoria.

Um agradecimento especial à todos os amigos que participaram dessa jornada, contribuindo e servindo de apoio para que eu chegasse até aqui. Àqueles que me deram abrigo, os companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

À amiga Ivana, por ter compartilhado comigo o desafio desta pesquisa e por ter me recebido tão bem por tanto tempo em sua casa junto à sua família, sempre me fazendo sentir como se estivesse em casa.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação...

O meu muito obrigada!



RESUMO

A obesidade é uma epidemia global, que traz sérios prejuízos à saúde e está relacionada a uma série de doenças, como por exemplo, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. A cirurgia bariátrica traz benefícios associados à perda de peso, como regulação das taxas bioquímicas, diminuição de doenças e ganhos com qualidade de vida. Fatores emocionais como os transtornos de humor, a depressão, são frequentes na população obesa por uma série de motivos e os mesmos podem estar associados à insatisfação com a imagem corporal, uso de drogas como o álcool e o tabaco. Diante disso, o objetivo desse estudo consiste em identificar a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e fumo, depressão, satisfação com a imagem corporal, estado nutricional e suas relações com a qualidade de vida em grupos de pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva. Este estudo foi realizado com dois grupos: um grupo de 51 pacientes inscritos no programa de cirurgia bariátrica e outro grupo de 50 pessoas que se submeteram à cirurgia há mais de um ano em um hospital da cidade de Vila Velha – ES. Para avaliar o consumo de álcool e fumo, foram utilizados os questionários Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (AUDIT) e Teste de Fagerström. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi utilizado para avaliar a prevalência de depressão e para avaliar a satisfação com a imagem corporal foram utilizados o Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34) e o Teste da Figura da Silhueta Corpórea (BFS). O Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) foi utilizado para avaliar a qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. A caracterização dos dados foi realizada pela frequência observada, através de porcentagem e medidas de tendência central e de variabilidade. A ANOVA foi utilizada para comparar as médias dos domínios do Questionário da Qualidade de Vida com cada teste realizado. As correlações utilizadas para relacionar as variações antropométricas, os testes e os domínios do Questionário Qualidade de Vida foram as de Pearson (Paramétrica) e Spearman (não paramétrica). O nível de significância adotado nas análises foi de 5% com intervalo de confiança de 95%. Foi encontrada baixa prevalência de tabagismo e moderada prevalência do consumo de álcool nos dois grupos. Quanto à insatisfação com a imagem corporal e depressão, houve elevada prevalência nos dois grupos, porém no pós-operatório, os níveis das duas escalas foram menores. Além disso, todos os domínios da qualidade de vida foram maiores no grupo pós-operatório. Destaca-se a importância da cirurgia na melhora da qualidade de vida, dos fatores emocionais, sociais e de saúde. Entretanto, para um resultado sustentável, é importante que o paciente continue com o acompanhamento com a equipe multidisciplinar, para evitar as carências nutricionais, o reganho de peso e o retorno dos problemas iniciais como depressão, insatisfação com a imagem corporal e prejuízos na qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Qualidade de Vida. Depressão. Imagem Corporal.

ABSTRACT

Obesity is a global epidemic, leading to serious health problems and is direct related to a series of diseases, among them, the non-transmissible chronic diseases. The bariatric surgery brings benefits associated with weight loss, such as regulation of biochemical rates, reduction of diseases risk and increases quality of life. Emotional factors as humor disorder and depression are commonly observed in obese population due to diverse reasons, which can be associated with their discontentment with body image and the use of legal drugs as alcohol and tobacco. Considering these facts, the aim of this study was to identify the prevalence of alcohol consumption and smoking, depression, satisfaction with body image, nutritional status and the relationship with quality of life in pre- and post-operative bariatric surgery patients. This work consists of a cross-sectional study, quantitative and descriptive research. It was performed with two distinct groups: one of them with 51 patients enrolled in the bariatric surgery program and the other group included 50 people that underwent surgery more than one year in a hospital in Vila Velha - ES. To evaluate alcohol consumption and smoking, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Fagerström test were applied. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess depression prevalence, whereas their body image dissatisfaction was measured by the Body Shape Questionnaire (BSQ-34) and the Body Figure Silhouettes (BFS) test. The Short Form (36) Health Survey was applied to evaluate the health status before and after the bariatric surgery. The data characterization was done by observed frequency, through percentages and measurements of central tendency and variability. The ANOVA test was used to compare the mean from the health survey domains with the results from each test. In order to correlate the anthropometric variations, the tests and the domains from the health survey, the Pearson (parametric) and Spearman (non-parametric) correlations were used. The significance considered for the analysis was 5% with confidence interval of 95%. We found low prevalence of smoking and moderate alcohol consumption in both groups of patients. Regarding body image dissatisfaction and depression, we observed high prevalence in both groups, however, during the post-operative period, the levels for these two scales were lower. Moreover, all the health survey domains were higher in the post-operative group. These data highlights the contribution of the bariatric surgery to improve quality of life, emotional, social and health factors. Nevertheless, for a sustainable result, is critical that the patient continues the follow up with the multidisciplinary team, to avoid nutritional deficiency, weight regain and return of initial problems, such as depression, dissatisfaction with body image and loss of quality of life.

Key-words: Obesity. Bariatric surgery. Quality of life. Depression. Body image.

LISTA DE TABELAS

| Tabela 1 – Comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) em três momentos de avaliação52 |
|--|
| Tabela 2 – Caracterização do peso, altura, IMC e idade dos pacientes do grupo préoperatório |
| Tabela 3 – Caracterização do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pré- operatório |
| Tabela 4 – Relação entre a qualidade de vida com o IMC e idade do grupo pré- operatório |
| Tabela 5 – Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pré-operatório |
| Tabela 6 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck do grupo pré-operatório69 |
| Tabela 7 – Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório71 |
| Tabela 8 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório77 |
| Tabela 9 – Utilização de bebidas alcóolicas e fumo no grupo pré-operatório78 |
| Tabela 10 – Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pré-operatório79 |
| Tabela 11 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo préoperatório |
| Tabela 12 – Relação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck, Teste de Desordens Devido ao Uso de Álcool e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório |

| Tabela 13 – Caracterização do peso, altura, IMC, idade e circunferências de cintura e braço do grupo pós-operatório82 |
|--|
| Tabela 14 – Caracterização do peso antes da cirurgia, tempo de cirurgia, quantidade de peso perdido com a cirurgia e quantidade de peso reganhado83 |
| Tabela 15 – Caracterização das medidas antropométricas, peso antes da cirurgia peso perdido com a cirurgia e peso reganhado do grupo sem reganho de peso84 |
| Tabela 16 – Caracterização das medidas antropométricas, peso antes da cirurgia peso perdido com a cirurgia e peso reganhado do grupo com reganho de peso85 |
| Tabela 17 – Caracterização do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pós operatório85 |
| Tabela 18 – Relação entre a qualidade de vida com o IMC, idade, circunferência de cintura, quantidade de peso perdido após a cirurgia e quantidade de peso reganhado |
| Tabela 19 – Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beckaplicado ao grupo pós-operatório |
| Tabela 20 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck do grupo pós-operatório90 |
| Tabela 21 – Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo pós-operatório92 |
| Tabela 22 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós-operatório96 |
| Tabela 23 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e teste de Figura de Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório98 |
| Tabela 24 – Utilização de bebidas alcóolicas e fumo no grupo pós-operatório98 |
| Tabela 25 – Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pós-operatório99 |

| Tabela 26 – Comparação das médias dos domínios do Questionário de Vida e Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool operatório | do grupo pós- |
|---|------------------|
| Tabela 27 – Relação entre os escores do Inventário de Depressão de | Reck Teste de |
| Desordens Devido ao Uso de Álcool, Questionário sobre a Imagem Co da Figura de Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório | rporal e o teste |

LISTA DE GRÁFICOS

| Gráfico 1 – Curvas de evolução do peso de crianças até 9 anos de idade, em comparação com o padrão antropométrico da Organização Mundial da Saúde por sexo e segundo a idade no Brasil nos períodos de 1974-1975, 1989 e 2008-200932 |
|--|
| Gráfico 2 – Volume de cirurgias bariátricas realizadas por ano no Brasil36 |
| Gráfico 3 – Análise da qualidade de vida no pré-operatório, aos 2, 6 e 12 meses dos pós-operatório, nos domínios físico, psicológico, de independência e social, medidos pelo WHOQOL-100 |
| Gráfico 4 – Níveis de depressão e ansiedade iniciais e aos 2, 6 e 12 meses medidos pelas escalas de Beck |
| Gráfico 5 – Representação do Questionário de Qualidade de Vida do grupo préoperatório |
| Gráfico 6 – Descrição do Inventário de Depressão de Beck do grupo pré-operatório70 |
| Gráfico 7 – Descrição do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo préoperatório |
| Gráfico 8 – Descrição do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo pré-operatório81 |
| Gráfico 9 – Representação do peso antes da cirurgia e peso atual83 |
| Gráfico 10 – Representação do peso perdido com a cirurgia e peso reganhado84 |
| Gráfico 11 – Representação do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pósoperatório |
| Gráfico 12 – Descrição do Inventário de Depressão de Beck do grupo pósoperatório |
| Gráfico 13 – Descrição do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós- |

| Gráfico 14 – operatório | , | | | U | | | • | | . | • |
|--------------------------------|-------------|--------|------|-----------|------|--------|-----------|------|----------|-------|
| Gráfico 15 – Álcool do grup | Descrição o | do Tes | e de | Identific | ação | de Des | ordens De | vido | ao Us | so de |

LISTA DE SIGLAS

ASMBS – American Society for Metabolic and Bariatric Surgery

BGA – Banda Gástrica Ajustável

CB – Cirurgia Bariátrica

CC - Circunferência de cintura

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DGYR - Derivação Gástrica em Y de Roux

DM - Diabetes mellitus

DS - Duodenal Switch

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

QV - Qualidade de Vida

RDA – Recommended Dietary Allowances

SUS - Sistema Único de Saúde

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

| 1 INTRODUÇÃO | 25 |
|---|-----|
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 27 |
| 2.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E FATORES DETERMINANTES DA OBES | |
| | |
| 2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA COMO FERRAMENTA ANTI-OBESIDADE | 35 |
| 2.2.1 Suplementação e carências nutricionais decorrentes da Cirurgia Bariátrica | 43 |
| 2.2.2 Qualidade de Vida no Pré e Pós-Operatório | |
| 2.2.3 Depressão, Imagem Corporal e Utilização de Drogas Lícitas no Pré Operatório | |
| 3 METODOLOGIA | 59 |
| 3.1 DESENHO DO ESTUDO | 59 |
| 3.2 AMOSTRA | 59 |
| 3.3 MÉTODOS | 59 |
| 3.3.1 Aspectos Éticos | 60 |
| 3.3.2 Variáveis Sociodemográficas | 60 |
| 3.3.3 Avaliação do Estado Nutricional | 60 |
| 3.3.4 Identificação do nível de depressão, da presença de desordens de uso de álcool, do grau de dependência nicotínica, da insatisfação com a | |
| imagem corporal e avaliação do nível de qualidade de vida | 61 |
| 3.4 ANÁLISES DOS RESULTADOS | 62 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 63 |
| 4.1 RESULTADOS | 63 |
| 4.1.1 Grupo Pré-operatório | 63 |
| 4.1.2 Grupo Pós-operatório | 82 |
| 4 2 DISCUSSÃO | 100 |

| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
|---|-----|
| REFERÊNCIAS | 111 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 119 |
| ANEXO A – FICHA PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 121 |
| ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36) | 123 |
| ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM CORPORAL (BSQ-34) | 127 |
| ANEXO D – TESTE DA FIGURA DE SILHUETA CORPÓREA (BFS) | 129 |
| ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II) | 131 |
| ANEXO F – QUESTIONÁRIO SOBRE BEBIDAS ALCOÓLICAS (AUDIT) | 133 |
| ANEXO G – TESTE DE FAGERSTRÖM | 135 |

1 INTRODUÇÃO

Já é sabido que a obesidade se tornou uma epidemia global, que traz sérios prejuízos à saúde e que se tornou um problema de saúde pública, considerando o alto custo que gera com atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, por conta das ações para prevenção de agravos, tratamento e reabilitação dos indivíduos acometidos por doenças causadas pela obesidade, já que a mesma é fator desenvolvedor de uma série de doenças, como por exemplo, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), que englobam doenças como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer e doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (SCHMIDT et al., 2011), que são as maiores causas de morte da atualidade e são causadoras de uma diminuição importante da qualidade de vida (QV) e saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No Brasil cerca de 30 milhões de pessoas são obesas – se somadas às pessoas com excesso de peso, esse número chega a 95 milhões de indivíduos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Se necessitássemos dizer que há um motivo maior, dentre tantos propiciadores da obesidade, causadores desta epidemia, poderíamos arriscar dizer que são os maus hábitos alimentares da população, que de algumas décadas atrás para a atualidade, têm sofrido grandes transformações, seja pela industrialização massiva, pela globalização, urbanização, informação quase que instantânea, pela maior distribuição de renda da atualidade, além de hábitos como o de consumir frequentemente comidas ultraprocessadas, alimentar-se fora de casa, ter pouco tempo para as refeições, consumir alimentos extremamente calóricos e não consumir frutas e hortaliças quanto necessário, que são atitudes que favorecem a elevação do peso corporal, e em especial da massa gorda.

Neste cenário, torna-se essencial a busca por caminhos que auxiliem na reversão deste quadro epidemiológico. Hoje, já são conhecidas muitas opções de tratamento para obesidade, incluindo medicamentos, condutas dietoterápicas, atividades físicas, orientação psicológica, entre outros. Porém, a cirurgia bariátrica (CB), surgiu como uma alternativa à todos os tratamentos conservadores, e é escolhida quando o paciente já tem prejuízos calculados à saúde e o tratamento clínico não trouxe resultados satisfatórios, pois apesar de ser considerada segura e efetiva, têm caráter

invasivo e deve ser indicada somente nestes casos, já que a mesma pode gerar efeitos colaterais ao paciente, apesar de ser uma cirurgia de baixo risco.

A CB cresceu 300% em 10 anos e atualmente o Brasil realiza em média, 80 mil cirurgias ao ano, sendo que existem 7 milhões de pessoas com indicação para a CB (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014). Um dos efeitos mais indesejados da CB, responsável pela perda de peso acelerada, é a diminuição da função absortiva do trato gastrointestinal. Este efeito pode gerar muitas deficiências e até doenças carenciais, se o paciente não realizar o acompanhamento clínico apropriado, onde a equipe multiprofissional, realizará a prescrição e orientações dietéticas adequadas para o bom funcionamento do organismo e manutenção da saúde.

Apesar do procedimento estar ligado a certos malefícios e do paciente necessitar de acompanhamento especializado durante o restante de sua vida, existem muitos ganhos associados à perda de peso, como regulação das taxas bioquímicas, diminuição da prevalência de doenças decorrentes da obesidade e ganhos com qualidade de vida, que está ligada a vários fatores: emocionais, sociais e físicos. Dentre os fatores emocionais, os transtornos de humor, como a depressão, são muito frequentes na população obesa por uma série de motivos, e os mesmos podem também estar associados à insatisfação com a imagem corporal, além da utilização de drogas como o álcool e o tabaco.

A literatura já prevê a melhora de todos esses problemas citados através da realização da CB, no entanto, não há pesquisas realizadas no Estado do Espírito Santo relacionadas à esses quesitos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho, foi descrever o perfil da população obesa ou que realizou CB, atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo, a fim de fornecer subsídio para o aprimoramento do acompanhamento multidisciplinar destes pacientes, além de avaliar e relacionar o nível de qualidade de vida com a presença de desordens devido ao uso de álcool, o fumo e dependência nicotínica, a insatisfação com a imagem corporal e o nível de depressão desta população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E FATORES DETERMINANTES DA OBESIDADE

Durante as últimas décadas a alimentação, a saúde e o perfil nutricional da população brasileira vem sofrendo alterações em consequência das grandes transformações sociais que tem ocorrido no país e no mundo, como a globalização, industrialização, a maior densidade demográfica nos centros urbanos, o aumento da renda e os recentes programas sociais de combate à pobreza, juntamente com a facilitação do acesso aos sistemas de saúde e educação (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; JAIME; SANTOS, 2014).

Antes dessas alterações, a maior preocupação dos serviços de saúde era voltada para a desnutrição e para as doenças infecciosas, por conta da baixa ingestão energético-proteica de uma parcela importante da população, que apresentava déficits de peso e estatura; esse quadro sofreu um declínio considerável e rapidamente trouxe um novo desafio a ser combatido, que é a prevalência crescente do sobrepeso e a obesidade, somada à uma persistente prevalência de doenças carenciais, como a anemia (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BATISTA FILHO et al., 2008).

A obesidade é uma doença crônica e é genericamente caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que ocorre a partir de um balanço energético positivo; o balanço energético ocorre quando a ingestão de energia é maior que o gasto energético com as funções vitais do organismo e com atividades físicas em geral (BRASIL, 2006).

Atualmente a obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, pode ser considerada uma epidemia global e se tornou mais preocupante do que a desnutrição e as doenças infecciosas, por conta de seus efeitos deletérios sobre o sistema respiratório e aparelho locomotor, mas principalmente porque a obesidade é fator de risco para DCNT, que produzem elevados custos para os sistemas de saúde. No grupo de DCNT estão o DM, a obesidade, o câncer, as doenças cardiovasculares e respiratórias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

As DCNT são responsáveis atualmente por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% da prevalência de doenças em geral do mundo; 17 milhões dos óbitos (30%) foram causados por doenças cardiovasculares, em sua maioria infartos e derrames.

Existem pelo menos 600 milhões de hipertensos e 7,1 milhões de pessoas morrem por conta dessa doença anualmente. Também é estimado que 177 milhões de indivíduos sejam diabéticos, sendo a maioria tipo 2, e 4 milhões de mortes ao ano são decorrentes da doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Existem no mundo mais de um bilhão de adultos com excesso de peso e pelo menos 300 milhões são obesos, e as principais causas são o consumo de alimentos de alta densidade energética, pobres em nutrientes e fibras e ricos em gorduras saturadas e açúcares, além da falta de atividade física regular. Os fatores de risco para DCNT são obesidade, altos níveis de colesterol sérico, sedentarismo, não consumo de frutas e verduras, fumo e etilismo, e muitas vezes esses fatores de risco se cruzam, elevando ainda mais o risco do acometimento de doenças e morte. É bem registrado na literatura que a alteração dos hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos, assim como o abandono do tabagismo, corroboram para a diminuição do risco de morte por essas doenças; 80% das doenças coronarianas, 90% dos casos de DM tipo 2 e pelo menos 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

No Brasil as DCNT também foram as maiores causas de morte em 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), e segundo a Pesquisa do Orçamento Familiar (POF) 2008-2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 50% dos homens e 48% das mulheres apresentam excesso de peso e 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres são obesos. Segundo a World Health Organization (2000), pode-se classificar o grau de excesso de peso e a obesidade de um indivíduo através do seu Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado através da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado, sendo considerado um IMC eutrófico aquele que estiver entre 18,5 e 24,9 kg/m².

Para crianças e adolescentes, a avaliação do estado nutricional não leva em consideração somente o peso do indivíduo; a idade dos mesmos é relacionada com o IMC, com o peso e com a altura e suas relações classificadas através de percentis ou escores (Quadro 1).

Quadro 1 - Índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde para avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes

| Faixa Etária | Crianças de 0 a 5 anos incompletos | Crianças de 5 a 10 anos incompletos | Adolescentes (10 a 19 anos) | |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| Índice Antropométrico | Peso para idade | Peso para idade | - | |
| | Peso para estatura | - | - | |
| | IMC para idade | IMC para idade | IMC para idade | |
| | Estatura para idade | Estatura para idade | Estatura para idade | |

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009.

Apesar do IMC não revelar o percentual de gordura corporal dos indivíduos aferidos, ele ainda é um índice de forte correlação com a quantidade existente de massa gorda, se comparado com resultados obtidos através da Bioimpedância Elétrica, que tratase de um método que utiliza uma corrente elétrica de baixa intensidade para mensurar a quantidade de gordura corpórea (ANDRADE et al., 2014).

Durante o acompanhamento do estado nutricional do indivíduo com excesso de peso, faz-se necessária a avaliação do percentual de gordura corporal, pois muitas vezes entende-se que a diminuição do peso corporal é tão somente o que basta. Na realidade, perder peso e perder gordura são situações distintas, e o foco do tratamento deve estar na diminuição da gordura corpórea, já que é possível diminuí-lo, mesmo sem alteração do peso corporal, no caso do indivíduo adquirir massa muscular durante o emagrecimento (FRANCISCHI et al., 2000).

Além do IMC, a Circunferência de Cintura (CC) atua como indicador de risco para o desenvolvimento de comorbidades associadas ao excesso de peso e à obesidade, já que o excesso de gordura centralizado na região abdominal (obesidade androide) traz maiores riscos do que o excesso de gordura corporal como um todo (obesidade ginecoide). A obesidade androide está ligada ao desenvolvimento de doenças como a HAS, desequilíbrios no perfil lipídico, doenças cardiovasculares ateroscleróticas, intolerância à glicose e o DM tipo 2 (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al., 2002; MARTINS; MARINHO, 2003; CARNEIRO et al., 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Se uma grande parcela da população vem desenvolvendo o excesso de peso e a obesidade, assim como comorbidades associadas, o Estado precisa atuar como agente de prevenção e tratamento das mesmas. Para isso se fazem necessárias

pesquisas populacionais, com o intuito de descobrir quais são os agentes causadores desta situação.

Segundo o IBGE (2010b), a participação de alimentos muito calóricos como óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar de mesa, refrigerantes e bebidas alcoólicas representa 28% do total de calorias dos alimentos disponíveis para consumo em domicílio; refeições prontas e misturas industrializadas correspondem a 4,6%, enquanto frutas, verduras e legumes correspondem a apenas 2,8% das calorias totais disponíveis. Além disso, há a evidência do uso excessivo de açúcares livres: 16,4% das calorias totais, sendo o máximo fixado pelas recomendações nutricionais de 10% do total de calorias diárias, indo contra os princípios de uma alimentação saudável, indicados no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Outro indicativo de que a alimentação do brasileiro têm evoluído negativamente é a partir da comparação dos dados obtidos através da POF 2002-2003 e da POF 2008-2009. A utilização de certos alimentos pela população vem aumentando e os alimentos que tiveram aumento do consumo maior que 5% na participação do total de calorias são: refeições prontas e misturas industrializadas (40%), queijos (16%) e outros derivados do leite (39%), bebidas alcoólicas (28%), embutidos (25%), frutas e sucos de fruta (25%), refrigerantes (16%), carne bovina (15%), pão francês (13%) e biscoitos (10%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Segundo Martins e outros (2013), houve um declínio significativo do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados e a utilização de alimentos ultraprocessados cresceu em todos os estratos econômicos, com maior evidência nos estratos de renda mais baixa. A quantidade de energia per capita de alimentos adquiridos para o domicílio também diminuiu; levando-se em conta que essa pesquisa não considera as quantidades energéticas referentes ao consumo fora do domicílio, e que, através da POF 2008-2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) observa-se que os gastos com alimentação fora do lar aumentaram, é sugerido que uma alimentação fora do lar pode estar associada à utilização de alimentos prontos e/ou ultraprocessados (SOUZA et al., 2013).

Ainda através da POF 2008-2009, o IBGE (2011) descreveu através das médias de energia, os alimentos mais consumidos fora do lar em relação ao consumo total de alimentos e lideraram o ranking alimentos como cerveja (63,6%), salgados fritos e

assados (53,2%), salgadinhos industrializados (56,5%), salada de frutas (38,8%), chocolates (36,6%), refrigerantes *diet* ou *light* (40,1%), refrigerantes (39,9%), bebidas destiladas (44,7%), *pizzas* (42,6%) e sanduíches (41,4%).

A preferência por alimentos prontos e ultraprocessados pode ser associada à falta de tempo do cidadão urbano e o trabalho gerado no preparo das refeições em casa, utilizando alimentos in natura ou minimamente processados. Levando em consideração de que a maior parte da população está localizada nos centros urbanos, os brasileiros têm trocado suas refeições tradicionais por alimentos que prometem praticidade e sabor (proporcionado pelas quantidades exacerbadas de gorduras e açúcares), troca muito incentivada pela mídia, que traz uma relação de *status* com o *fast-food*, mesmo que isso signifique um baixo aporte de nutrientes na dieta e possíveis malefícios à saúde (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

A introdução precoce desses alimentos na rotina alimentar também pode influenciar na preferência por esses tipos de alimentos. Segundo Saldiva e outros (2014), mães de baixa escolaridade têm inserido precocemente alimentos açucarados na alimentação de crianças menores de 1 ano, sendo que para crianças de 6 a 12 meses têm sido ofertados biscoitos e salgadinhos. As crianças do país, têm apresentado no geral, uma alimentação inadequada. Além disso, 40% das crianças de até 6 meses de idade, a quem é recomendado aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2013a), consomem outros tipos de leites, como leite de vaca e fórmulas infantis (BORTOLINI et al., 2013).

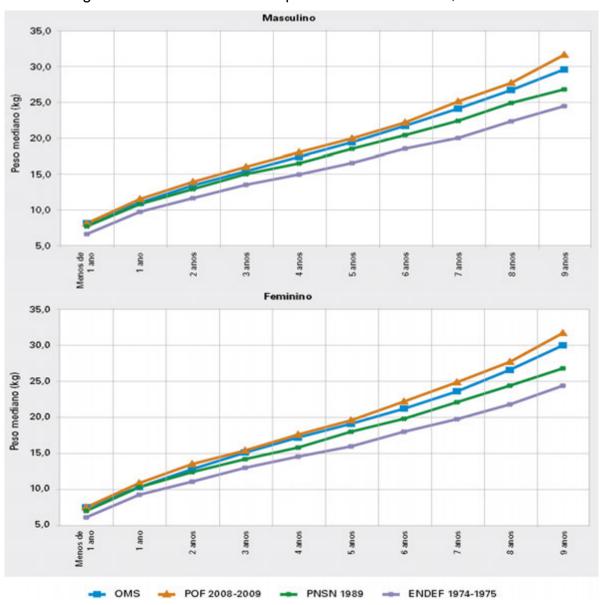
Com relação a uma análise de 7 dias corridos da alimentação diária de crianças de 6 meses até 5 anos de idade, pode-se relatar que 55,4% das crianças não consumiram frutas diariamente, 87,3% não consumiram verduras, 75,4% não consumiram legumes, sendo que 21,4% consumiram doces, 46,3% consumiram biscoitos, 8,5% consumiram salgadinhos e 22,1% consumiram refrigerantes. Apenas 30% das crianças consumiram carne, frango ou peixe diariamente e 53,2% das crianças não consumiram verduras, 25,3% não consumiram legumes e 11,5% não consumiram frutas em nenhuma ocasião (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

Essa alimentação inadequada se converte em um perfil nutricional desequilibrado. Segundo o IBGE (2010a), em crianças de 5 a 9 anos de idade, o excesso de peso chegou a prevalências de 34,8% e 32%, para meninos e meninas, respectivamente, sendo que 16,6% e 11,8% apresentam obesidade. Dentre os adolescentes, 20,5%

apresentaram excesso de peso e cerca de um quarto desses casos correspondem à obesidade. Esses dados se refletem na população adulta, onde 49% da população brasileira tem excesso de peso e 14,8% são obesos.

A média do peso corporal de crianças de até 9 anos de idade ultrapassou os valores de referência da OMS (Gráfico 1), resultados diferentes dos encontrados nos inquéritos realizados nas décadas de 70 e 80, o Estudo Nacional da Despesa Familiar e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, respectivamente.

Gráfico 1 – Curvas de evolução do peso de crianças até 9 anos de idade, em comparação com o padrão antropométrico da Organização Mundial da Saúde por sexo e segundo a idade no Brasil nos períodos de 1974-1975, 1989 e 2008-2009



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a.

O sedentarismo também tem uma parcela de destaque como fator propiciador para o excesso de peso e a modernização da sociedade está intimamente ligada com essa questão. Atualmente, a utilização de equipamentos eletrônicos, de veículos automotivos e eletrodomésticos reduziu consideravelmente o tempo gasto com atividades de lazer, de deslocamento e com atividades domésticas – que anteriormente requeriam maior esforço físico –. Temos também uma mudança considerável nos tipos de ocupação dos trabalhadores, que migraram massivamente do setor primário e secundário, para o setor terciário da economia, além de um aumento da mecanização dos processos, devido ao desenvolvimento tecnológico e ao agrupamento populacional nos centros urbanos. Todas essas transformações sociais levam a uma diminuição do gasto energético diário e um maior acúmulo de energia no tecido adiposo (TARDIDO; FALCÃO, 2006; FONSECA; SICHIERI; VEIGA, 1998; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Além de uma dieta inadequada e de uma diminuição expressiva das práticas de atividade física, a genética e alterações metabólicas, fatores emocionais e um desequilíbrio hormonal também podem desencadear o acúmulo de gordura corporal.

Apesar de atualmente alguns mecanismos genéticos serem conhecidos pela participação no desenvolvimento da obesidade, estes não foram completamente elucidados, e sabe-se que os fatores ambientais podem modular estes genes, bloqueando-os ou fazendo-os serem expressos de forma diferente. Francischi e outros (2000) demonstram em sua revisão que os fatores genéticos estariam envolvidos com alterações na taxa metabólica basal dos indivíduos e na eficácia da utilização, armazenamento e mobilização dos nutrientes absorvidos, além do comportamento alimentar e apetite, porém apenas uma parcela mínima dos casos de obesidade podem ser atribuídos a estes fatores.

É notória a ocorrência de indivíduos obesos provenientes de uma mesma família, mas isso pode estar relacionado tanto à fatores genéticos como aos hábitos em comum dos mesmos. Filhos de pais obesos tem chances 80% maiores de desenvolver obesidade na vida adulta (GIGANTE, 2004).

Além da genética, doenças como hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, problemas no hipotálamo, síndrome de Cushing (hipercortisolismo), hipogonadismo, além dos efeitos colaterais da ovariectomia, podem ser responsáveis por efeitos

causadores do acúmulo de gordura corporal, porém estas alterações endócrinas representam menos de 1% das causas da obesidade (FRANCISCHI et al, 2000).

Para mulheres, algumas fases da vida podem favorecer o acúmulo de gordura, como a idade de início da menstruação, a gestação, o tempo de duração da lactação, a menopausa, a quantidade de filhos e o intervalo entre as gestações. Outras situações também ligadas ao ganho de peso excessivo são circunstâncias da vida que levam a alterações no psicológico, como problemas em relacionamentos afetivos, estresse, depressão, ansiedade, compulsão alimentar, dependência de álcool e a descontinuação do fumo (BRASIL, 2006).

A própria obesidade pode ser fator desenvolvedor de alterações psicológicas e diminuição da QV, parte disso por conta da exclusão desses indivíduos da estética propagada pela sociedade e a constante luta para chegar ao peso ideal; a rejeição à pessoas obesas, muitas vezes da própria família, amigos e em grupos sociais da escola ou trabalho, tem se tornado cada vez maior, levando à um ciclo contínuo de insatisfação do indivíduo obeso com seu próprio corpo, elevando ainda mais o seu grau de estresse e colocando-o mais uma vez diante de uma situação considerada fator de risco para atitudes obesogênicas (BRASIL, 2006; WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

O envelhecimento também é um fator que predispõe a obesidade, se destacarmos que ao longo da vida o indivíduo perde massa magra, e com isso há um contínuo declínio da taxa metabólica basal, o que colabora para um maior acúmulo de gordura em função da manutenção ou elevação da ingestão dietética e diminuição da prática de atividades físicas. Devemos lembrar que a composição demográfica do país está sofrendo alterações, em razão da maior expectativa de vida da população (FRANCISCHI et al., 2000; BRASIL, 2006).

As questões socioeconômicas também têm sido listadas como importante fator determinante da obesidade. Segundo Sawaya (apud BRASIL, 2006), uma população que estiver exposta à insegurança alimentar, no que tange o acesso aos alimentos, seria mais propensa a desenvolver obesidade no futuro, visto que há uma adaptação fisiológica para sobrevivência destes indivíduos, onde o organismo poderia diminuir o seu gasto energético enquanto existir um déficit nutricional e armazenar uma maior quantidade de energia em períodos de abundância alimentar.

Ainda assim, os determinantes da obesidade citados até o momento neste trabalho não contemplam a multifatorialidade da doença. Na Figura 1, pode-se observar os determinantes do baixo peso ou da obesidade em diferentes níveis, constituindo uma trama complexa de fatores que podem influenciar o estado nutricional da população.

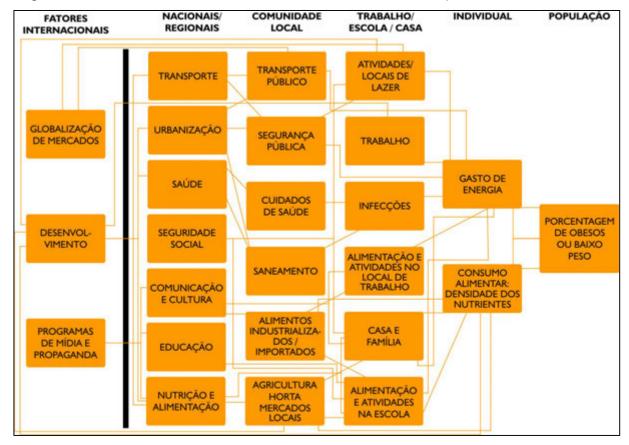


Figura 1 – Fatores determinantes da obesidade ou do baixo peso

Fonte: KUMANYIKA apud BRASIL, 2006, p. 20.

2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA COMO FERRAMENTA ANTI-OBESIDADE

Já houve até hoje consideráveis avanços para o tratamento da obesidade, dentre eles estão as condutas dietoterápicas, medicações, terapias hormonais e práticas de exercícios físicos... Porém, a CB tem se mostrado mais eficaz a longo prazo no tratamento da obesidade grave e é indicada para indivíduos que não obtiveram sucesso no tratamento clínico, não atingindo uma redução e sustentação satisfatórias do peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Apesar desse progresso, a prevalência da doença continua aumentando, tornando a busca para a cura da obesidade um desafio para os profissionais de saúde e

pesquisadores e fazendo com que a cada ano, a realização deste procedimento aumente (Gráfico 2). Atualmente, o Brasil realiza em média 80 mil cirurgias ao ano e existem 7 milhões de pessoas com indicação para o procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014).

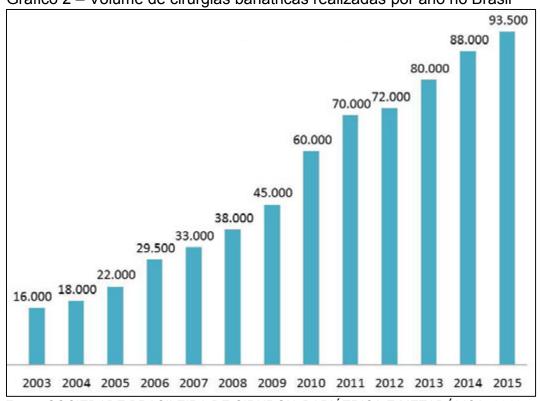


Gráfico 2 – Volume de cirurgias bariátricas realizadas por ano no Brasil

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016a.

Os estudos de CB tiveram início na década de 50 e as técnicas da época visavam um grande efeito disabsortivo, realizando-se a retirada de grande parte do intestino delgado; era o chamado bypass jejunoileal (ou derivação jejunoileal), que permitia que o estômago se mantivesse intacto. Apesar da perda de peso ser satisfatória, muitos pacientes apresentavam diarreias, cegueira noturna como consequência da deficiência de vitamina A, osteoporose por conta da deficiência de vitamina D, desnutrição e pedras nos rins, além de outros sérios problemas ocasionados por bactérias intestinais. Essa técnica não é mais recomendada para tratamento cirúrgico da obesidade e é necessário que os pacientes que realizaram esta cirurgia façam acompanhamento médico contínuo por conta dos perigos da permanente disabsorção de nutrientes (AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY, 2004).

Na década de 60, deu-se início a técnica do bypass gástrico, quando foi observado que pacientes que realizavam a remoção parcial do estômago por conta de úlceras obtinham perda de peso significante. De lá pra cá, muitas outras técnicas diferentes foram criadas e a técnica do bypass gástrico foi sofrendo alterações, formando o que conhecemos hoje por ser o "padrão ouro" da CB, a Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) com ou sem anel de contenção. Essa técnica ficou bastante conhecida como Técnica de Fobi-Capella, por ter sido idealizada por dois médicos que realizavam técnicas muito parecidas de bypass gástrico. Já a origem do "Y de Roux" veio do formato que o desvio intestinal dá ao órgão em forma de Y, e Roux é o sobrenome do cirurgião que criou a técnica (AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016c).

Dentre as técnicas atualmente aceitas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), existem as cirurgias restritivas e as mistas (Figura 2). As restritivas são bandagem gástrica ajustável (BGA) e gastroplastia vertical com bandagem. As mistas se dividem em técnicas predominantemente disabsortivas (derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal com ou sem preservação gástrica distal e a derivação biliopancreática com gastrectomia vertical com preservação pilórica) e as predominantemente restritivas, categoria em que a DGYR se encontra. Além destas, ainda temos o balão intragástrico que pode ser utilizado no pré-operatório como método terapêutico, considerado uma técnica também restritiva. Qualquer técnica que não esteja acima listada, não deve ser indicada e é considerada cirurgia experimental (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Algumas dessas técnicas têm sido questionadas quanto ao reganho de peso após 10 anos de cirurgia, é o caso da bandagem gástrica e da gastroplastia vertical com ou sem bandagem, por serem técnicas somente restritivas e em que os paciente conseguem "burlar" a cirurgia, consumindo alimentos fáceis de ingerir (como líquidos) e muito calóricos ou se adaptando à restrição gástrica realizando refeições com muito maior frequência. Dessa forma, dependendo do perfil do paciente, é aconselhável que se realize uma técnica mista, que amenizará os efeitos de uma má alimentação diminuindo a chance do reganho de peso (ZEVE; NOVAIS; OLIVEIRA JUNIOR, 2012).

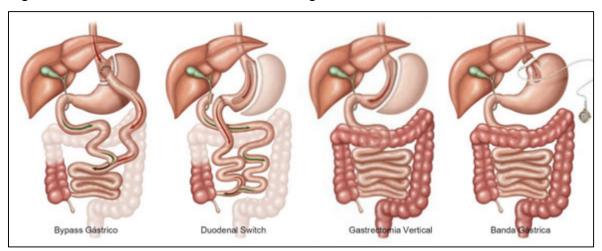


Figura 2 – Técnicas mais comuns de Cirurgia Bariátrica

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016b.

Atualmente, a maior indicação de técnicas somente restritivas é para pacientes superobesos (IMC > 50 kg/m²) e super superobesos (IMC > 60 kg/m²), já que os mesmos apresentam um alto risco anestésico-cirúrgico e necessitam de significativa perda de peso para que se possa realizar futuramente um procedimento de porte mais elevado. A técnica de Gastroplastia vertical (conhecida como Sleeve Gástrico) ou o balão intragástrico, podem ser utilizadas nestes casos, e posteriormente ser realizada uma DGYR ou uma derivação biliopancreática, como a Duodenal Switch (DS) (ZEVE; NOVAIS; OLIVEIRA JUNIOR, 2012).

A técnica mais realizada atualmente é a DGYR, que corresponde a três-quartos das cirurgias executadas, devido a sua eficácia e segurança, já que o desvio intestinal é menor que as técnicas predominantemente disabsortivas, o risco de morte é baixo (0,2 a 0,5% no primeiro mês) e o paciente têm perda aproximada de 40 a 45% do peso inicial, sendo que a maior perda de peso ocorre nos primeiros 6 meses de CB e pode continuar durante 2 anos. Além da perda de peso, a CB pode amenizar ou curar doenças como DM tipo 2, HAS, dislipidemias, artrite, incontinência urinária, doenças hepáticas, certos tipos de dores de cabeça, azia, apneia do sono e outros distúrbios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016b; AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY, 2004).

A DGYR ainda pode se diferenciar em proximal (de pequena disabsorção) e distal (maior disabsorção). O tipo mais realizado é o proximal, porém, o distal é utilizado se o cirurgião verificar a necessidade de elevar a disabsorção de nutrientes para gerar

uma perda de peso maior, em casos especiais, pois apesar do benefício, esta técnica pode acarretar problemas de ordem carencial, assim como as técnicas predominantemente disabsortivas. Além disso, a técnica pode ser realizada através de laparotomia (cirurgia a "céu aberto") ou por laparoscopia (pequenas incisões no abdômen), diminuindo assim alguns riscos e melhorando o prognóstico cirúrgico (AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY, 2004).

Para que um paciente seja indicado ao tratamento cirúrgico, ele deve contemplar os critérios de indicação (Quadro 2), orientados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009).

Quadro 2 – Critérios de indicação para cirurgia bariátrica

| Adultos com IMC ≥ 40 kg/m² sem comorbidades | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Adultos com IMC ≥ 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades associadas | | | | |
| Resistência aos tratamentos conservadores realizados regularmente há pelo menos dois anos | | | | |
| Motivação, aceitação e conhecimento sobre os riscos da cirurgia | | | | |
| Ausência de contraindicações | | | | |
| Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTLIDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME | | | | |

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009.

Comorbidades são estados patológicos causados ou acentuados por conta da obesidade, onde seu tratamento é dificultado sem que haja a redução do peso corporal. Segundo o Conselho Federal de Medicina (2015, p. 3), a lista de comorbidades associadas à obesidade que podem inferir na indicação à CB em indivíduos com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² é composta por

diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão.

Também é necessário citar as contraindicações para a CB: risco anestésico igual ou superior que a classificação ASA IV, presença de quadros psicóticos ou demenciais moderados ou graves, utilização de drogas ilícitas e alcoolismo e a não compreensão dos riscos, da necessidade da mudança de hábitos e do acompanhamento com a equipe multidisciplinar após a realização da cirurgia (CONSELHO FEDERAL DE

MEDICINA, 2015). Também são contraindicados à serem operados pacientes com cirrose hepática, pneumopatias graves, lesão acentuada do miocárdio e insuficiência renal (FANDIÑO et al., 2004).

Para que o paciente seja efetivamente eleito à realização da CB e seja preparado para a mesma, precisa passar pelo exame, além do acompanhamento no pré e pósoperatório de uma equipe multidisciplinar, formada pelo cirurgião bariátrico, endocrinologista, psiquiatra, nutrólogo, nutricionista e psicólogo. Outros profissionais também podem ser necessários, a depender da avaliação da equipe. Com relação à idade, só poderão ser operados adolescentes entre os 16 e 18 anos com o devido consentimento dos pais, se muito bem analisados os riscos e os benefícios do procedimento, análise da consolidação das epífises dos punhos do paciente, além da presença de um pediatra na equipe (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

O acompanhamento no pós-operatório se faz necessário por vários motivos. Alguns deles estão relacionados às complicações ligeiramente ligadas ao procedimento cirúrgico, como a deiscência de suturas, fístulas, hemorragias, etc. Outros estão relacionados às alterações fisiológicas causadas no processo digestivo, como flatulências excessivas, torção de alça intestinal ou diarreia. Além dessas possíveis complicações, os pacientes submetidos à cirurgias disabsortivas podem desenvolver uma série de complicações de ordem carencial (Quadro 3), como anemias e fraturas – se não resguardados os devidos cuidados e realizado acompanhamento nutricional adequado – e a denominada síndrome de dumping, que pode ser ocasionada pela DGYR quando o paciente realizar a ingestão de alimentos doces ou hiperosmolares, caracterizada por sintomas como náuseas, diarreia, vômitos, sudorese e cólicas abdominais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

Quadro 3 – Complicações clínicas das Cirurgias Bariátricas disabsortivas

| Complicações | Manifestações clínicas | |
|--|---|--|
| Distúrbios ácido-básicos | Acidose metabólica e cetose | |
| Hiperproliferação bacteriana | Distensão abdominal, pseudo obstrução, diarreia | |
| Anormalidades eletrolíticas | Diminuição sérica de Ca, K, Mg, Na e P | |
| Deficiência vitamínica Vitaminas A, D, E e K | | |
| Deficiência de ácido fólico Anemia | | |
| Deficiência de ferro Anemia | | |
| Osteoporose Fraturas | | |
| Deficiência de vitaminas B1 e B12 | Síndrome de Wernicke-Korsakoff, neuropatia e anemia | |

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009.

Antes da realização da CB, faz-se necessária a realização de exames bioquímicos para a avaliação do estado nutricional do paciente, podendo ser indicada a suplementação durante o preparo para a cirurgia, no intuito de corrigir as deficiências nutricionais já instaladas (AILLS et al., 2008; FANDIÑO et al, 2004). O estudo de Jóia-Neto, Lopes-Junior e Jacob (2010) com 44 pacientes obesos demonstrou que 18,2% dos pacientes já apresentava anemia no pré-operatório e que este percentual elevou para 25% nos primeiros 6 meses de PO.

Após realizada a CB, o paciente é submetido a uma dieta padronizada (Quadro 4) que pode durar de 8 a 10 semanas, para realizar a adaptação ao novo volume estomacal, auxiliar no processo de cicatrização favorecendo um maior repouso gastrointestinal e impedindo o acometimento de náuseas e vômitos, refluxo, saciedade precoce e o dumping. A suplementação deve ser iniciada desde a primeira semana após a cirurgia, no intuito de amenizar as carências nutricionais causadas no processo de emagrecimento, que já se inicia nesta fase de adaptação pós-cirurgia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016d).

Quadro 4 – Dieta padrão para o pós-operatório da cirurgia bariátrica

(continua)

| Continu | | |
|----------------------|--|--|
| Evolução da dieta PO | Observações | |
| Dieta Líquida Clara | Totalmente líquida, isenta de açúcar, devendo ser ingerida em temperatura ambiente. O volume líquido diário varia de 1.800 a 2.000 ml e esta fase pode durar de 24 a 48 horas. | |
| | Exemplos de alimentos que podem ser ingeridos: água, chá, gelatina sem açúcar, água de coco e suplemento proteico líquido. | |
| Dieta Líquida | Totalmente líquida, isenta de açúcar, porém com textura mais espessa. Esta fase pode durar de 2 a 4 semanas e totalizar 2000 ml/dia. Todas as preparações devem ser liquidificadas e coadas. | |
| | Exemplos de alimentos que podem ser ingeridos: iogurtes líquidos sem gorduras e açúcares, suco de fruta natural coado, bebidas à base de soja e suplemento proteico líquido. | |
| | Os alimentos devem ter a consistência de um pudim, purê ou vitamina de leite com frutas. Este estágio pode durar de 2 a 4 semanas. | |
| Dieta Pastosa | Exemplos de alimentos que podem ser ingeridos: ovos mexidos moles, queijos macios sem gordura, atum ralado sem gordura e frutas e vegetais cozidos ou de consistência pastosa; preferência para alimentos ricos em proteínas. A suplementação proteica deve ser mantida. | |
| Dieta Branda | Esta fase se dá início por volta de 2 meses completos após a data da cirurgia e devem ser consumidos alimentos que necessitam de um mínimo de mastigação e que poderão passar facilmente pela bolsa gástrica, devendo ser bem amassados e mastigados, evitando alimentos crus, frituras e com fibras, como bagaços e sementes. | |

Quadro 4 – Dieta padrão para o pós-operatório da cirurgia bariátrica

(conclusão)

| Evolução da dieta PO Observações | |
|----------------------------------|--|
| Dieta Regular | Fase em que o paciente deve se manter dentro das recomendações da equipe multidisciplinar, podendo retornar a uma alimentação regular, porém com restrição de açúcar e fibras, além da manutenção da suplementação nutricional e acompanhamento regular. |

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016d.

A American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) sugere que alguns alimentos sejam evitados ou que o seu consumo seja retardado e com moderação (Quadro 5).

Quadro 5 – Alimentos recomendados para evitar ou retardar reintrodução

| Alimento | Recomendação | |
|---|---|--|
| Açúcar, alimentos contendo açúcar | Evitar | |
| Bebidas gaseificadas | Evitar e retardar reintrodução | |
| Suco de frutas, doces concentrados | Evitar | |
| Gordura saturada, alimentos fritos | Evitar | |
| Pão de farinha refinada, macarrão, arroz | Evitar e retardar reintrodução | |
| Carnes vermelhas, duras e secas | Evitar e retardar reintrodução | |
| Nozes, pipoca e outros alimentos fibrosos | Retardar | |
| Cafeína | Evitar e retardar reintrodução, com moderação | |
| Álcool | Evitar e retardar reintrodução, com moderação | |

Fonte: adaptado de AILLS et al., 2008.

No protocolo de Cruz e Morimoto (2004), foi demonstrado que o acompanhamento nutricional foi efetivo no combate à incidência de vômitos e intolerâncias alimentares e trouxe um melhor resultado no quesito perda de peso – no que diz respeito ao período pré até o 21º dia do pós-operatório –, quando o profissional de nutrição atuou como educador e apresentou às fases de evolução da dieta ainda no pré-operatório, mesmo que a inserção da dieta regular tenha se iniciado no primeiro mês do PO, o que melhorou a palatabilidade da dieta, já que as dietas líquida e pastosa podem se tornar bastante monótonas e dificultar o retorno às atividades habituais do paciente, diminuindo a adesão dos mesmos ao processo de mudança de hábitos alimentares.

Para que a cirurgia tenha alcançado um resultado de sucesso, preconiza-se uma perda maior que 50% do excesso de peso corporal inicial. A eficiência do procedimento pode ser avaliada através de índices de perda do peso em excesso: excelente – maior que 35%; bom – entre 25 e 34%; pobre – entre 15 a 24% e falha – menos que 15% (ANTHONE apud MURARA; MACEDO; LIBERALI, 2012).

2.2.1 Suplementação e carências nutricionais decorrentes da Cirurgia Bariátrica

Os micronutrientes têm papel de suma importância nos processos biológicos, e alguns deles estão estritamente ligados ao peso corporal, seja direta ou indiretamente. Os mesmos têm papéis definidos na regulação da fome e do apetite, no metabolismo e absorção de nutrientes, na taxa metabólica, no armazenamento de energia, no sistema endócrino, entre outros, e a sua ingestão adequada não tratará somente da preservação da saúde do indivíduo, mas também do sucesso da perda de peso a longo prazo (AILLS et al., 2008).

A suplementação no pós-operatório imediato só não é realizada pela dificuldade em tomar as cápsulas nos primeiros dias, mas desde o momento em que se restringe a ingesta alimentar ou se reduz os sítios de absorção de nutrientes, faz-se necessária o mais breve possível. Dessa forma, é recomendado que se inicie a suplementação nutricional logo após alta hospitalar (RAVELLI et al., 2007; AILLS et al., 2008).

Apesar das cirurgias restritivas também merecerem atenção quanto à nutrição já que diminuem consideravelmente a ingesta alimentar, as disabsortivas são as que mais geram carências nutricionais, que são proporcionais ao tamanho da área da derivação da alça intestinal e à perda ponderal. Além da derivação da alça intestinal, a secreção de enzimas gástricas, de ácido clorídrico e de fator intrínseco fica prejudicada pelo atual tamanho do estômago, diminuindo a absorção de vários nutrientes, como por exemplo a vitamina B12, que é absorvida no íleo, mas que sua absorção depende da secreção destas substâncias (RAVELLI et al., 2007).

Embora a suplementação seja considerada de suma importância para um bom prognóstico cirúrgico, ainda parece um obstáculo fazer com que todos os pacientes bariátricos a realizem corretamente: pelo menos 5 vezes na semana, segundo a ASMBS (AILLS et al., 2008).

As carências de nutrientes causadas ou acentuadas após a CB ocorrem não somente pela diminuição da ingestão alimentar e dos pontos de absorção de nutrientes, mas também pela diminuição do tempo de contato entre o quimo, enzimas digestivas e enterócitos (Figura 3). As deficiências nutricionais também podem variar dependendo da técnica cirúrgica: na DGYR há maior deficiência de B12, ferro e ácido fólico; na DS a absorção de lipídeos se restringe há 28%, causando uma maior deficiência de

vitaminas lipossolúveis e ácidos graxos essenciais (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Duodeno Ferro, cálcio, fósforo. Estômago tiamina, riboflavina, biotina, Fator intrínseco: B12 HCI: redução de Fe3+ a Fe2+ niacina, magnésio, selênio, cobre, ácido fólico. Água, cobre, iodeto, fluoreto Íleo Vitamina B12 Jejuno Vitaminas D e K PYY, GLP-1 Magnésio, ácido fólico Zinco, manganês, cromo Sais biliares Vitaminas A, D, E e K, Vitamina C, aminoácidos, di e tripeptídeos

Figura 3 – Principais sítios de absorção e/ou produção de hormônios após alterações ocasionadas pela DGYR

Fonte: BORDALO et al., 2010.

Um estudo de Jóia-Neto, Lopes-Junior e Jacob (2010), demonstrou ainda que pacientes submetidos à DGYR com anel de silicone poderiam apresentar maiores prejuízos nutricionais, quanto menor fosse o diâmetro do anel. Pacientes com diâmetro do anel superior a 1 cm não apresentaram anemia ou hipoalbuminemia, e este diâmetro não alterou significativamente à redução de peso. Pacientes que utilizaram anel menor que 1 cm ainda tiveram maior chance de apresentar gordura fecal, sangue oculto nas fezes, anemia e hipoalbuminemia.

A ASMBS (AILLS et al., 2008) sugere um padrão de suplementação nutricional para prevenção ou tratamento de carências nutricionais (Quadro 6). Para que os pacientes bariátricos mantenham os níveis séricos de algumas vitaminas e minerais dentro da normalidade, faz-se necessário, muitas vezes, que os mesmos sejam suplementados com doses muito acima das recomendações de ingestão diária, ou *Recommended Dietary Allowances* (RDA) descritas nas *Dietary Reference Intakes*. Alguns exemplos são: a vitamina B12, que é suplementada 300 vezes o valor da RDA; o ferro é suplementado 10 vezes o valor da RDA com adição de 500 mg de vitamina C; a

vitamina B1 tem uma dose inicial no pós-operatório de pelo menos 33 vezes a RDA e durante o período da perda de peso de 3 vezes a RDA por dia; a suplementação de vitamina D deve ser de 400 UI/dia e a de cálcio de 1200 a 1500 mg/dia. Em alguns casos, a suplementação tardia não consegue reverter a carência nutricional, tornandose de grande valia o início da suplementação o mais breve possível e o contínuo acompanhamento clínico (RAVELLI et al., 2007).

Quadro 6 – Sugestão de suplementação para pós-operatório da cirurgia bariátrica

| Uso combinado | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Polivitamínico/mineral (PVM): | 1 a 2 comprimidos por dia | | | |
| Ácido Fólico (no PVM) | > 400 µg/d | | | |
| Fumarato ferroso (no PVM) | > 18 mg/d | | | |
| Complexo B | 1 porção ao dia | | | |
| Zinco e Selênio | Deve conter nas fórmulas | | | |
| | Uso isolado | | | |
| Tiamina (se há deficiência) | 20-30 mg/dia (sintomas leves) 50-100 mg/dia (intravenoso/muscular; sintomas moderados) >100 mg/dia (Síndrome de Wernicke-Korsakoff) | | | |
| Vitamina B12 | ≥ 350 µg/dia (prevenção-oral) 500 µg/dia (tratamento-oral) ou 1.000 µg/mol (Intramuscular) ou 3.000 µg a cada 6 meses (Intramuscular) ou 500 µg toda semana (nasal ou sublingual) | | | |
| Citrato de cálcio (c/ Vitamina D3) | 1.500 mg/dia (BGA) 1.500 a 2.000 mg/dia (DGYR) 1.800 a 2.500 mg/dia (DS) | | | |
| Vitamina D3 (se há deficiência) | 5.000 UI/dia pré-operatório 2.000 UI/dia pós-operatório | | | |
| Ferro elementar | 40 a 65 mg/dia (prevenção-oral) 100 mg/dia (mulher em período reprodutor) 300 mg/dia (tratamento-oral) | | | |
| Vitaminas lipossolúveis (para DS) | 10.000 a 100.000 IU/dia de vitamina A > 2.000 IU de vitamina D (colecalciferol) 100 a 400 IU/dia de vitamina E | | | |
| Ácido Fólico (se há deficiência) 800 μg/dia (prevenção-oral) 1000 μg/d de um a dois meses (tratamento | | | | |

Fonte: adaptado de AILLS et al., 2008.

Exemplo de uma complicação clínica facilmente adquirida após a CB é a anemia causada por deficiência de ferro, que no PO, já pode se desenvolver nos primeiros meses de operação se o paciente não for suplementado preventivamente, já que grande parte do trato gastrointestinal superior é excluído do tubo digestivo após a DGYR, e que tem grande importância na absorção deste nutriente. A queda na absorção do ferro se dá pela diminuição na secreção gástrica de ácido clorídrico, diminuição da atuação das enzimas pancreáticas sobre o quimo, diminuição dos

pontos de absorção de ferro e a intolerância à ingestão de carnes vermelhas (fonte de ferro heme), que em pelo menos metade dos pacientes, causa náuseas e vômitos (BROLIN et al., 1998; TRAINA, 2010).

A deficiência de vitamina B12 em pacientes operados ocorre por vários motivos, como a diminuição da produção de fator intrínseco e de ácido clorídrico – o que prejudica a digestão de proteínas e por consequência a biodisponibilidade da vitamina B12 –, intolerância à alimentos fonte de vitamina B12, como carnes vermelhas, e a ressecção ileal dependendo da técnica disabsortiva. A deficiência de vitamina B12 pode ser caracterizada através da dosagem do ácido metilmalônico sérico, já que as concentrações de vitamina B12 ficam mascaradas, por conta do armazenamento da vitamina no fígado; a carência nutricional de cobalamina pode dar-se início a partir dos 6 meses de CB, mas também têm sido relatada após 10 anos, causando a chamada anemia perniciosa (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Outra complicação desenvolvida no pós-operatório é a diminuição na densidade mineral óssea, que pode levar à osteoporose e osteomalácia futuros. No estudo de Fleischer e outros (2008), foram demonstrados resultados dessa diminuição em ossos do quadril de pacientes submetidos à DGYR e este foi associado ao grau de perda de peso. Além disso, os níveis séricos de calcidiol (25(OH)D) não sofreram alterações e mantiveram-se baixos, apesar da suplementação ter alcançado 260% da recomendação diária, e a excreção de cálcio urinário diminuiu, apesar da suplementação de cálcio ter dobrado, o que leva a crer que a absorção destes dois nutrientes fica bastante prejudicada. Pacientes com deficiência destes nutrientes, geralmente apresentam níveis elevados de PTH sérico, nem sempre apresentando baixos níveis de cálcio sanguíneos.

A carência de vitamina D, assim como das outras vitaminas lipossolúveis (A, E e K) e do Zinco, é desencadeada por conta da má absorção de gorduras gerada pela não-passagem do quimo pelo duodeno, onde ocorreria o estímulo para a liberação de enzimas lipolíticas; dessa forma, não há produção suficiente de micelas e o paciente pode apresentar esteatorreia. Na DS, somente 28% da gordura ingerida é absorvida (AILLS et al., 2008; BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

A deficiência da ácido fólico (vitamina B9) pode iniciar-se com poucos meses de PO, principalmente devido à má alimentação ou ausência de suplementação, não necessariamente por conta de má absorção e diferente da deficiência de ferro e B12,

a deficiência de folato pode ser prevenida apenas com a utilização de polivitamínicos seguindo às recomendações diárias (400 ug/dia). A carência deste nutriente pode ser identificada através de níveis altos de homocisteína sanguínea, já que a mesma necessita da presença de folato para que seja realizada a sua metabolização em cisteína. Apesar da maioria dos pacientes com deficiência de ácido fólico serem assintomáticos, alguns sintomas ocasionados são irritabilidade, esquecimento, hostilidade e comportamentos paranoicos (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Já a deficiência de tiamina (ou vitamina B1) dá-se até mesmo em duas semanas se houver a presença de vômitos persistentes, pois o organismo precisa de ingestão diária da vitamina, pois não consegue realizar depósitos e o aporte inadequado pode causar beribéri e até mesmo a Síndrome de Wernicke-Korsakoff, sendo mais propenso o desenvolvimento em pacientes que já apresentavam carência deste nutriente no período pré-operatório, porém há relatos de deficiências severas após 1 ano de CB e os fatores desencadeantes podem ser uma má alimentação, alto consumo de carboidratos, etilismo crônico, anorexia e bulimia. Um diagnóstico tardio da carência de tiamina pode ocasionar em sérios problemas de memória e lesões neuromusculares irreversíveis (CHAVES et al., 2007; BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Em se tratando de macronutrientes, a deficiência proteica merece destaque e é decorrente de cirurgias predominantemente disabsortivas, observada no pósoperatório tardio da CB na presença de anemia, alopecia, edema, hipoalbuminemia, atrofia muscular e astenia. Na DS, somente 75% da proteína ingerida é absorvida e na DGYR, apenas 57%. Além da disabsorção intestinal, o déficit proteico pode estar associado à outros fatores como intolerâncias alimentares, vômitos persistentes, diarreia e etilismo. A própria perda de peso gerará diminuição da massa magra corporal, e se acompanhada da má ingestão de proteínas (abaixo da recomendação que é 0,8 a 1,2 g/kg/dia), este sintoma pode ser intensificado, aumentando o fator de risco para recuperação do peso. A deficiência proteica associa-se à deficiência de zinco, vitamina B1 e B6 (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011; BORDALO et al., 2008).

Por todos esses problemas associados à deficiência de proteínas, vitaminas e minerais, faz-se necessário o acompanhamento nutricional por um profissional qualificado que além de equilibrar a ingestão alimentar, indicará a suplementação

adequada para cada paciente, que deverá realizar ingestão de suplementos polivitamínicos diários, contendo ferro, cálcio, zinco, vitamina D e complexo B (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

Também é importante frisar durante as consultas que o paciente tem grande participação em todo o processo de emagrecimento e de manutenção da saúde e prevenção dos efeitos colaterais relacionados à CB. Alguns estudos apontam que apenas metade dos pacientes bariátricos realiza às orientações nutricionais passadas como suplementação e orientação dietética e apesar de que sejam necessários para a manutenção do peso, 67,3% relataram não ter mudado seus hábitos e estilo de vida (MARCHESINI, 2010).

2.2.2 Qualidade de Vida no Pré e Pós-Operatório

Podemos entender como QV "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1994, p. 1.405).

Seguindo essa definição, a QV é um alvo a ser alcançado, que engloba muitas áreas pessoais além da saúde e que pode muitas vezes apresentar significados e sentidos diferentes para cada indivíduo. Apesar disso, a QV relacionada à saúde, pode ser mensurada através de alguns instrumentos avaliativos, que relacionam o grau de limitação que o indivíduo é acometido em determinada área.

Durante o acompanhamento clínico-nutricional, a equipe multiprofissional deverá demonstrar todos os ganhos com QV que o indivíduo terá com a redução do peso corporal, como aumento da autoestima, melhora do sono, diminuição da pressão arterial, melhora nos resultados dos exames laboratoriais, regulação do trânsito intestinal, diminuição de dores nas articulações e membros responsáveis pela mobilidade do paciente, permitindo que o mesmo seja capaz de praticar atividades físicas com maior facilidade, entre outros benefícios (BRASIL, 2006).

O paciente já começa a ter os benefícios da perda de peso tão logo comece a emagrecer. A partir de 1 ou 2 quilos a menos durante um período de 1 a 2 meses já existem melhoras na saúde, e se a perda de peso se der de forma gradual, a redução

de 5 a 7% do peso inicial já melhora a glicemia e a concentração de lipídeos e diminui a resistência insulínica. Em se tratando da pressão arterial, com a redução de 1% do peso corporal inicial, há uma média de diminuição de 1 mmHg da pressão sistólica e 2 mmHg da pressão diastólica. O risco cardiovascular também é melhorado com a diminuição da circunferência abdominal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; DUARTE, 2005).

Apesar de que após a realização da CB, os pacientes necessitam de um acompanhamento clínico contínuo, a qualidade e a estimativa de vida do indivíduo são elevadas e a morbimortalidade diminuída. Segundo Fontaine (2003), a expectativa de vida é diminuída gradualmente quanto maior o IMC do indivíduo, principalmente entre os mais jovens. Como exemplo, é estimado menos 13 anos de vida para um homem branco de 20 anos de idade com IMC > 45 kg/m² se comparado com um homem branco de 20 anos com IMC de 24 kg/m². Mulheres brancas de 20 a 30 anos com IMC > 45kg/m² podem ter 8 anos de vida a menos por conta da obesidade.

Um estudo de Pedrosa e outros (2009), demonstrou que muitos parâmetros bioquímicos e patologias são atenuados após a CB. Homens e mulheres com obesidade grau III, no 6º mês de pós-operatório já não apresentavam mais DM e apenas 2% da amostra mantiveram a HAS. Além disso, as taxas de Triglicerídeos, LDL-colesterol e Glicose em jejum também voltaram à normalidade. Com relação aos sintomas clínicos e nutricionais, 19% apresentaram alopecia e 18% apresentaram vômitos; os níveis de ferritina já demonstraram queda a partir de 6 meses de pós-operatório e a intolerância alimentar mereceu destaque neste período.

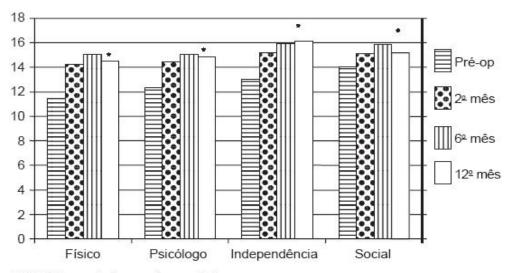
O estudo de Jóia-Neto, Lopes-Junior e Jacob (2010) com 44 indivíduos obesos também relatou resultados semelhantes. De 13 pacientes que utilizavam hipoglicemiantes orais, somente 6 continuaram o uso após a CB. O colesterol total de 4 pacientes encontrava-se elevado e após a finalização do estudo, todos apresentaram normalização desta taxa. No estudo de Ribas Filho e outros (2009), todos os pacientes apresentaram melhora nos níveis lipídicos e glicêmicos e tiveram redução do IMC, sendo o IMC médio inicial de 44 kg/m² e passando para 27,1 kg/m² após 6 a 20 meses de PO.

A QV dos pacientes que realizaram a CB não está somente associada à diminuição da prevalência de patologias ou desordens bioquímicas. Existem vários instrumentos

que podem avaliar vários aspectos ligados a QV, como o SF-36, WHOQOL-100 e sua versão abreviada (WHOQOL-bref) e o BAROS. Segundo Zanei (2006), o SF-36 é o mais indicado para avaliação da QV relacionada à saúde.

No Gráfico 3, podemos observar que houve melhora significativa em todos os domínios do WHOQOL-100 (físico, psicológico, de independência e social), comparando-se pré-operatório e pós-operatório com 2, 6 e 12 meses (TONETO et al., 2004).

Gráfico 3 – Análise da qualidade de vida no pré-operatório, aos 2, 6 e 12 meses dos pós-operatório, nos domínios físico, psicológico, de independência e social, medidos pelo WHOQOL-100



^{*} P<0,001 em relação ao pré-operatório.

Fonte: TONETO et al., 2004.

Na pesquisa de Moraes, Caregnato e Schneider (2014), com utilização do WHOQOL-bref, onde foram entrevistados 16 pacientes no pré-operatório e após 3 meses de cirurgia, foi observado elevação em todos os quesitos de QV. 25% da amostra considerava sua QV ruim ou muito ruim antes da cirurgia e 68,75% não se aceitavam fisicamente. Após a cirurgia 100% dos entrevistados classificaram a sua QV como boa ou muito boa. Além disso, 62% alegaram não ter mais sentimentos negativos como ansiedade, depressão, desespero e mau humor, 81,25% alegaram diminuição ou ausência das dores ao praticar atividades físicas, 100% relataram ter sentido na vida e 93,75% alegaram estar aproveitando mais a vida após a cirurgia.

Em uma pesquisa em que foram avaliados 30 pacientes à espera da cirurgia bariátrica com os dois instrumentos, pode-se observar que as áreas componentes da QV mais afetadas estavam ligadas ao físico e nível de independência no WHOQOL-100 e capacidade funcional, dor e aspectos físicos no SF-36. Neste trabalho os autores afirmaram a capacidade dos dois instrumentos de avaliação da QV (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008).

No final da década de 90, foi proposto por Oria e Moorehead (1998) um protocolo para avaliação da QV de pacientes submetidos à CB, como uma forma de avaliar não somente os quesitos encontrados nos dois outros protocolos avaliativos, mas também questões como o percentual de perda do excesso peso após o procedimento cirúrgico e o descontentamento com complicações ocasionadas pela cirurgia e efeitos colaterais; foi denominado como Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS).

No estudo de Silva e outros (2014), onde foram avaliados 70 pacientes de ambos os sexos através do método BAROS, 50% dos pacientes apresentaram QV classificada como boa, 35,8% como aceitável, 12,8% como muito boa e 1,4% como insuficiente, porém nenhum paciente foi registrado com QV excelente, provavelmente porque grande parte da amostra apresentou intolerâncias alimentares (carnes, doces e frituras) e efeitos colaterais em decorrência da operação (alopecia, vômitos, diarreia e síndrome de dumping). Na pesquisa de Mota (2012), 32% da amostra desenvolveu dumping no PO.

Prevedello e outros (2009), em seu trabalho que utilizou o BAROS como instrumento de coleta para avaliação de 32 pacientes bariátricos, demonstraram que 21,9% da amostra avaliou seu nível de QV como excelente, 50% como muito bom e 28,1% como bom; não foi registrada pontuação para aceitável e insuficiente. Além dos dados relacionados à QV, o mesmo estudo mostrou melhora em sintomas como funcionamento intestinal, constipação e a adoção de práticas de atividade física.

Omonte (2007) apresentou os resultados das médias dos escores dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida em três momentos: pré-operatório, 1 ano de pós-operatório e 2 anos de pós-operatório, como forma de avaliar os impactos da CB na população com obesidade grau III (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) em três momentos de avaliação

| Demínico | Pré | Ano 1 | Ano 2 |
|-----------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Domínios | Média ± DP | Média ± DP | Média ± DP |
| Aspectos físicos | 35,71 ± 32,55 | 90,58 ± 18,15 | 99,03 ± 4,87 |
| Aspectos emocionais | 51,95 ± 40,64 | 88,75 ± 19,2 | 94,37 ± 19,8 |
| Aspectos sociais | 58,93 ± 26,43 | 92,86 ± 10,42 | $97,08 \pm 8,34$ |
| Dor corporal | 50,88 ± 25,78 | 88,69 ± 13,56 | 92,39 ± 13,48 |
| Estado geral de saúde | $61,29 \pm 9,96$ | $89,68 \pm 9,03$ | 90,03 ± 11,03 |
| Vitalidade | $45,65 \pm 22,7$ | 77,47 ± 13,51 | 85,52 ± 12,99 |
| Capacidade funcional | 48,96 ± 20,91 | 89,48 ± 11,05 | $96,88 \pm 5,07$ |
| Saúde mental | $54,23 \pm 21,36$ | 78,86 ± 13,42 | 85,87 ± 11,73 |

Fonte: Omonte, 2007.

2.2.3 Depressão, Imagem Corporal e Utilização de Drogas Lícitas no Pré e Pós-Operatório

Além de carências nutricionais e níveis prejudicados de QV, a obesidade pode desencadear alterações psicológicas, como a depressão, ansiedade, alterações do comportamento alimentar e da imagem corporal. Todo paciente precisa passar por avaliação psiquiátrica antes da realização da cirurgia, para que em caso de ocorrência de psicopatologia, a mesma seja tratada, contribuindo para o sucesso do pósoperatório (FANDIÑO et al., 2004).

A obesidade pode desencadear a depressão por conta da influência no psicológico dos indivíduos obesos provocada pela alteração da imagem corporal, gerando uma desvalorização da sua imagem e da sua autoestima, ocasionando sintomas depressivos e de ansiedade, e por consequência, diminuindo a sensação de bemestar e aumentando a sensação de inadequação social (BROWNE; MCGEE; O'BOYLE apud SILVA, 2006).

Segundo Simon e outros (2006), a obesidade está associada a depressão, bipolaridade e síndrome do pânico e obesos têm 25% maiores chances de desenvolver transtornos de humor e ansiedade; não é apontado se a obesidade leva à essas doenças ou o contrário, mas é relatado que há uma relação importante e que pode atuar nos dois sentidos. De acordo com Guisado (2001), 40% dos obesos mórbidos no pré-operatório apresentavam pelo menos um diagnóstico de transtorno psicológico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Marchesini (2010) mostrou em seu trabalho onde entrevistou 46 pacientes bariátricos que o maior motivo que serviu de critério para a realização da CB foi a discriminação social e estética (54,3%); em segundo a vontade de iniciar uma nova etapa na vida (45,6%) e em terceiro a saúde prejudicada (30,4%). Além disso, este trabalho também relatou que a maioria dos entrevistados (89%), na consulta com psicólogo no préoperatório, consideravam-se preparados para a cirurgia, mas 26% passaram por um "dia do arrependimento" pelas limitações e desconfortos que a CB promove e 67,4% alegaram que poderiam ter realizado um maior número de consultas psicológicas e se preparado melhor para o procedimento, psicologicamente falando. Dos transtornos de humor diagnosticados ainda no pré-operatório, a depressão foi a mais prevalente (21,7%), porém também houve incidência de transtornos alimentares e de ansiedade; destes pacientes, 69,6% já sabiam do diagnóstico psicológico antes do procedimento, mas apenas 48,8% realizavam tratamento psicológico ou psiquiátrico.

Fabricatore e outros (apud MOTA, 2012) descreveram que há maior vulnerabilidade para ocorrência de transtornos emocionais em mulheres obesas do que em homens obesos em casos de obesidade mórbida e quando os mesmos já apresentam compulsão alimentar. Isso pode estar associado ao fato da mulher sofrer mais com os padrões de beleza estipulados pela sociedade.

Santos e outros (2012) verificaram que as principais queixas relacionadas à obesidade de 83 indivíduos com obesidade grau III foram a ansiedade (71,08%), dor (51,19%) destacadamente nos membros inferiores (79,06%), compulsão alimentar (38,55%) e insônia (33,93%); a maioria dos pacientes apresentavam patologias como HAS, hipotireoidismo, DM e dislipidemias. Destes pacientes, 59% já haviam adotado a dietoterapia e 100% atribuíram a falha do tratamento à ansiedade e desânimo. Apenas 6,1% desses pacientes tinham indicação para realização da CB.

No estudo de Martins (2012), onde foi analisada uma população de 5700 pacientes, 62,2% eram mulheres e a prevalência de obesidade foi de 18,7%; foi demonstrado que dentro da amostra de obesos, 30,8% apresentavam depressão. Para avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade, existem escalas de auto avaliação e as mais utilizadas são o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (CUNHA, 2001).

No Gráfico 4, podemos observar que no trabalho de Toneto e outros (2004) houve diminuição dos níveis de depressão e ansiedade se comparados o período pré-

operatório e PO, medidos pelas escalas de Beck. Mota (2012) também encontrou resultados que demonstram a queda da depressão e da ansiedade após a CB; haviam 16 pacientes com depressão leve, 13 com depressão moderada e 1 com depressão grave, após a CB haviam 6 com depressão leve, 2 com depressão moderada e nenhum com depressão grave.

20
20
15
10
10
pré-op.
2
10
pré-op.
2
12
Tempo (meses)

-- Ansiedade
-- Depressão

Gráfico 4 – Níveis de depressão e ansiedade iniciais e aos 2, 6 e 12 meses medidos pelas escalas de Beck

Fonte: TONETO et al., 2004.

Os níveis de ansiedade e depressão decaem por conta, também, da queda da insatisfação com o peso corporal. Um estudo de Almeida, Zanatta e Rezende (2012) que mediu o índice de insatisfação corporal através da Escala de Figura da Silhueta Corpórea, verificou que a média do mesmo foi decrescendo entre os períodos de antes da CB (17,3 \pm 1,3 kg/m²), após 6 meses (9,6 \pm 1,6 kg/m²) e 12 meses (6,6 \pm 1,6 kg/m²) da cirurgia. No mesmo trabalho os autores também utilizaram o Inventário de Depressão de Beck para avaliar o nível de depressão dos entrevistados e a média antes da cirurgia que era de 12,2 \pm 1,5 pontos passou para 6,1 \pm 1,4 pontos aos 6 meses e para 8,1 \pm 2,7 aos 12 meses, o que alterou o nível de depressão de leve para mínima. Nesse trabalho não foram encontradas diferenças significativas para gênero sexual relacionado à ansiedade e depressão.

Assim como há uma melhora da QV e dos sintomas psicológicos dos pacientes submetidos à CB, a literatura também apresenta resultados de diminuição do consumo de bebidas alcóolicas e tabaco. Boscatto, Duarte e Gomes (2012) encontraram para a população estudada, uma diminuição da prevalência de fumantes e etilistas. No período pré-operatório haviam 39,5% de fumantes e 57,9% faziam

^{*} P<0,001 em relação ao pré-operatório.

utilização de bebidas alcóolicas; já no período PO, estes percentuais caíram para 10,5% e 18,4%, respectivamente. Prevedello e outros (2009) também demonstrou a diminuição da prevalência de pacientes fumantes comparando-se o pré e o PO. De 6 pacientes fumantes, 2 deixaram de fumar após a cirurgia (33,3%).

Dentre as quase 50 doenças causadas pelo tabagismo, destacam-se as doenças cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral, que são as quatro principais causas de morte no mundo. O fumo é responsável por 45% dos infartos do miocárdio, 85% dos enfisemas pulmonares, 25% dos derrames cerebrais e 30% dos cânceres, sobretudo os do trato respiratório, com destaque para o de pulmão (90%), tornando-se o principal agente causador de mortes evitáveis no mundo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

Dentre os fumantes, 80% relatam que desejam parar de fumar, 35% tentam parar de fumar, porém menos de 5% conseguem efetivamente descontinuar o consumo sem auxílio. Um dos motivos mais citados para a aversão à cessação do fumo e para as recaídas, está no ganho ponderal, principalmente por aqueles que têm preocupação com o peso e a imagem corporal. No primeiro ano após parar de fumar, a média de peso ganho é de 4 a 5 kg, porém 13% dos indivíduos ganham mais de 10 kg. Depois de 5 anos após parar de fumar, a média de ganho de peso é de 8 a 10kg, porém 7% chegam a ganhar acima de 18 kg e 4% acima de 20 kg, entretanto, algumas pesquisas demonstram que esse ganho de peso em ex fumantes se dá até que alcancem o peso que teriam se nunca houvessem fumado (SIMAS; MARINHO; DIAS, 2015).

Dentre as mais de 7 mil substâncias contidas no cigarro, até o momento, sabe-se que apenas a nicotina interfere no peso corpóreo, pois a mesma eleva o metabolismo basal em 5 a 10%, portanto sugere-se que este fator ocasione em 40% do ganho de peso após a interrupção do uso; essa elevação no gasto energético aumenta a oxidação lipídica e sem o efeito nicotínico, o armazenamento de gordura, principalmente na região abdominal é maior. Além disso, a nicotina tem efeitos inibidores da fome, que também retornam ao normal com a cessação do fumo, elevando em aproximadamente, a ingestão diária de energia em 230 kcal. A elevação na ingestão energética também pode se dar pela substituição do fumo pelo consumo de alimentos muito calóricos, como os ricos em gorduras e açúcares, já que os mesmos ocasionam na liberação de serotonina e dopamina, conhecidas pela sensação de satisfação e prazer. Ainda, o deixar de fumar melhora o olfato e o

paladar, melhorando o prazer ao se alimentar. Contudo, os indivíduos que ganham mais peso ao deixar de fumar são aqueles que fumam a quantidade de 25 ou mais cigarros ao dia, que apresentam compulsão alimentar e sedentários (SIMAS; MARINHO; DIAS, 2015).

A diminuição no consumo de álcool é importante se levarmos em consideração que o álcool apresenta valor calórico e nenhum nutriente associado: cada 1 mililitro de álcool equivale a 7,1 quilocalorias. Apesar de fornecer energia, o álcool não pode ser estocado pelo organismo, necessitando ser eliminado rapidamente, alterando as vias metabólicas e favorecendo o acúmulo de gordura corporal por inibição da oxidação lipídica. Indivíduos que já estão acima do peso, conseguem metabolizar melhor o álcool ingerido, comparando com a metabolização de pessoas com IMC menor que 25 kg/m², contribuindo ainda mais para o ganho de peso. Além disso, o álcool atua como estimulante do apetite, bloqueando a liberação de importantes hormônios que geram saciedade e bem-estar (KACHANI; BRASILIANO; HOCHGRAF, 2008).

O estudo longitudinal de Woodard e outros (2011), demonstrou que os efeitos do álcool em pacientes que realizaram a DGYR são muito maiores do que antes da cirurgia e considerou que esses pacientes deveriam exercer cautela ao ingerir bebidas alcóolicas; após a ingestão, esses pacientes apresentavam teores mais elevados de álcool no hálito comparado com o período pré-operatório e demoravam mais tempo para ficarem sóbrios: 49 minutos antes da cirurgia e 61 e 88 minutos nas avaliações realizadas com 3 e 6 meses, após a cirurgia.

Como os efeitos do álcool são ampliados no paciente bariátrico, o desenvolvimento de doenças causadas pelo consumo exacerbado dessa substância pode levar à um maior risco para o acometimento de doenças como esteatose hepática, gastrite, pancreatite, cardiomiopatias, perda de massa magra, alterações neuromusculares e cognitivas, refluxo gastroesofágico, além de deficiências vitamínicas específicas e hipoglicemia, como é citado na revisão de Buffington (2007).

É muito comum que após o procedimento cirúrgico, pacientes que tinham algum grau de compulsão alimentar, troquem por outro tipo de compulsão. Na pesquisa de Marchesini (2010), 56,5% da amostra apresentou esse deslocamento de compulsão por outros hábitos como substituir a comida por bebida (11%), realizar compras excessivamente (11%), vomitar após às refeições (8,7%) e trocar frequentemente os parceiros (6,5%); houve melhora na vida sexual de 71,7% dos entrevistados, 17,4%

se divorciaram após a CB e nenhum teve alteração da compulsão alimentar por atividades físicas.

Sugere-se que o uso de bebidas alcóolicas teria como explicação essa transferência de vício: por estarem impossibilitados de desfrutar fartamente de alimentos, os mesmos desenvolveriam desordens (abuso ou dependência) na utilização de outras substâncias, como o álcool. Mas, são necessários mais estudos para avaliar a razão entre o tempo de uso ou abuso de álcool e também para identificar se há maior uso por indivíduos que já abusavam do álcool antes da cirurgia e tiveram recidiva ou com histórico de dependência mas em remissão antes da cirurgia ou ainda casos novos de abuso de álcool depois da cirurgia (HEINBERG, ASHTON e COUGHLIN apud COSTA, 2013).

Um estudo, realizado com 100 pacientes submetidos ao bypass gástrico há mais de 10 anos, procurava observar desordens da compulsão alimentar e relacioná-las ao reganho de peso. Foi encontrado que o abuso de álcool elevou-se nos indivíduos após a cirurgia: de 2,6% para 5,1% no pós-cirúrgico. Entretanto, a dependência para o álcool diminuiu no pós-operatório: de 10,3% para 2,6% (MITCHEL et al., 2001).

Buffington (2007), em seu trabalho com 318 pacientes, demonstrou que 83% desses consomem bebidas alcóolicas após a cirurgia, além de que 84% dos que consomem, alegaram estar mais sensíveis aos efeitos do álcool. Em se tratando do controle do consumo, no pré cirúrgico haviam 4,5% de indivíduos com dificuldades para regrar a quantidade de bebidas alcóolicas utilizadas, que passou para 28,4% no pós-cirúrgico. Houve aumento de 14% no uso de bebidas alcóolicas comparando-se os dois momentos.

Ainda foi possível identificar achados importantes sobre o tema, como o estudo longitudinal de King e outros (2012), com 2458 participantes, onde 60,5% dos relatos de abuso depois da cirurgia foi emitido por aqueles que não haviam relatado abuso na avaliação pré-cirúrgica, além de que no segundo ano de pós-operatório houve uma maior prevalência de transtornos devido ao uso de bebidas alcóolicas, para indivíduos que haviam realizado a técnica de DGYR.

No estudo de coorte de Östlund e outros (2013), realizado entre os anos de 1980 e 2006 com pacientes que foram submetidos às técnicas de DGYR, BGA e Sleeve, onde foram avaliadas as internações por abuso de álcool no pré e pós-cirúrgico, não houve

diferença na incidência de internação antes da cirurgia, para todas as técnicas. Porém, depois da cirurgia, houve elevação no risco de internação de duas vezes maior para os indivíduos submetidos ao DGYR, se comparados com todas as outras técnicas estudadas.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Pesquisa de campo, transversal, exploratória, descritiva, de base populacional. Este estudo também é caracterizado como quantitativo, pois envolve mensuração de variáveis que foram pré-determinadas e análise objetiva dos dados coletados.

3.2 AMOSTRA

O tamanho amostral foi definido por conveniência e foram entrevistados aleatoriamente 101 indivíduos de ambos os sexos, os quais são pacientes atendidos em um hospital que mantêm convênio com o SUS em Vila Velha.

Os critérios de inclusão neste estudo foram as seguintes características: indivíduos de ambos os sexos, adultos, com idade entre 18 a 70 anos, alfabetizados e que estavam inscritos para realizar a CB (51 indivíduos) ou que tenham feito algum tipo de técnica de CB a pelo menos 1 ano (50 indivíduos). Aqueles que não atenderem os critérios de inclusão, serão excluídos da amostra, mas obterão todos os benefícios que podem ser ofertados por este estudo aos seus voluntários.

3.3 MÉTODOS

As entrevistas foram realizadas dentro das dependências do hospital nos dias em que os pacientes tinham consultas agendadas, durante os meses de julho e agosto. Durante o tempo de espera para as consultas, os mesmos foram convidados a participar, sendo informados do objetivo deste estudo. Foram utilizados questionários validados e auto aplicativos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, desordens devido ao uso de álcool, grau de dependência de nicotina, nível de depressão e insatisfação com a imagem corporal, além da avaliação do estado nutricional. Caso o paciente desejasse, ele poderia ainda, realizar acompanhamento clínico nutricional na Clínica Escola de Nutrição do Centro Universitário Católico de Vitória.

3.3.1 Aspectos Éticos

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Universitário Católico de Vitória e após aprovação, foi dado início a pesquisa. Antes das entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para os participantes, que voluntariamente aceitaram participar e foram informados sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo. Os pesquisadores se comprometeram a manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. Todos os procedimentos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (2012).

3.3.2 Variáveis Sociodemográficas

Para avaliar as variáveis sociodemográficas foi aplicado um formulário (ANEXO A) em que as primeiras perguntas abordaram questões referentes à identificação, como idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação/profissão, entre outras informações.

3.3.3 Avaliação do Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional foi realizada através de medidas antropométricas, como: peso corporal, altura e circunferência do braço e de cintura, que foram aferidas conforme descrito por Acuña (2004). Os instrumentos utilizados para a coleta das medidas foram: a) balança com estadiômetro, devidamente calibrada e aferida com precisão de 100 g e de 0,5 cm para a régua; b) fita métrica flexível da marca Sanny. Os dados de peso e altura foram utilizados para calcular o IMC, sendo analisado conforme a classificação descrita no Quadro 7.

Quadro 7 - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC

| Classificação | IMC | Risco de comorbidades |
|----------------------|-------------|-----------------------|
| Baixo Peso | < 18,5 | Baixo |
| Eutrofia | 18,5 – 24,9 | Médio |
| Excesso de Peso | ≥ 25,0 | - |
| Pré-obesidade | 25,0 - 29,9 | Aumentado |
| Obesidade Classe I | 30,0 - 34,9 | Moderado |
| Obesidade Classe II | 35,0 - 39,9 | Grave |
| Obesidade Classe III | ≥ 40,0 | Muito grave |

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009.

O risco para complicações metabólicas através da CC foi classificado conforme a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2005), na qual a CC adequada para homens é <94 cm e para mulheres é <80 cm, sendo que acima desses valores há um risco aumentado para complicações metabólicas associadas à obesidade (Quadro 8).

Quadro 8 - Circunferência de cintura e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade

| Risco de complicações metabólicas | Circunferência de Cintura (cm) | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------|--|
| . , | Homem | Mulher | |
| Aumentado | ≥ 94 | ≥ 80 | |
| Aumentado substancialmente | ≥ 102 | ≥ 88 | |

Fonte: adaptado de World Health Organization, 2000.

3.3.4 Identificação do nível de depressão, da presença de desordens devido ao uso de álcool, do grau de dependência nicotínica, da insatisfação com a imagem corporal e avaliação do nível de qualidade de vida

Para avaliação do nível de qualidade de vida relacionado à saúde foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) (ANEXO B). Para identificação da insatisfação com a imagem corporal e tendência depressiva foram usados: Questionário sobre a Imagem Corporal (BSQ-34) (ANEXO C), Teste da Figura da Silhueta Corpórea (BFS) (ANEXO D) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (ANEXO E). Os indivíduos foram classificados como fumantes (aqueles que fumam ao menos um cigarro ao dia) ou não fumantes, etilistas (que fazem qualquer uso de bebidas alcóolicas) ou não etilistas, além da classificação de dependência alcóolica e/ou nicotínica daqueles que fazem utilização de alguma das duas substâncias. Para esta avaliação foram aplicados os questionários: Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (AUDIT) (ANEXO F) e o Teste de Fagerström (ANEXO G). Os participantes foram avaliados de acordo com as respostas coletadas e através das classificações de acordo com os resultados dos questionários. Foram orientados quanto ao preenchimento correto dos questionários antes do início das aplicações.

3.4 ANÁLISES DOS RESULTADOS

Os resultados foram apresentados através de frequência absoluta e relativa e de medidas de tendência central e de variabilidade. Foram feitas comparações entre as médias das domínios do questionário de qualidade de vida com as escalas de todos os outros testes, utilizando ANOVA e o Teste de Tukey. Além disso, foram utilizadas correlações de Pearson (paramétrica), para relacionar os domínios do questionário de qualidade de vida com as variáveis antropométricas, e de Spearman (não paramétrica) para avaliar a relação entre as escalas dos testes, sendo o coeficiente de correlação avaliado da seguinte forma (CALLEGARI-JACQUES, 2003): se 0,00 < ρ < 0,30, existe fraca correlação; se 0,30 \leq ρ < 0,60, existe moderada correlação; se 0,60 \leq ρ < 0,90, existe forte correlação; se 0,90 \leq ρ < 1,00, existe correlação muito forte. O nível de significância adotado nas análises foi de 5% (ρ \leq 0,05) com intervalo de confiança de 95%. O programa estatístico IBM SPSS *Statistics version* 21 foi utilizado na realização das análises.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADOS

Foram entrevistados 51 indivíduos que estavam na fila de espera para a realização da CB e 50 indivíduos já operados que foram divididos em dois grupos: grupo Préoperatório e grupo Pós-operatório. No primeiro grupo foram entrevistadas 45 mulheres e 6 homens e no segundo grupo 49 mulheres e 1 homem.

4.1.1 Grupo Pré-operatório

O peso mediano foi de 113,2 kg e médio de 118,2 kg (DP \pm 17,1 kg), a altura mediana de 1,62 m e média de 1,63 m (DP \pm 0,09 m), IMC mediano de 43,4 kg/m² e médio de 44,2 kg/m² (DP \pm 7,1 kg/m²) e a idade mediana foi de 38,0 anos e média de 40,6 anos (DP \pm 10,7 anos) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do peso, altura, IMC e idade dos pacientes do grupo pré-operatório

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|---------------------------------|---------|-------|---------------|
| Peso (kg) | 113,2 | 118,2 | 17,1 |
| Altura (m) | 1,62 | 1,63 | 0,09 |
| IMC (peso/altura ²) | 43,4 | 44,2 | 7,1 |
| Idade (anos) | 38,0 | 40,6 | 10,7 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

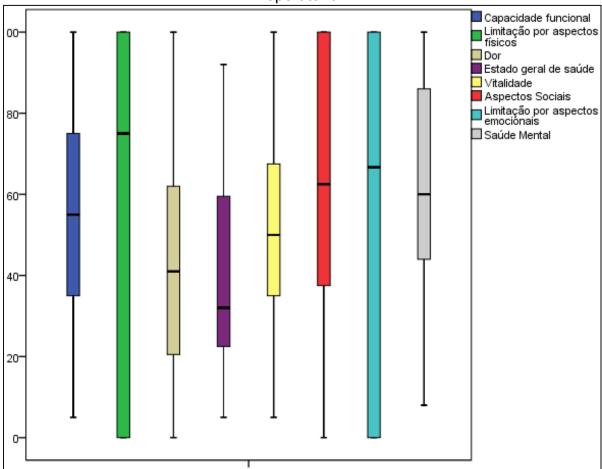
Os resultados obtidos através do Questionário de Qualidade de Vida (Tabela 3 e Gráfico 5) foram para cada domínio: a capacidade funcional obteve mediana de 55 e média de 53,9 (DP \pm 26,4), a limitação por aspectos físicos alcançou a mediana de 75 e média de 56,9 (DP \pm 45,0), a dor mediana foi de 41 e média de 44,0 (DP \pm 26,2), o estado geral de saúde mediano foi 32 e médio 39,7 (DP \pm 22,3), a vitalidade mediana foi 50 e média 50,0 (DP \pm 26,2), os resultados da mediana sobre aspectos sociais foram 63 e médio 64,5 (DP \pm 30,5), a limitação por aspectos emocionais obteve mediana de 67 e média de 60,8 (DP \pm 43,1) e a saúde mental mediana foi de 60 e média 60,5 (DP \pm 25,5).

Tabela 3 - Caracterização do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pré-operatório

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|-----------------------------------|---------|-------|---------------|
| Capacidade funcional | 55 | 53,9 | 26,4 |
| Limitação por aspectos físicos | 75 | 56,9 | 45,0 |
| Dor | 41 | 44,0 | 26,2 |
| Estado geral de saúde | 32 | 39,7 | 22,3 |
| Vitalidade | 50 | 50,0 | 26,2 |
| Aspectos Sociais | 63 | 64,5 | 30,5 |
| Limitação por aspectos emocionais | 67 | 60,8 | 43,1 |
| Saúde Mental | 60 | 60,5 | 25,5 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Gráfico 5 - Representação do Questionário de Qualidade de Vida do grupo préoperatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A correlação entre o IMC e a idade com o Questionário de Qualidade de Vida somente ocorreu para o cruzamento do IMC com o estado geral de saúde, onde houve uma correlação negativa fraca (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre a qualidade de vida com o IMC e idade do grupo pré-operatório

| | IMC | Idade |
|-----------------------------------|---------|--------|
| Capacidade funcional | -0,193 | -0,273 |
| Limitação por aspectos físicos | -0,260 | 0,015 |
| Dor | -0,141 | -0,259 |
| Estado geral de saúde | -0,296* | -0,011 |
| Vitalidade | -0,122 | -0,184 |
| Aspectos Sociais | -0,101 | 0,029 |
| Limitação por aspectos emocionais | -0,223 | -0,063 |
| Saúde Mental | -0,158 | 0,094 |

^{*.} A correlação é significativa ao nível de 5%.

Nota: Correlação de Pearson.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Inventário de Depressão de Beck são apresentados na Tabela 5. Pode-se ressaltar alguns pontos importantes dentro de aspectos emocionais como: 47% dos entrevistados relataram sentir-se tristes, sendo que 14% sentem-se tristes o tempo todo e não conseguem evitar o sentimento; 39% sentem-se desanimados com relação ao futuro e 12% acreditam que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar; 21,5% alegam que no seu passado, só conseguem enxergar fracassos; 51% não tem mais satisfação com as coisas como costumava ter, 53% sentem-se culpados grande parte do tempo e 23,5% sentem que estão sendo punidos por algo. 63% estão desapontados consigo, 7,84% já pensaram em suicídio apesar de não serem capazes de fazer isso e 3,92% se matariam se houvesse oportunidade, totalizando quase 12% de indivíduos que cogitam suicidarse. 33,33% tem se irritado mais facilmente do que costumava e quase 10% se irritam o tempo todo; 39,2% tem dificuldades na tomada de decisões e 60,8% consideram que a sua aparência atual não é nada atraente.

Com relação aos aspectos físicos relacionados à saúde do mesmo questionário podese ressaltar os seguintes pontos: 37,3% necessitam de esforço extra para fazer qualquer coisa, 15,7% tem que se esforçar muito para fazer qualquer coisa e 3,92% não conseguem mais executar trabalho nenhum, levando ao percentual de 57% de indivíduos com prejuízos na força de trabalho. Com relação ao sono desses indivíduos, 60,8% relataram prejuízos, sendo que 41,2% acordam horas mais cedo e não conseguem voltar a dormir e 19,6% e relataram não dormir tão bem como costumavam. Além disso, 39,2% relataram ficarem cansados com maior facilidade do que antes, 11,8% ficam cansados ao fazer quase tudo e 9,8% estão cansados demais para fazer qualquer coisa. O apetite também foi afetado: 72,6% relataram algum grau de perda do apetite, assim como o apetite sexual que houve diminuição em 53% dos entrevistados. Com relação ao estado de saúde dos mesmos, 33,34% relataram estar tão preocupados com os problemas físicos que torna-se difícil pensar em outra coisa.

Tabela 5 - Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pré-operatório

(continua) Feminino Masculino **Total** Variáveis % % % n n n 1ª AFIRMAÇÃO Não me sinto triste. 23 51,11 66.67 27 52.94 4 2 15 33,33 33,33 Eu me sinto triste. 17 33,33 Me sinto triste o tempo todo e não consigo evitar. 13,33 0 0 6 11,76 2,222 0 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. 0 1 1,961 2ª AFIRMAÇÃO Não estou completamente desanimado com relação ao futuro. 27 60 4 66,67 31 60,78 Me sinto desanimado em relação ao futuro. 10 22,22 1 16,67 11 21,57 Sinto que não tenho nada a esperar. 6,667 0 3 0 3 5,882 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem 11,11 16,67 1 6 11,76 melhorar. 3ª AFIRMAÇÃO Não me sinto fracassado. 17 37,78 3 50 20 39,22 Sinto que falhei mais do que uma pessoa comum. 18 40 2 33,33 20 39.22 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma 9 20 16,67 10 19,61 quantidade de fracassos. Sinto que sou um completo fracasso. 2,222 0 1,961 4ª AFIRMAÇÃO 20 44,44 Eu tenho prazer nas coisas, como antes. 5 83,33 25 49,02 17 37,78 16,67 Não tenho satisfação com as coisas, como costumava ter. 1 18 35,29 Não consigo sentir verdadeira satisfação em mais nada. 6,667 0 0 3 5,882 3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo. 11,11 0 0 5 9,804 5ª AFIRMAÇÃO 20 44.44 4 Não me sinto particularmente culpado. 66,67 24 47.06 Me sinto culpado grande parte do tempo. 21 46,67 2 23 45,1 33,33 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo. 4,444 0 2 3,922 Me sinto culpado durante o tempo todo. 2 4,444 0 0 2 3,922 6ª AFIRMAÇÃO Não sinto que eu esteja sendo punido por algo. 25 55,56 50 28 54,9 Sinto que posso ser punido. 8 17,78 1 16.67 9 17,6 2 4,444 0 2 Sinto que serei punido. 0 3,92 Sinto que estou sendo punido. 10 22.22 2 33.33 12 23.5 7ª AFIRMAÇÃO Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 16 35,56 50 37,3 3 19 Estou desapontado comigo mesmo. 13 28.89 1 16.67 14 27,5 Me sinto desgostoso comigo mesmo. 16 35,56 2 33,33 18 35,3 0 0 0 Eu me odeio. 0 0 0

Tabela 5 - Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pré-operatório

(continuação)

| | | | | (cor | tinuaçao) | | |
|---|----------|----------------|--------|----------------|-----------|--------------|--|
| Variáveis | | Feminino | | Masculino | | Total | |
| | | % | n | % | n | % | |
| 8º AFIRMAÇÃO | | | | | | | |
| Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa. | 20 | 44,44 | 4 | 66,67 | 24 | 47,1 | |
| Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. | 13 | 28,89 | 2 | 33,33 | 15 | 29,4 | |
| Culpo-me constantemente pelas minhas falhas. | 11 | 24,44 | 0 | 0 | 11 | 21,6 | |
| Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. | 1 | 2,222 | 0 | 0 | 1 | 1,96 | |
| 9º AFIRMAÇÃO | | | | | | | |
| Não tenho qualquer ideia de me matar. | 39 | 86,67 | 6 | 100 | 45 | 88,2 | |
| Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de fazer isso. | 4 | 8,889 | 0 | 0 | 4 | 7,84 | |
| Gostaria de me matar. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Me mataria se tivesse oportunidade. 10a AFIRMAÇÃO | 2 | 4,444 | 0 | 0 | 2 | 3,92 | |
| Não costumo chorar mais do que o normal. | 24 | 53,33 | 4 | 66,67 | 28 | 54,9 | |
| Choro mais agora do que costumava chorar antes. | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,5 | |
| Atualmente, choro o tempo todo. | 5 | 11,11 | 0 | 0 | 5 | 9,8 | |
| Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda | 4 | 8,889 | 1 | 16,67 | 5 | 9,8 | |
| que queira. | 7 | 0,000 | ' | 10,07 | J | 5,0 | |
| 11ª AFIRMAÇÃO Não me irrito mais como costumava me irritar. | 21 | 46,67 | 3 | 50 | 24 | 47,06 | |
| Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. | 16 | 35,56 | 1 | 16,67 | 17 | | |
| Atualmente, me sinto irritado o tempo todo. | 4 | 8,889 | 1 | 16,67 | 5 | 9,804 | |
| Já não consigo ficar irritado com as coisas que antes me | 4 | 8,889 | 1 | 16,67 | 5 | 9,804 | |
| irritavam. | 4 | 0,009 | ' | 10,07 | 5 | 9,004 | |
| 12ª AFIRMAÇÃO Não perdi o interesse nas outras pessoas. | 24 | 53,33 | 3 | 50 | 27 | 52,94 | |
| Estou menos interessado pelas pessoas do que costumava | | | | | | | |
| estar. | 16 | 35,56 | 3 | 50 | 19 | 37,25 | |
| Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. | 5 | 11,11 | 0 | 0 | 5 | 9,804 | |
| Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 13° AFIRMAÇÃO | | | | | | | |
| Tomo decisões tão bem quanto antes. | 27 | 60 | 4 | 66,67 | | 60,78 | |
| Adio as minhas decisões mais do que costumava. | 5 | 11,11 | 0 | 0 | 5 | 9,804 | |
| Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes. | 13 | 28,89 | 2 | 33,33 | | 29,41 | |
| Já não consigo tomar qualquer decisão. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 14ª AFIRMAÇÃO | | | | | | | |
| Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava | 18 | 40 | 2 | 33,33 | 20 | 39,22 | |
| ser. Estou preocupado porque estou parecendo velho ou nada | | | _ | | | | |
| atraente. | 15 | 33,33 | 3 | 50 | 18 | 35,29 | |
| Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 | |
| me tornam nada atraente. | | , | | | | | |
| Me considero feio. 15a AFIRMAÇÃO | 5 | 11,11 | 0 | 0 | 5 | 9,804 | |
| - | 24 | 46.67 | 4 | 16.67 | 22 | 12.1 | |
| Posso trabalhar tão bem como antes. | 21 15 | 46,67 | 1 | 16,67 | 22 | 43,1 | |
| Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa. | 7 | 33,33 15,56 | 4 | 66,67 16,67 | 19 g | 37,3 15.7 | |
| Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa. Não consigo mais fazer nenhum trabalho. | 2 | 4,444 | 1 0 | 16,67 0 | 8 2 | 15,7 3,92 | |
| Mad consign mais lazer hermum trabalito. | 2 | 7,444 | U | U | _ | 5,82 | |

Tabela 5 - Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pré-operatório

(conclusão) Feminino Masculino Total Variáveis % n % n % 16ª AFIRMAÇÃO Durmo tão bem como habitualmente. 19 42,22 1 16,67 20 39,2 Não durmo tão bem como costumava. 10 22,22 0 19,6 0 10 Acordo 1/2 horas mais cedo que o normal e é difícil voltar dormir. 11,11 16,67 11,8 1 6 Acordo várias horas mais cedo e não consigo voltar a dormir. 24.44 15 29.4 4 66,67 17ª AFIRMAÇÃO Não fico mais cansado do que o habitual. 39,2 19 42,22 1 16,67 20 Fico cansado com mais facilidade do que antes. 17 37,78 3 50 20 39,2 Fico cansado ao fazer quase tudo. 8,889 2 33,33 6 11,8 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. 11.11 0 5 9.8 18ª AFIRMAÇÃO O meu apetite é o mesmo de sempre. 13 28,89 27,5 1 16,67 14 Não tenho tanto apetite como costumava ter. 22 48.89 4 66.67 26 51 O meu apetite, agora, está muito pior. 13,33 0 6 6 11,8 0 Perdi completamente o apetite. 8,889 1 16,67 5 9,8 19ª AFIRMAÇÃO Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 26 57.78 4 66.67 30 58.82 12 26,67 1 13 25,49 Perdi mais de 2,5 kg. 16,67 Perdi mais de 5 kg. 8 17,78 1 16,67 9 17,65 0 Perdi mais de 7 kg. 0 0 0 0 0 20^a AFIRMAÇÃO A minha saúde não me preocupa mais do que o normal. 12 26.67 16,67 13 25,49 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, 18 40 2 33,33 20 39,22 indisposição do estômago ou prisão de ventre. Estou muito preocupado com problemas físicos e torna-se difícil 13,33 2 33,33 8 15,69 pensar em outra coisa. Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não 17,78 1 16,67 9 17,65 consigo pensar em qualquer outra coisa. 21ª AFIRMAÇÃO Não tenho observado qualquer alteração recente no meu 20 44,44 4 66,67 24 47,06

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Perdi completamente o interesse em sexo.

Estou menos interessado por sexo do que costumava.

Me sinto, atualmente, muito menos interessado por sexo.

interesse por sexo.

Não houve significância estatística na comparação entre as médias dos escores do Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck, portanto, as médias da escala são semelhantes para todas as variáveis envolvidas (Tabela 6). Entretanto, pode-se observar uma tendência que aproximou-se da significância na comparação de médias do domínio dor e níveis de depressão (*p*>0,05).

14 31.11

3

6,667

17,78 0

0

33.33

0

0

16 31.37

3

8

5,882

15,69

Tabela 6 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck do grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* | |
|---|---------------------------------|-------|---------------|----------|--|
| Capacidade funcional | Sem depressão ou depressão leve | 76,4 | 25,3 | | |
| | Depressão leve a moderada | 75,0 | 27,9 | 0,693 | |
| | Depressão moderada a grave | 70,0 | 41,4 | | |
| | Depressão grave | 97,5 | 3,5 | | |
| Limitação por aspectos físicos | Sem depressão ou depressão leve | 79,0 | 37,3 | 0,301 | |
| | Depressão leve a moderada | 77,9 | 35,2 | | |
| | Depressão moderada a grave | 95,0 | 11,2 | | |
| | Depressão grave | 37,5 | 53,0 | | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 57,8 | 25,4 | 0,051 | |
| Dor | Depressão leve a moderada | 69,1 | 31,2 | | |
| | Depressão moderada a grave | 89,9 | 16,5 | | |
| | Depressão grave | 92,0 | 11,3 | | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 58,9 | 20,3 | 0,641 | |
| Estado geral de saúde | Depressão leve a moderada | 64,7 | 14,4 | | |
| | Depressão moderada a grave | 67,2 | 24,1 | | |
| | Depressão grave | 53,5 | 33,2 | | |
| Vitalidade | Sem depressão ou depressão leve | 56,4 | 25,2 | 0,201 | |
| | Depressão leve a moderada | 67,1 | 31,5 | | |
| | Depressão moderada a grave | 76,0 | 19,8 | | |
| | Depressão grave | 35,0 | 35,4 | | |
| Aspectos Sociais | Sem depressão ou depressão leve | 70,5 | 30,8 | | |
| | Depressão leve a moderada | 65,9 | 30,0 | 0,102 | |
| | Depressão moderada a grave | 90,0 | 13,7 | | |
| | Depressão grave | 112,5 | 17,7 | | |
| Limitação por aspectos emocionais | Sem depressão ou depressão leve | 70,7 | 41,2 | | |
| | Depressão leve a moderada | 62,8 | 45,5 | 0.227 | |
| | Depressão moderada a grave | 100,0 | 0,0 | 0,327 | |
| | Depressão grave | 50,0 | 70,7 | | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 57,1 | 26,1 | | |
| Saúde Mental | Depressão leve a moderada | 69,7 | 23,9 | 0.040 | |
| | Depressão moderada a grave | 77,6 | 16,2 | 0,219 | |
| | Depressão grave | 52,0 | 45,3 | | |

* ANOVA.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os escores do Inventário de Depressão de Beck mais observados foram: leve a moderada em 25,5% e moderada a grave 25,5%, além disso 15,7% desta população apresentou depressão grave, totalizando 66,7% de indivíduos com algum grau de depressão (Gráfico 6).

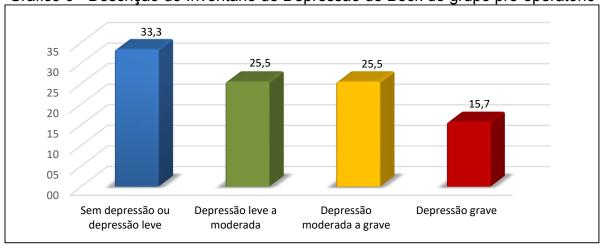


Gráfico 6 - Descrição do Inventário de Depressão de Beck do grupo pré-operatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Questionário sobre a Imagem Corporal são apresentados na Tabela 7. Das respostas obtidas ressalta-se somente as respostas dos participantes que realizam as variáveis analisadas com maior frequência (frequentemente, muito frequentemente e sempre). Observam-se os seguintes pontos: 51% do grupo relatou que quando ficam entediados acabam preocupando-se com a forma física, 82,35% têm sentido medo de ficar mais gordo, 60,78% acham que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole e 56,86% referiram que choram por sentirem-se mal a respeito do corpo. 68,63% têm evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo, 62,74% referiram que estarem nus, por exemplo, durante o banho, os fazem sentirem-se gordos e 39,21% imaginam-se cortando fora partes do corpo. 62,74% relataram que sentem-se gordos ao estarem satisfeitos, como após a realização de uma grande refeição e que sentem-se mais contentes com relação ao físico quando estão de estômago vazio (37,25%). Neste grupo, 7,84% vomitam e 9,8% tomam laxantes para se sentirem mais magros.

No que diz respeito ao convívio social, 70,58% relataram ter vergonha do corpo, 41,17% já deixaram de participar de eventos sociais por sentirem-se mal com o físico e 66,66% evitam situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo, por exemplo, vestiários, praias ou banhos de piscina. Estar com pessoas magras, os faz sentirem-se preocupados em relação ao físico (51%), ao se comparar sentem-se em desvantagem (58,82%) e acham injusto outras pessoas serem mais magras (23,53%).

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(continua) **Feminino** Masculino Total Variáveis % n % n % 1. Sentir-se entediado faz você se preocupar com sua forma física? 24,44 2 33,33 25,49 Nunca 11 13 Raramente 4 8.89 1 16,67 9,80 5 Às vezes 7 15,56 0,00 7 13,73 0 3 6,67 5,88 Frequentemente 0 0,00 3 Muito frequentemente 4 8.89 0 0.00 4 7.84 35,56 3 50,00 Sempre 16 19 37,25 2. Tem estado tão preocupado com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? Nunca 3 6,67 0 0,00 3 5,88 Raramente 5 11,11 16,67 11,76 1 6 Às vezes 7 15,56 0 0,00 7 13,73 4 9,80 Frequentemente 8,89 1 16,67 5 5 Muito frequentemente 11.11 0 0.00 5 9.80 Sempre 21 46.67 4 66,67 25 49.02 3. Acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? Nunca 12 26.67 3 50.00 15 29.41 Raramente 2 4,44 0 0.00 2 3,92 8 Às vezes 17,78 16,67 9 17,65 1 2 2 0 0,00 3,92 Frequentemente 4,44 2 4,44 Muito frequentemente 0 0,00 2 3,92 19 42,22 2 21 Sempre 33,33 41,18 4. Tem sentido medo de ficar gordo (ou mais gordo)? Nunca 2 4,44 0 0,00 2 3,92 Raramente 3 6,67 1 16,67 4 7.84 Às vezes 3 6,67 0 0.00 3 5.88 Frequentemente 3 6,67 1 16,67 4 7,84 0 0 0,00 0 Muito frequentemente 0,00 0,00 Sempre 34 75,56 4 66,67 38 74,51 5. Preocupa-se com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? 9 20,00 33,33 11 21,57 Nunca Raramente 4 8.89 0 0,00 4 7,84 Às vezes 4 8.89 0 0.00 4 7.84 4 8,89 0.00 4 7,84 Frequentemente 0 Muito frequentemente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Sempre 23 51,11 4 66,67 27 52,94 6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo? 24,44 Nunca 11 1 16,67 12 23,53 Raramente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 As vezes 10 22,22 3 50,00 13 25,49 Frequentemente 5 11,11 0 0,00 5 9,80 Muito frequentemente 2 4,44 0 0.00 2 3,92 Sempre 16 35,56 2 33,33 18 35,29

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(continuação) **Feminino** Masculino Total **Variáveis** % % n % n n 7. Já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? Nunca 24,44 3 50.00 14 27.45 11 Raramente 3 6,67 2 33,33 5 9,80 Às vezes 3 6,67 0,00 3 5,88 0 3 0,00 5,88 Frequentemente 6,67 0 3 Muito frequentemente 5 11.11 0 0.00 5 9.80 Sempre 20 44,44 1 16,67 21 41,18 8. Já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balancar? Nunca 19 42,22 3 50,00 22 43,14 Raramente 2.22 1 16,67 2 3.92 1 Às vezes 3 6,67 1 16,67 4 7,84 8,89 7,84 Frequentemente 4 0 0,00 4 2 5.88 Muito frequentemente 4.44 1 16.67 3 Sempre 16 35,56 0 0.00 16 31,37 9. Estar com pessoas magras faz você se sentir preocupado em relação ao seu físico? Nunca 9 20,00 4 66,67 13 25,49 Raramente 2 4,44 1 16,67 3 5,88 Às vezes 9 20.00 0 0.00 9 17,65 2 2 4.44 0 3.92 Frequentemente 0.00 Muito frequentemente 4 8.89 4 7.84 0 0.00 19 42,22 39,22 Sempre 1 16,67 20 10. Já se preocupou de suas coxas poderem espalharse quando se senta? 40,00 Nunca 18 5 83,33 23 45,10 Raramente 3 6,67 0 0.00 3 5,88 7 Às vezes 15,56 1 16,67 8 15,69 Frequentemente 2 4,44 0 0.00 2 3.92 Muito frequentemente 3 5,88 6,67 0 0.00 3 12 Sempre 26,67 0 0,00 12 23,53 11. Já se sentiu gordo, comendo menos comida? Nunca 7 15,56 1 16,67 8 15,69 Raramente 3 6,67 1 16,67 4 7,84 Às vezes 6 13,33 1 16,67 7 13,73 8 17,78 Frequentemente 1 16,67 9 17,65 Muito frequentemente 1 0 1 2,22 0,00 1,96 Sempre 20 44,44 2 33,33 22 43,14 12. Tem reparado no físico de outras pessoas e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? 17,78 50,00 11 21,57 8 3 Nunca Raramente 3 6.67 1 16.67 4 7.84 6 13,33 0 0,00 6 11,76 Às vezes 2 4,44 0 0.00 2 3,92 Frequentemente 2 2 Muito frequentemente 4,44 0 0.00 3,92 Sempre 53,33 2 33,33 26 50,98

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(continuação) **Feminino** Masculino Total Variáveis n % n % n % 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? Nunca 26 57,78 2 33.33 28 54.90 Raramente 3 6,67 2 33,33 5 9,80 5 Às vezes 11,11 1 16,67 6 11,76 1 2,22 0 0,00 1,96 Frequentemente 1 Muito frequentemente 4 8.89 0 0.00 4 7,84 13,33 7 Sempre 6 1 16,67 13,73 14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo? Nunca 11 24.44 2 33,33 13 25.49 Raramente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Às vezes 3 6,67 2 33,33 5 9,80 Frequentemente 2 4,44 0 0,00 2 3,92 0 0.00 0 0.00 Muito frequentemente 0.00 0 Sempre 28 62.22 2 33,33 30 58.82 15. Tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? 17,78 2 33,33 10 19,61 Nunca 8 Raramente 2 4,44 0 0,00 2 3,92 Às vezes 4 8,89 0 0,00 4 7,84 6 13.33 7 Frequentemente 1 16.67 13.73 Muito frequentemente 4 8.89 0 0,00 4 7,84 21 46,67 50.00 24 47,06 3 16. Imagina-se cortando fora porções de seu corpo? 2 25 Nunca 23 51,11 33,33 49,02 Raramente 1 2.22 0 0.00 1 1,96 Às vezes 4 8.89 1 16,67 5 9.80 3 Frequentemente 6.67 0 0.00 3 5.88 Muito frequentemente 0 0,00 0 0,00 0 0,00 14 31,11 3 50,00 17 33,33 Sempre 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo? 10 22,22 1 16,67 21,57 Nunca 11 3 6.67 2 Raramente 33,33 5 9,80 5 11,11 Às vezes 1 16,67 6 11.76 Frequentemente 4 8.89 0 0.00 4 7,84 Muito frequentemente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Sempre 22 48,89 2 33,33 24 47,06 18. Deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 33,33 Nunca 15 3 50,00 18 35,29 13.73 Raramente 6 13,33 1 16.67 7 5 Às vezes 11,11 0 0,00 5 9.80 Frequentemente 4 8.89 1 16,67 5 9.80 Muito frequentemente 1 2,22 1 2 16,67 3,92 Sempre 14 31,11 0 0,00 14 27,45

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(continuação) **Feminino** Masculino Total **Variáveis** % % n % n n 19. Sente-se excessivamente grande e arredondado? Nunca 5 2 33,33 7 13,73 11,11 Raramente 3 6,67 0 0.00 3 5.88 Às vezes 5 11,11 11,76 1 16,67 6 Frequentemente 1 2,22 0 0.00 1 1,96 Muito frequentemente 3 6,67 0 0.00 3 5,88 28 62,22 3 50,00 60,78 Sempre 31 20. Já teve vergonha do seu corpo? 11,11 7 Nunca 5 2 33,33 13,73 Raramente 3 6,67 1 16,67 4 7,84 Às vezes 3 6,67 1 16,67 4 7,84 2 2 3,92 Frequentemente 4,44 0 0.00 Muito frequentemente 3 6,67 0 0.00 3 5,88 29 2 Sempre 64,44 33,33 31 60,78 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 13,33 0 0,00 6 11,76 Nunca 6 Raramente 0 0.00 0 0.00 0 0.00 Às vezes 12 26,67 16,67 13 25,49 2 4,44 16,67 3 5,88 Frequentemente 1 Muito frequentemente 4 8.89 0 0.00 4 7,84 21 46,67 4 66,67 25 49,02 Sempre 22. Sente-se mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? Nunca 17 37.78 3 50,00 20 39.22 Raramente 2 4,44 0 0,00 2 3,92 8 Às vezes 17.78 2 33.33 10 19.61 Frequentemente 3 6,67 0 0,00 3 5,88 Muito frequentemente 1 2.22 0 0,00 1 1,96 Sempre 14 31,11 1 16,67 15 29,41 23. Acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 7 15,56 2 9 17,65 Nunca 33,33 4,44 2 Raramente 1 16.67 3 5.88 Às vezes 6 13,33 2 33.33 8 15.69 Frequentemente 2 4,44 0 0.00 2 3.92 Muito frequentemente 5 11,11 0 0,00 5 9,80 23 51,11 16,67 24 47,06 Sempre 1 24. Preocupa-se que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? 16 35,56 3 50,00 19 37,25 Nunca Raramente 2,22 0.00 0 1 1,96 1 3 Às vezes 6,67 0 0.00 3 5,88 Frequentemente 2 4,44 1 16,67 3 5,88 Muito frequentemente 1 2,22 0 0.00 1 1,96 Sempre 22 48,89 2 24 33,33 47,06

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(continuação) **Feminino** Masculino Total Variáveis n % n % n % 25. Acha injusto que as outras pessoas sejam mais magras que você? 3 28 54,90 Nunca 25 55,56 50,00 Raramente 5 11,11 2 33,33 7 13,73 4 8,89 0 0,00 7,84 Às vezes 4 2 4,44 2 Frequentemente 0 0,00 3,92 Muito frequentemente 2 4.44 0 0.00 2 3.92 7 Sempre 15,56 1 16,67 8 15,69 26. Já vomitou para se sentir mais magro? Nunca 38 84,44 6 100,00 44 86,27 Raramente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Às vezes 2 4,44 0 0.00 2 3,92 2 4,44 0 0.00 2 3,92 Frequentemente Muito frequentemente 0 0.00 0 0.00 0 0.00 2 0.00 2 Sempre 4,44 0 3,92 27. Quando acompanhado, você fica preocupado em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? Nunca 10 22,22 2 33,33 12 23,53 Raramente 2 4,44 0 0,00 2 3,92 Às vezes 6 7 13,73 13,33 1 16,67 0.00 1,96 Frequentemente 0 1 16,67 1 2,22 1,96 Muito frequentemente 1 0 0,00 1 Sempre 26 57,78 2 33,33 28 54,90 28. Preocupa-se com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? Nunca 7 15,56 2 33,33 9 17,65 Raramente 2 4,44 0,00 3,92 0 2 Às vezes 6 13.33 1 16.67 7 13.73 Frequentemente 3 6,67 0 0,00 3 5,88 Muito frequentemente 2 4.44 0 0.00 2 3.92 25 55,56 50,00 28 54,90 Sempre 3 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? Nunca 5 11,11 2 33,33 7 13,73 Raramente 3 6.67 1 16.67 4 7.84 13,33 7 13,73 Às vezes 6 1 16,67 Frequentemente 2 4.44 0 0,00 2 3.92 Muito frequentemente 2 2 4,44 0 0,00 3,92 Sempre 27 60,00 2 33,33 29 56,86 30. Belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 3 Nunca 22 48.89 50.00 25 49.02 Raramente 3 6,67 2 33,33 5 9.80 Às vezes 5 0 0.00 5 9.80 11.11 Frequentemente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Muito frequentemente 4 7.84 4 8,89 0 0,00 Sempre 22,22 16,67 21,57 10 1 11

Tabela 7 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo Pré-operatório

(conclusão) **Feminino** Masculino **Total** Variáveis % n % n n % 31. Evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 20,00 16,67 19,61 Nunca 9 1 10 Raramente 2,22 0 0.00 1 1,96 1 Às vezes 4 8,89 2 33,33 11,76 6 7,84 Frequentemente 4 8,89 0 0,00 4 Muito frequentemente 2 4,44 0 0,00 2 3.92 25 55,56 Sempre 3 50,00 28 54,90 32. Toma laxantes para se sentir magro? 80,39 Nunca 35 77,78 6 100,00 41 Raramente 1 2,22 0 0,00 1 1,96 Às vezes 4 8,89 0 0,00 4 7,84 Frequentemente 3 6,67 0,00 3 5,88 0 Muito frequentemente 0 0,00 0.00 0 0.00 0 Sempre 2 4,44 0.00 2 3,92 33. Fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? 8 17,78 2 33,33 10 19,61 Nunca Raramente 2 4,44 0,00 2 3,92 0 Às vezes 5 11,11 0 0,00 5 9,80 4 4 7,84 Frequentemente 8,89 0 0.00 2 4,44 0.00 2 3,92 Muito frequentemente 0 54,90 Sempre 24 53,33 66,67 28 4 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 2 4,44 0 0.00 2 3,92 Nunca Raramente 2 4,44 0 0,00 2 3,92 0,00 Às vezes 6 13,33 11,76 0 6 Frequentemente 6 13.33 16.67 7 13.73 1 Muito frequentemente 3 3 5,88 6,67 0 0,00

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Sempre

As limitações por aspectos físicos, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e a saúde mental do Questionário de Qualidade de Vida apresentaram diferenças entre as médias do Questionário sobre a Imagem Corporal (Tabela 8), logo, a maior média da limitação por aspectos físicos foi de leve insatisfação (95,8; DP \pm 10,2), aspectos sociais normais e de leve insatisfação foram semelhantes (85,0; DP \pm 15,4 e 83,3; DP \pm 21,9), limitações por aspectos emocionais normais (90,0; DP \pm 31,6) e a saúde mental normal (87,6; DP \pm 14,7).

26

57,78

5

83,33

31

60,78

Tabela 8 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|----------|--|
| | Normal | 70,0 | 30,1 | | |
| Capacidade funcional | Leve insatisfação | 63,3 | 28,6 | 0,056 | |
| Capacidade idilcional | Moderada insatisfação | 55,5 | 15,9 | 0,030 | |
| | Grave insatisfação | 44,2 | 25,4 | | |
| | Normal | 80,0b | 36,9 | | |
| Limitação por concetos fícioso | Leve insatisfação | 95,8c | 10,2 | 0,012 | |
| Limitação por aspectos físicos | Moderada insatisfação | 47,7a | 45,4 | 0,012 | |
| | Grave insatisfação | 41,7a | 45,2 | | |
| | Normal | 60,9 | 27,9 | | |
| Dor | Leve insatisfação | 52,7 | 24,4 | 0,059 | |
| Doi | Moderada insatisfação | 43,7 | 19,0 | 0,059 | |
| | Grave insatisfação | 35,0 | 26,0 | | |
| | Normal | 46,0 | 31,0 | | |
| Catada saral da asúda | Leve insatisfação | 49,2 | 17,8 | 0.404 | |
| Estado geral de saúde | Moderada insatisfação | 46,0 | 24,0 | 0,121 | |
| | Grave insatisfação | 31,8 | 16,3 | | |
| | Normal | 64,0 | 26,8 | | |
| Vitalidada | Leve insatisfação | 63,3 | 23,8 | 0.055 | |
| Vitalidade | Moderada insatisfação | 51,4 | 25,0 | 0,055 | |
| | Grave insatisfação | 40,2 | 24,2 | | |
| | Normal | 85,0 ^b | 15,4 | | |
| Aspestas Casisia | Leve insatisfação | 83,3 ^b | 21,9 | 0,014 | |
| Aspectos Sociais | Moderada insatisfação | 54,5a | 33,2 | 0,014 | |
| | Grave insatisfação | 55,7a | 30,6 | | |
| | Normal | 90,0b | 31,6 | | |
| Limitação por aspectos | Leve insatisfação | 55,6a | 45,5 | 0.030 | |
| emocionais | Moderada insatisfação | 69,7a | 40,7 | 0,039 | |
| | Grave insatisfação | 45,8a | 42,6 | | |
| | Normal | 87,6 ^b | 14,7 | | |
| Carido Marital | Leve insatisfação | 79,3 ^{ab} | 12,8 | - 0 004 | |
| Saúde Mental | Moderada insatisfação | 57,8a | 17,1 | < 0,001 | |
| | Grave insatisfação | 45,7a | 23,0 | | |

^{*} ANOVA; ^{abc} Letras diferentes indicam diferenças entre as médias (Teste de Tukey). Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Houve grave insatisfação em 47,1%, moderada insatisfação para 21,6% e leve insatisfação para 11,8%, totalizando 80,5% de indivíduos com algum grau de insatisfação com a imagem corporal; além disso, através do teste de autopercepção da Figura da Silhueta Corpórea, 100,0% dos indivíduos estavam insatisfeitos e desejavam ter uma silhueta mais magra (Gráfico 7).

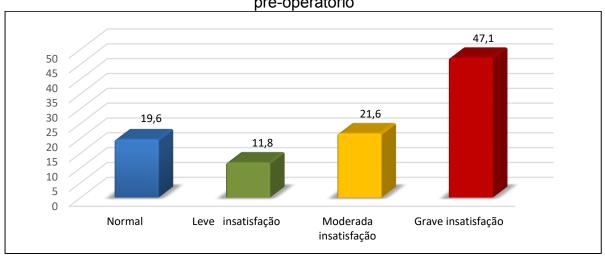


Gráfico 7 - Descrição do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A classificação em etilistas ou não etilistas e fumantes ou não fumantes do grupo Préoperatório está descrito na Tabela 9. A partir desta classificação, os voluntários etilistas ou fumantes, responderam o Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool e/ou Teste de Fagerström. Neste grupo, apenas 1 (1,96%) indivíduo era fumante e o mesmo foi classificado como muito baixo para grau de dependência nicotínica através do Teste de Fagerström, mas 15 (29,4%) pessoas relataram já ter fumado no passado. Sobre à utilização de bebidas alcóolicas, 33,3% fazem uso e 7,84% já beberam no passado.

Tabela 9 - Utilização de bebidas alcóolicas e fumo no grupo pré-operatório

| Fuma? | n | % | Bebe? | n | % |
|---------------------|----|------|---------------------|----|------|
| Sim | 1 | 1,96 | Sim | 17 | 33,3 |
| Não | 35 | 68,6 | Não | 30 | 58,8 |
| Já fumou no passado | 15 | 29,4 | Já bebeu no passado | 4 | 7,84 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Com relação ao preenchimento do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (Tabela 10), seguem os resultados obtidos. Dentre os que fazem uso, 64,71% bebem uma vez por mês ou menos, 29,41% bebem de duas a quatro vezes por mês e 5,9% bebem de duas a três vezes por semana. Com relação à quantidade de doses ingeridas ao beber, 47,1% bebe uma ou duas doses, 23,5% bebe de três a quatro, 17,6% bebe de cinco a seis, 5,88% bebe de sete a nove e 5,88% bebe dez ou

mais doses. Também foi observada a frequência em que o indivíduo consome seis doses ou mais em uma única ocasião, sendo que 17,6% fazem isso ao menos uma vez por mês. Além disso, 11,8% dos entrevistados que fazem uso de bebidas alcóolicas relataram que ao menos uma vez ao mês percebem que não conseguem parar de beber depois que começam.

Tabela 10 - Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pré-operatório

(continua) **Variáveis** % n 1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? Nunca 0 0 Uma vez por mês ou menos 11 64,7 Duas a quatro vezes por mês 5 29.4 Duas a três vezes por semana 5,88 1 0 0 Quatro ou mais vezes por semana 2. Quando bebe, quantas doses você costuma tomar? Uma ou duas 8 47,1 4 23,5 Três ou quatro Cinco ou seis 3 17,6 De sete a nove 1 5,88 Dez ou mais 1 5,88 3. Com que frequência consome seis doses ou mais numa única ocasião? 10 58,8 Nunca Menos de um vez por mês 4 23,5 Pelo menos uma vez por mês 2 11,8 Pelo menos uma vez por semana 5,88 1 Diariamente ou quase diariamente 0 0 4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar? Nunca 14 82,4 Menos de um vez por mês 1 5,88 Pelo menos uma vez por mês 2 11,8 Pelo menos uma vez por semana 0 0 Diariamente ou quase diariamente 0 0 5. Nos últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu cumprir algum compromisso por ter bebido? Nunca 17 100 Menos de um vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por semana 0 0 0 0 Diariamente ou quase diariamente

Tabela 10 - Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pré-operatório

(conclusão) Variáveis % n 6. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou beber de manhã para se sentir melhor? 17 100 Nunca Menos de um vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por mês 0 0 0 Pelo menos uma vez por semana 0 Diariamente ou quase diariamente 0 0 7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorso por ter bebido? Nunca 16 94,1 Menos de um vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por semana 1 5,88 Diariamente ou quase diariamente 0 0 8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? Nunca 15 88,2 Menos de um vez por mês 1 5,88 Pelo menos uma vez por mês 5,88 1 Pelo menos uma vez por semana 0 0 0 0 Diariamente ou quase diariamente 9. Alguma vez na vida, você ou alguma outra pessoa, já se machucou ou se prejudicou por causa de você ter bebido? Não 14 82,4 Sim, mas não nos últimos 12 meses 3 17,6 Sim. aconteceu nos últimos 12 meses 0 0 10. Alguma vez algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que parasse de beber? Não 17 100 Sim. mas não nos últimos 12 meses 0 0 Sim, aconteceu nos últimos 12 meses 0 0

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Com relação aos domínios do Questionário de Qualidade de Vida, relacionados ao Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (Tabela 11), a limitação por aspectos físicos e por aspectos emocionais foram estatisticamente significativos; a média para o uso de risco foi maior para aspectos físicos (100,0; DP \pm 0,0) e também para aspectos emocionais (100,0; DP \pm 0,0). Porém, o n da amostra da categoria de uso de risco foi de 2 indivíduos.

Tabela 11 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo pré-

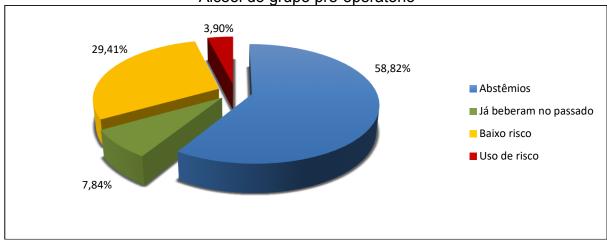
| | орегатопо | | | |
|-----------------------------------|--------------|-------|---------------|----------------|
| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
| Canacidada funcional | Baixo risco | 53,7 | 26,9 | 0.744 |
| Capacidade funcional | Uso de risco | 60,0 | 7,1 | 0,744 |
| Limitação por aspectos físicos | Baixo risco | 55,1 | 45,1 | < 0,001 |
| Limitação poi aspectos risicos | Uso de risco | 100,0 | 0,0 | ~ 0,001 |
| Dor | Baixo risco | 44,0 | 26,8 | 0,915 |
| DOI | Uso de risco | 46,0 | 7,1 | 0,915 |
| Estado geral de saúde | Baixo risco | 39,2 | 22,2 | 0,470 |
| Estado gerar de saude | Uso de risco | 51,0 | 29,7 | 0,470 |
| Vitalidade | Baixo risco | 50,5 | 26,6 | 0,497 |
| vitalidade | Uso de risco | 37,5 | 3,5 | 0,497 |
| Agnostos Cosisio | Baixo risco | 65,1 | 30,8 | 0.400 |
| Aspectos Sociais | Uso de risco | 50,0 | 17,7 | 0,499 |
| Limitação por concetos emecionais | Baixo risco | 59,2 | 43,2 | < 0,001 |
| Limitação por aspectos emocionais | Uso de risco | 100,0 | 0,0 | < 0,001 |
| Coúdo Montol | Baixo risco | 60,8 | 25,8 | 0.627 |
| Saúde Mental | Uso de risco | 52,0 | 22,6 | 0,637 |

^{*} Teste *t* de Student para amostras independentes.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

O Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool obteve a categoria de abstêmios como a de maior frequência (58,82%), sendo que 3,9% fazem uso de risco e 29,41% fazem uso de baixo risco (Gráfico 8). A escala de dependência nicotínica obtida através do Teste de Fagerström obteve 100,0% de pacientes com dependência considerada muito baixa.

Gráfico 8 - Descrição do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

O Inventário de Depressão de Beck apresentou forte correlação positiva para o Questionário Sobre a Imagem Corporal (r = 0,644) (Tabela 12).

Tabela 12 - Relação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck, Teste de Desordens Devido ao Uso de Álcool e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório

| | as graps pro speratoris | | | | | | | |
|-------|-------------------------|-------|-----|--|--|--|--|--|
| | BECK | AUDIT | BSQ | | | | | |
| BECK | 1 | | | | | | | |
| AUDIT | 0,139 | 1 | | | | | | |
| BSQ | 0,644** | 0,070 | 1 | | | | | |

^{**.} A correlação é significativa ao nível de 1%.

Nota: Correlação de Spearman.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida com as médias dos testes de Figura da Silhueta Corpórea e de Fagerström, pois a amostra é homogênea, da mesma forma que não foi possível correlacionar os mesmos com os escores do Inventário de Depressão de Beck, do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool e do Questionário sobre a Imagem Corporal.

4.1.2 Grupo Pós-operatório

O peso mediano foi de 75,0 kg e médio de 75,0 kg (DP \pm 12,9 kg), a altura mediana de 1,64 m e média de 1,63 m (DP \pm 0,09 m), IMC mediano de 27,4 kg/m² e médio de 28,2 kg/m² (DP \pm 4,0 kg/m²), a idade mediana foi de 43 anos e média de 43 anos (DP \pm 10,0 anos), a circunferência da cintura mediana de 86,5 cm e média de 88,8 cm (DP \pm 11,9 cm) e a circunferência de braço mediana de 30,5 cm e média de 31,1 cm (DP \pm 3,8 cm) (Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização do peso, altura, IMC, idade e circunferências de cintura e braço do grupo pós-operatório

| | | <u> </u> | |
|--------------------------------|---------|----------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| Peso (kg) | 75,0 | 75,0 | 12,9 |
| Altura (m) | 1,64 | 1,63 | 0,09 |
| IMC (kg/m²) | 27,4 | 28,2 | 4,0 |
| Idade (anos) | 43,0 | 43,0 | 10,0 |
| Circunferência da cintura (cm) | 86,5 | 88,8 | 11,9 |
| Circunferência do braço (cm) | 30,5 | 31,1 | 3,8 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

^{*.} A correlação é significativa ao nível de 5%.

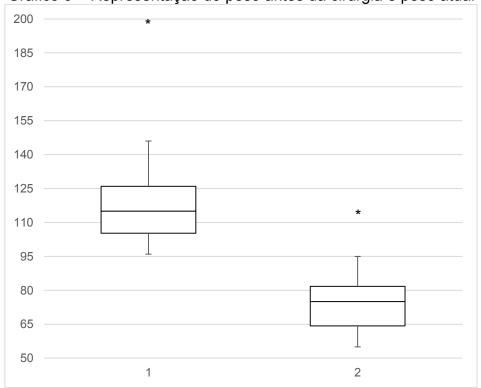
O peso antes da cirurgia teve mediana de 115 kg e médio de 117,4 kg (DP \pm 17,1 kg), o tempo de cirurgia teve mediana de 28 meses e média de 36,98 meses (DP \pm 28,94 meses), a quantidade mediana de peso perdido com a cirurgia foi de 45 kg e média de 46,6 kg (DP \pm 11,3 kg) e a quantidade mediana de peso reganhado foi de 2 kg e média de 4,3 kg (DP \pm 6,35 kg) (Tabela 14). As comparações entre o peso atual e de antes da cirurgia e quilos perdidos com a cirurgia e reganhados estão demonstradas nos Gráficos 9 e 10.

Tabela 14 – Caracterização do peso antes da cirurgia, tempo de cirurgia, quantidade de peso perdido com a cirurgia e quantidade de peso reganhado

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|--|---------|-------|---------------|
| Peso antes da cirurgia (kg) | 115 | 117,4 | 17,1 |
| Tempo de cirurgia (meses) | 28 | 37,0 | 28,9 |
| Quantidade de peso perdido com a cirurgia (kg) | 45 | 46,6 | 11,3 |
| Quantidade de peso reganhado (kg) | 2 | 4,26 | 6,35 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Gráfico 9 – Representação do peso antes da cirurgia e peso atual



1. Peso antes da cirurgia; 2. Peso atual. Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

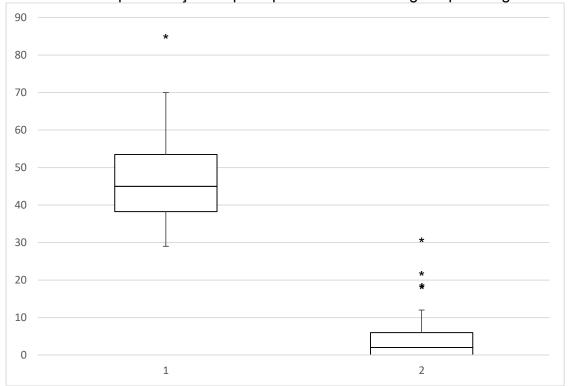


Gráfico 10 – Representação do peso perdido com a cirurgia e peso reganhado

1. Peso perdido com a cirurgia; 2. Peso reganhado.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A caracterização dos indivíduos com ou sem reganho de peso significativo está descrita nas Tabelas 15 e 16. Para os sem reganho de peso significativo (88%) foi encontrado peso mediano de 73,8 kg e médio de 73,5 kg (DP \pm 11,6 kg), IMC mediano de 27,3 kg/m² e médio de 27,8 kg/m² (DP \pm 3,3 kg/m²), CC mediana de 86,0 cm e média de 87,9 cm (DP \pm 11,1 cm), peso antes da cirurgia mediano de 115,0 kg e médio de 116,8 kg (DP \pm 17,8 kg), tempo de cirurgia mediano de 20,0 meses e médio de 29,8 meses (DP \pm 20,6 meses), quantidade de peso perdido com a cirurgia mediano de 43,5 kg e médio de 45,5 kg (DP \pm 11,3 kg).

Tabela 15 – Caracterização das medidas antropométricas, peso antes da cirurgia, peso perdido com a cirurgia e peso reganhado do grupo sem reganho de peso

| <u> </u> | | | |
|--|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| Peso (kg) | 73,8 | 73,5 | 11,6 |
| Altura (m) | 1,64 | 1,62 | 0,09 |
| IMC (kg/m²) | 27,3 | 27,8 | 3,3 |
| Idade (anos) | 43,0 | 42,7 | 10,3 |
| Circunferência de cintura (cm) | 86,0 | 87,9 | 11,1 |
| Peso antes da cirurgia (kg) | 115,0 | 116,8 | 17,8 |
| Tempo de cirurgia (meses) | 20,0 | 29,8 | 20,6 |
| Quantidade de peso perdido com a cirurgia (kg) | 43,5 | 45,5 | 11,3 |
| Quantidade de peso reganhado (kg) | 1,0 | 2,3 | 2,7 |
| | | | |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Para aqueles com reganho de peso significativo (12%) foi encontrado peso mediano de 86,0 kg e médio de 85,8 kg (DP \pm 17,8 kg), IMC mediano de 33,6 kg/m² e médio de 31,4 kg/m² (DP \pm 6,7 kg/m²), CC mediana de 99,0 cm e média de 95,4 cm (DP \pm 16,4 cm), peso antes da cirurgia mediano de 123,0 kg e médio de 122,2 kg (DP \pm 10,0 kg), tempo de cirurgia mediano de 84,0 meses e médio de 90,0 meses (DP \pm 27,1 meses) e quantidade de peso perdido com a cirurgia mediano de 60,0 kg e médio de 54,8 kg (DP \pm 8,0 kg). Considerou-se como reganho de peso significativo, as alterações \geq 15% do menor peso alcançado com a cirurgia.

Tabela 16 – Caracterização das medidas antropométricas, peso antes da cirurgia, peso perdido com a cirurgia e peso reganhado do grupo com reganho de peso

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|--|---------|-------|---------------|
| Peso (kg) | 86,0 | 85,8 | 17,8 |
| Altura (m) | 1,63 | 1,65 | 0,07 |
| IMC (kg/m²) | 33,6 | 31,4 | 6,7 |
| Idade (anos) | 43,0 | 45,3 | 8,0 |
| Circunferência de cintura (cm) | 99,0 | 95,4 | 16,4 |
| Peso antes da cirurgia (kg) | 123,0 | 122,2 | 10,0 |
| Tempo de cirurgia (meses) | 84,0 | 90,0 | 27,1 |
| Quantidade de peso perdido com a cirurgia (kg) | 60,0 | 54,8 | 8,0 |
| Quantidade de peso reganhado (kg) | 18,3 | 18,4 | 7,8 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Questionário de Qualidade de Vida (Tabela 17 e Gráfico 11) são: a capacidade funcional no pós-operatório obteve mediana de 85 e média de 76,4 (DP \pm 27,1), a limitação por aspectos físicos alcançou a mediana de 100 e média de 78,5 (DP \pm 35,4), a dor mediana foi de 62 e média de 67,1 (DP \pm 28,4), o estado geral de saúde mediano foi 67 e médio 61,6 (DP \pm 18,8), a vitalidade mediana foi 63 e média 60,9 (DP \pm 27,8), os aspectos sociais mediano foram 75 e médio 72,9 (DP \pm 30,0), a limitação por aspectos emocionais obteve mediana de 100 e média de 68,7 (DP \pm 42,8) e a saúde mental mediana foi 68 e média 63,8 (DP \pm 25,6).

Tabela 17 - Caracterização do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pós-operatório

| vida de grapo pos operatorio | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|------|------|--|--|--|--|
| Mediana Média Desvio Padr | | | | | | | |
| Capacidade funcional | 85 | 76,4 | 27,1 | | | | |
| Limitação por aspectos físicos | 100 | 78,5 | 35,4 | | | | |
| Dor | 62 | 67,1 | 28,4 | | | | |
| Estado geral de saúde | 67 | 61,6 | 18,8 | | | | |
| Vitalidade | 63 | 60,9 | 27,8 | | | | |
| Aspectos Sociais | 75 | 72,9 | 30,0 | | | | |
| Limitação por aspectos emocionais | 100 | 68,7 | 42,8 | | | | |
| Saúde Mental | 68 | 63,8 | 25,6 | | | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

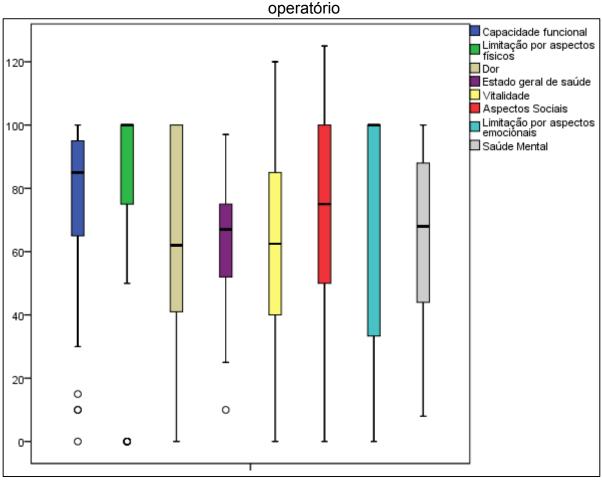


Gráfico 11 - Representação do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pósoperatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A correlação entre o IMC, a idade, a circunferência da cintura, quantidade de peso perdido com a cirurgia e a quantidade de peso reganhado com o Questionário de Qualidade de Vida reportou haver relação no cruzamento da idade com a capacidade funcional onde houve uma correlação negativa fraca (ρ = -0,314) e correlações negativas fracas entre o reganho de peso com a limitação por aspectos físicos (ρ = -0,347), dor (ρ = -0,332), vitalidade (ρ = -0,317) e a saúde mental (ρ = -0,330). Já as limitações por aspectos emocionais houve uma correlação negativa moderada com o reganho de peso (ρ = -0,452) (Tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre a qualidade de vida com o IMC, idade, circunferência de cintura, quantidade de peso perdido após a cirurgia e quantidade de peso reganhado

| | IMC | Idade | Circunferência da cintura | Peso perdido com a cirurgia | Reganho de peso |
|-----------------------------------|--------|---------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Capacidade funcional | -0,212 | -0,314* | -0,161 | 0,217 | -0,217 |
| Limitação por aspectos físicos | -0,136 | -0,185 | -0,024 | -0,136 | -0,347* |
| Dor | -0,176 | -0,115 | -0,084 | -0,129 | -0,332* |
| Estado geral de saúde | -0,014 | 0,014 | 0,117 | 0,061 | -0,234 |
| Vitalidade | 0,160 | 0,197 | 0,129 | -0,076 | -0,317* |
| Aspectos Sociais | 0,072 | 0,006 | 0,141 | -0,012 | -0,229 |
| Limitação por aspectos emocionais | -0,128 | -0,146 | -0,028 | -0,106 | -0,452** |
| Saúde Mental | 0,090 | 0,143 | 0,142 | -0,002 | -0,330* |

^{**.} A correlação é significativa ao nível de 1%. *. A correlação é significativa ao nível de 5%.

Nota: Correlação de Pearson. Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados obtidos através do Inventário de Depressão de Beck são apresentados na Tabela 19. Dentre as questões respondidas relacionadas aos aspectos emocionais, pode-se observar o seguinte: 36% dos entrevistados relataram sentir-se tristes, sendo que 8% sentem-se tristes o tempo todo e não conseguem evitar o sentimento; 24% sentem-se desanimados com relação ao futuro e 4% acreditam que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar; 12% alegam que no seu passado, só conseguem enxergar fracassos; 38% não tem mais satisfação com as coisas como costumava ter, 22% sentem-se culpados grande parte do tempo e 14% sentem que estão sendo punidos por algo. 38% estão desapontados consigo, 4% já pensaram em suicídio apesar de não serem capazes de fazer isso e 2% gostariam de se matar, totalizando 6% de indivíduos que cogitam suicidar-se. 40% tem se irritado mais facilmente do que costumava e 8% se irritam o tempo todo; 34% tem dificuldades na tomada de decisões e 32% consideram que a sua aparência atual não é nada atraente.

Sobre os aspectos físicos relacionados à saúde do mesmo questionário pode-se ressaltar os seguintes pontos: 16% necessitam de esforço extra para fazer qualquer coisa, 8% tem que se esforçar muito para fazer qualquer coisa e 2% não conseguem mais executar trabalho nenhum, levando a um percentual de 26% de indivíduos com prejuízos na força de trabalho. Com relação ao sono desses indivíduos, 48% relataram prejuízos, sendo que 36% acordam horas mais cedo e não conseguem voltar a dormir e 12% e relataram não dormir tão bem como costumavam. Além disso, 18% relataram ficarem cansados com maior facilidade do que antes, 16% ficam cansados ao fazer quase tudo e 6% estão cansados demais para fazer qualquer coisa. Com relação ao

apetite, 32% relataram algum grau de perda do apetite, assim como o apetite sexual que houve diminuição em 46% dos entrevistados. Com relação ao estado de saúde dos mesmos, 12% relataram estar tão preocupados com os problemas físicos que torna-se difícil pensar em outra coisa.

Tabela 19 - Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pós-operatório

(continua) Variáveis % n Variáveis n % 1ª AFIRMAÇÃO 2ª AFIRMAÇÃO Não estou completamente desanimado Não me sinto triste. 32 64 38 76 com relação ao futuro. Me sinto desanimado em relação ao Eu me sinto triste. 14 28 18 futuro. Me sinto triste o tempo todo e não 2 4 2 Sinto que não tenho nada a esperar. 1 consigo evitar. Estou tão triste ou infeliz que não consigo Sinto que o futuro é sem esperança e 2 4 2 que as coisas não podem melhorar. suportar. 3ª AFIRMAÇÃO 4ª AFIRMAÇÃO Eu tenho prazer nas coisas, como 33 66 Não me sinto fracassado. 30 60 antes. Sinto que falhei mais do que uma pessoa Não tenho satisfação com as coisas, 11 22 28 comum. como costumava ter. Quando analiso a minha vida passada, Não consigo sentir verdadeira tudo o que vejo é uma quantidade de 5 10 8 satisfação em mais nada. fracassos. Estou insatisfeito ou entediado com Sinto que sou um completo fracasso. 1 2 2 1 tudo. 5ª AFIRMAÇÃO 6ª AFIRMAÇÃO Não sinto que eu esteja sendo punido 39 78 Não me sinto particularmente culpado. 35 70 por algo. Me sinto culpado grande parte do tempo. 8 16 Sinto que posso ser punido. 7 14 Sinto-me bastante culpado a maior parte 1 2 Sinto que serei punido. do tempo. Me sinto culpado durante o tempo todo. Sinto que estou sendo punido. 14 2 7ª AFIRMAÇÃO 8ª AFIRMAÇÃO Não me sinto decepcionado comigo Não sinto que eu seja pior que qualquer 31 62 62 mesmo. outra pessoa. Critico-me pelas minhas fraquezas ou 22 Estou desapontado comigo mesmo. 15 30 11 erros. Culpo-me constantemente pelas Me sinto desgostoso comigo mesmo. 10 minhas falhas. Culpo-me de todas as coisas más que Eu me odeio. 0 3 6 acontecem. 9ª AFIRMAÇÃO 10^a AFIRMAÇÃO Não costumo chorar mais do que o Não tenho qualquer ideia de me matar. 47 94 35 70 normal. Tenho ideias de me matar, mas não sou Choro mais agora do que costumava 2 6 12 capaz de fazer isso. chorar antes. Gostaria de me matar. 1 2 Atualmente, choro o tempo todo. 8 4 Eu costumava conseguir chorar, mas 0 0 5 10 Me mataria se tivesse oportunidade. agora não consigo, ainda que queira.

Tabela 19 - Resultados absolutos e relativos do Inventário de Depressão de Beck aplicado ao grupo pós-operatório

(conclusão)

| | | | (601) | clus | au) |
|---|---------|----------|---|----------|----------|
| Variáveis | n | % | Variáveis | n | % |
| 11ª AFIRMAÇÃO | | | 12ª AFIRMAÇÃO | | |
| Não me irrito mais como costumava me irritar. | 21 | 42 | Não perdi o interesse nas outras pessoas. | 34 | 68 |
| Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. | 20 | 40 | Estou menos interessado pelas pessoas do que costumava estar. | 10 | 20 |
| Atualmente, me sinto irritado o tempo todo. | 4 | 8 | Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. | 4 | 8 |
| Já não consigo ficar irritado com as coisas que antes me irritavam. 13ª AFIRMAÇÃO | 5 | 10 | Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas. 14ª AFIRMAÇÃO | 2 | 4 |
| Tomo decisões tão bem quanto antes. | 33 | 66 | Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. | 34 | 68 |
| Adio as minhas decisões mais do que costumava. | 12 | 24 | Estou preocupado porque estou parecendo velho ou nada atraente. | 12 | 24 |
| Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes. | 5 | 10 | Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente. | 3 | 6 |
| Já não consigo tomar qualquer decisão. 15ª AFIRMAÇÃO | 0 | 0 | Me considero feio. 16ª AFIRMAÇÃO | 1 | 2 |
| Posso trabalhar tão bem como antes. | 37 | 74 | Durmo tão bem como habitualmente. | 26 | 52 |
| Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa. | 8 | 16 | Não durmo tão bem como costumava. | 6 | 12 |
| Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa. | 4 | 8 | Acordo 1/2 horas mais cedo que o normal e é difícil voltar dormir. | 3 | 6 |
| Não consigo mais fazer nenhum trabalho. | 1 | 2 | Acordo várias horas mais cedo e não consigo voltar a dormir. | 15 | 30 |
| 17ª AFIRMAÇÃO | | | 18ª AFIRMAÇÃO | | |
| Não fico mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que | 30 9 | 60 18 | O meu apetite é o mesmo de sempre. Não tenho tanto apetite como | 34 11 | 68 22 |
| antes. Fico cansado ao fazer quase tudo. | 8 | 16 | costumava ter. O meu apetite, agora, está muito pior. | 3 | 6 |
| Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. | 3 | 6 | Perdi completamente o apetite. | 2 | 4 |
| 19ª AFIRMAÇÃO | | | 20° AFIRMAÇÃO | | |
| Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. | 17 | 34 | A minha saúde não me preocupa mais do que o normal. | 25 | 50 |
| Perdi mais de 2,5 kg. | 33 | 66 | Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, indisposição do estômago ou prisão de ventre. | 19 | 38 |
| Perdi mais de 5 kg. | 0 | 0 | Estou muito preocupado com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa. Estou tão preocupado com os meus | 3 | 6 |
| Perdi mais de 7 kg. | 0 | 0 | problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. | 3 | 6 |
| 21ª AFIRMAÇÃO | | | portion our quarquor our a colou. | | |
| Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse por sexo. | 27 | 54 | | | |
| Estou menos interessado por sexo do | 7 | 14 | | | |
| que costumava. Me sinto, atualmente, muito menos interessado por sexo. | 7 | 14 | | | |
| Perdi completamente o interesse em sexo. | 9 | 18 | | | |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve significância estatística na comparação entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck. Dessa forma, as médias da escala são semelhantes para todas as variáveis (Tabela 20).

Tabela 20 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão de Beck do grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|------------------------|---------------------------------|-------|---------------|----------|
| | Sem depressão ou depressão leve | 76,4 | 25,3 | |
| Capacidade | Depressão leve a moderada | 75,0 | 27,9 | 0,693 |
| funcional | Depressão moderada a grave | 70,0 | 41,4 | 0,093 |
| | Depressão grave | 97,5 | 3,5 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 79,0 | 37,3 | |
| Limitação por | Depressão leve a moderada | 77,9 | 35,2 | 0.204 |
| aspectos físicos | Depressão moderada a grave | 95,0 | 11,2 | 0,301 |
| | Depressão grave | 37,5 | 53,0 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 57,8 | 25,4 | |
| Dor | Depressão leve a moderada | 69,1 | 31,2 | 0,051 |
| Doi | Depressão moderada a grave | 89,9 | 16,5 | 0,031 |
| | Depressão grave | 92,0 | 11,3 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 58,9 | 20,3 | |
| Estado geral de | Depressão leve a moderada | 64,7 | 14,4 | 0,641 |
| saúde | Depressão moderada a grave | 67,2 | 24,1 | 0,041 |
| | Depressão grave | 53,5 | 33,2 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 56,4 | 25,2 | |
| Vitalidade | Depressão leve a moderada | 67,1 | 31,5 | 0,201 |
| Vitalidade | Depressão moderada a grave | 76,0 | 19,8 | 0,201 |
| | Depressão grave | 35,0 | 35,4 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 70,5 | 30,8 | |
| Annostos Cosisis | Depressão leve a moderada | 65,9 | 30,0 | 0,102 |
| Aspectos Sociais | Depressão moderada a grave | 90,0 | 13,7 | 0,102 |
| | Depressão grave | 112,5 | 17,7 | |
| Linette e W | Sem depressão ou depressão leve | 70,7 | 41,2 | |
| Limitação por | Depressão leve a moderada | 62,8 | 45,5 | 0.227 |
| aspectos emocionais | Depressão moderada a grave | 100,0 | 0,0 | 0,327 |
| CITIOCIONAIS | Depressão grave | 50,0 | 70,7 | |
| | Sem depressão ou depressão leve | 57,1 | 26,1 | |
| Ondala Marat I | Depressão leve a moderada | 69,7 | 23,9 | 0.040 |
| Saúde Mental | Depressão moderada a grave | 77,6 | 16,2 | 0,219 |
| | Depressão grave | 52,0 | 45,3 | |

^{*} ANOVA.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os escores do Inventário de Depressão de Beck mais observados foram: sem depressão ou depressão leve em 51% da amostra; neste grupo 4,1% apresentaram depressão grave, 10,2% depressão moderada e 34,7% depressão leve a moderada (Gráfico 12).

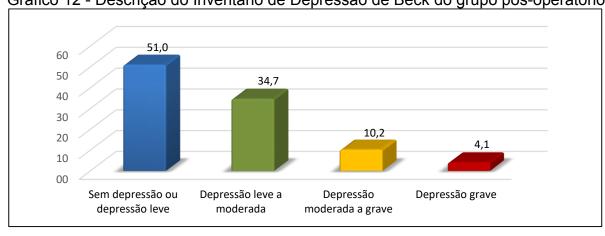


Gráfico 12 - Descrição do Inventário de Depressão de Beck do grupo pós-operatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Questionário sobre a Imagem Corporal são apresentados na Tabela 21. Das respostas obtidas ressalta-se somente as respostas dos participantes que realizam as variáveis analisadas com maior frequência (frequentemente, muito frequentemente e sempre). Observam-se os seguintes pontos: 40% do grupo relatou que quando ficam entediados acabam preocupando-se com a forma física, 78% têm sentido medo de ficar mais gordo, 26% do grupo acham que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole e 34% referiram que choram por sentirem-se mal a respeito do corpo. 32% têm evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo, 42% referiram que estarem nus, por exemplo, durante o banho, os fazem sentirem-se gordos e 78% imaginam-se cortando fora partes do corpo. 48% relataram que se sentem gordos ao estarem satisfeitos, como após a realização de uma grande refeição e que se sentem mais contentes com relação ao físico quando estão de estômago vazio (52%). Neste grupo, 10% vomitam para se sentirem mais magros e 6% tomam laxantes para esse mesmo motivo.

No que diz respeito ao convívio social, 62% relataram ter vergonha do corpo, 20% já deixaram de participar de eventos sociais por sentirem-se mal com o físico e 48% evitam situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo, como por exemplo, vestiários, praias ou banhos de piscina. Estar com pessoas magras, os faz sentirem-se preocupados em relação ao físico (36%), ao se comparar sentem-se em desvantagem (30%) e acham injusto que outras pessoas sejam mais magras (14%).

Sempre

Tabela 21 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo pós-operatório

(continua) **Variáveis** % **Variáveis** % n n 6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, 1. Sentir-se entediado faz você se após ingerir uma grande refeição) preocupar com sua forma física? faz você sentir-se gordo? Nunca 13 26 Nunca 14 28 5 10 Raramente Raramente 4 8 12 24 Às vezes 8 16 Às vezes Frequentemente 10 Frequentemente 6 12 Muito frequentemente 2 4 Muito frequentemente 3 6 Sempre 13 26 Sempre 15 30 2. Você tem estado tão preocupado 7. Você já se sentiu tão mal a com sua forma física a ponto de sentir respeito do seu corpo que chegou a que deveria fazer dieta? chorar? 12 24 Nunca 28 Nunca 14 Raramente 6 Raramente 14 3 7 12 24 Às vezes 10 20 Às vezes Frequentemente 14 Frequentemente 5 10 Muito frequentemente 4 Muito frequentemente 2 4 Sempre 14 28 Sempre 20 10 3. Você acha que suas coxas, quadril 8. Você já evitou correr pelo fato de ou nádegas são grandes demais para o que seu corpo poderia balançar? restante de seu corpo? Nunca 25 50 Nunca 23 46 16 Raramente 8 Raramente 8 4 Às vezes 5 10 Às vezes 6 12 2 4 Frequentemente 5 10 Frequentemente Muito frequentemente 2 4 Muito frequentemente 2 4 Sempre 8 16 Sempre 10 20 4. Você tem sentido medo de ficar 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? gordo (ou mais gordo)? 12 Nunca 23 46 Nunca 6 Raramente 1 2 Raramente 4 8 4 8 Às vezes 6 12 Às vezes Frequentemente 4 8 Frequentemente 5 10 Muito frequentemente 8 16 Muito frequentemente 2 4 Sempre 54 Sempre 10 20 9. Estar com pessoas magras faz 5. Você se preocupa com o fato de seu você se sentir preocupado em corpo não ser suficientemente firme? relação ao seu físico? Nunca 5 10 Nunca 22 44 Raramente 8 Raramente 4 4 8 Às vezes 6 12 Às vezes 6 12 Frequentemente 6 Frequentemente 3 2 4 Muito frequentemente 6 Muito frequentemente 3 4 8

29 58 Sempre

12 24

Tabela 21 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo pós-operatório

(continuação)

| | | | 1111103) | , a y | <i>,</i> |
|---|----|----|---|-------|----------|
| Variáveis | N | % | Variáveis | N | % |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | | | 15. Você tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? | | |
| Nunca | 23 | 46 | Nunca | 18 | 36 |
| Raramente | 2 | 4 | Raramente | 7 | 14 |
| Às vezes | 7 | 14 | Às vezes | 9 | 18 |
| Frequentemente | 3 | 6 | Frequentemente | 3 | 6 |
| Muito frequentemente | 3 | 6 | Muito frequentemente | 3 | 6 |
| Sempre | 12 | 24 | Sempre | 10 | 20 |
| 11. Você já se sentiu gordo, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | | | 14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo? | | |
| Nunca | 16 | 32 | Nunca | 16 | 32 |
| Raramente | 2 | 4 | Raramente | 4 | 8 |
| Às vezes | 17 | 34 | Às vezes | 9 | 18 |
| Frequentemente | 2 | 4 | Frequentemente | 7 | 14 |
| Muito frequentemente | 3 | 6 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Sempre | 10 | 20 | Sempre | 12 | 24 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres/homens e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | | | 15. Você tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? | | |
| Nunca | 14 | 28 | Nunca | 18 | 36 |
| Raramente | 5 | | Raramente | 7 | 14 |
| Às vezes | 16 | | Às vezes | 9 | 18 |
| Frequentemente | 1 | 2 | • | 3 | 6 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | | 3 | 6 |
| Sempre | 12 | 24 | Sempre | 10 | 20 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | | | 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | | |
| Nunca | 26 | 52 | Nunca | 6 | 12 |
| Raramente | 9 | 18 | Raramente | 4 | 8 |
| Às vezes | 5 | 10 | Às vezes | 1 | 2 |
| Frequentemente | 4 | 8 | Frequentemente | 5 | 10 |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | Muito frequentemente | 8 | 16 |
| Sempre | 6 | 12 | Sempre | 26 | 52 |
| 14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo? | | | 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo? | | |
| Nunca | 16 | 32 | Nunca | 6 | 12 |
| Raramente | 4 | 8 | Raramente | 6 | 12 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 13 | 26 |
| Frequentemente | 7 | 14 | Frequentemente | 2 | 4 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 6 | 12 |
| Sempre | 12 | 24 | Sempre | 17 | 34 |
| • | _ | | • | - | |

Sempre

Tabela 21 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo pós-operatório

(continuação) Variáveis n % Variáveis n % 18. Deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) 23. Acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? por sentir-se mal em relação ao seu físico? 19 38 Nunca 29 58 Nunca 12 Raramente Raramente 4 8 5 10 Às vezes 14 28 Às vezes Frequentemente 5 10 Frequentemente 2 4 Muito frequentemente 2 4 Muito frequentemente 3 6 Sempre 3 6 Sempre 8 16 24. Preocupa-se que outras pessoas 19. Sente-se excessivamente grande e possam estar vendo dobras na sua arredondado? cintura ou estômago? Nunca 29 58 Nunca 18 36 Raramente 5 10 Raramente 4 8 Às vezes 9 18 Às vezes 6 12 Frequentemente 0 0 Frequentemente 4 8 Muito frequentemente 2 Muito frequentemente 2 4 Sempre 5 10 Sempre 16 32 25. Acha injusto que as outras pessoas 20. Já teve vergonha do seu corpo? sejam mais magras que você? Nunca 7 14 Nunca 35 70 10 Raramente Raramente 5 3 6 Às vezes 6 12 Às vezes 5 10 Frequentemente 5 10 Frequentemente 1 2 Muito frequentemente 6 12 Muito frequentemente 2 4 Sempre 21 42 Sempre 8 21. A preocupação diante do seu 26. Você já vomitou para se sentir mais físico leva-lhe a fazer dieta? magro? Nunca 8 16 Nunca 42 84 Raramente 6 12 Raramente 1 2 2 Às vezes 7 14 Às vezes 4 Frequentemente 18 Frequentemente 9 2 4 Muito frequentemente 6 Muito frequentemente 3 0 0 17 34 Sempre Sempre 6 22. Sente-se mais contente em 27. Quando acompanhado, fica relação ao seu físico quando de preocupado em estar ocupando muito estômago vazio (por exemplo pela espaço (por exemplo, sentado num manhã)? sofá? Nunca 14 28 Nunca 25 50 Raramente 7 14 Raramente 7 14 Às vezes 6 Às vezes 8 16 Frequentemente 3 6 Frequentemente 2 1 Muito frequentemente 2 4 Muito frequentemente 2 4

21 42 Sempre

7 14

Tabela 21 - Resultados absolutos e relativos do Questionário sobre a Imagem Corporal aplicado ao grupo pós-operatório

(conclusão)

| | | | (CONC | usa | 0) |
|---|----|----|--|-----|----|
| Variáveis | N | % | Variáveis | N | % |
| 28. Preocupa-se com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | | | 32. Toma laxantes para se sentir magro? | | |
| Nunca | 10 | 20 | Nunca | 42 | 84 |
| Raramente | 5 | 10 | Raramente | 2 | 4 |
| Às vezes | 11 | 22 | Às vezes | 3 | 6 |
| Frequentemente | 3 | 6 | Frequentemente | 0 | 0 |
| Muito frequentemente | 3 | 6 | Muito frequentemente | 0 | 0 |
| Sempre | 18 | 36 | Sempre | 3 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | | | 33. Fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | | |
| Nunca | 20 | 40 | Nunca | 13 | 26 |
| Raramente | 6 | 12 | Raramente | 7 | 14 |
| Às vezes | 10 | 20 | Às vezes | 12 | 24 |
| Frequentemente | 2 | 4 | Frequentemente | 2 | 4 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Sempre | 10 | 20 | Sempre | 14 | 28 |
| 30. Belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | | | 34. A preocupação com seu físico faz- lhe sentir que deveria fazer exercícios? | | |
| Nunca | 19 | 38 | Nunca | 5 | 10 |
| Raramente | 6 | 12 | Raramente | 2 | 4 |
| Às vezes | 10 | 20 | Às vezes | 3 | 6 |
| Frequentemente | 3 | 6 | Frequentemente | 4 | 8 |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | Muito frequentemente | 3 | 6 |
| Sempre | 12 | 24 | Sempre | 33 | 66 |
| 31. Evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | | | | | |
| Nunca | 19 | 38 | | | |
| Raramente | 2 | 4 | | | |
| Às vezes | 5 | 10 | | | |
| Frequentemente | 5 | 10 | | | |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | | | |
| Sempre | 19 | 38 | | | |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

As limitações por aspectos físicos e as limitações por aspectos emocionais apresentaram diferenças entre as médias do Questionário sobre a Imagem Corporal (Tabela 22). Logo, as médias da limitação por aspectos físicos normal (73,3; DP \pm 38,3), leve (100,0; DP \pm 0,0) e moderada (92,5; DP \pm 12,1) insatisfação foram semelhantes; as médias da limitação por aspectos emocionais normal (70,1; DP \pm

41,2), leve (100,0; DP \pm 0,0) e moderada (70,0; DP \pm 42,9) insatisfação também foram semelhantes.

Tabela 22 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------|---------|--|
| | Normal | 80,3 | 22,8 | | |
| Capacidade funcional | Leve insatisfação | 60,7 | 41,4 | 0,143 | |
| Capacidade idilcional | Moderada insatisfação | 81,5 | 18,9 | 0,143 | |
| | Grave insatisfação | 53,3 | 43,1 | | |
| | Normal | 73,3 ^b | 38,3 | | |
| Limitação por aspectos físicos | Leve insatisfação | 100,0 ^b | 0,0 | 0,018 | |
| Liimação por aspectos risicos | Moderada insatisfação | 92,5 ^b | 12,1 | 0,010 | |
| | Grave insatisfação | 33,3a | 57,7 | | |
| | Normal | 65,3 | 28,2 | | |
| Dor | Leve insatisfação | 75,4 | 27,9 | 0,535 | |
| Doi | Moderada insatisfação | 69,0 | 22,5 | 0,333 | |
| | Grave insatisfação | 47,0 | 50,3 | | |
| | Normal | 61,2 | 19,3 | 0,813 | |
| Fatada saral da asúda | Leve insatisfação | 61,1 | 20,2 | | |
| Estado geral de saúde | Moderada insatisfação | 65,2 | 18,0 | | |
| | Grave insatisfação | 53,0 | 23,5 | | |
| | Normal | 61,0 | 30,6 | 0.000 | |
| VC4-P-d-d- | Leve insatisfação | 67,9 | 18,9 | | |
| Vitalidade | Moderada insatisfação | 66,0 | 24,0 | 0,262 | |
| | Grave insatisfação | 31,7 | 20,2 | | |
| | Normal | 71,0 | 30,2 | | |
| | Leve insatisfação | 89,3 | 15,2 | | |
| Aspectos Sociais | Moderada insatisfação | 71,3 | 25,0 | 0,347 | |
| | Grave insatisfação | 54,2 | 64,2 | | |
| | Normal | 70,1b | 41,2 | | |
| Limitação por aspectos | Leve insatisfação | 100,0b | 0,0 | | |
| emocionais | Moderada insatisfação | 70,0b | 42,9 | 0,005 | |
| | Grave insatisfação | 0,0a | 0,0 | | |
| Saúde Mental | Normal | 59,5 | 28,7 | | |
| | Leve insatisfação | 76,0 | 13,3 | 0,138 | |
| | Moderada insatisfação | 72,0 | 16,9 | | |
| | z z z z z z z z z z z z z z z z z | , = | . 0,0 | | |

^{*} ANOVA;

Fonte: Dados da pesquisa.

Houve grave insatisfação em 6,1%, moderada insatisfação para 20,4% e leve insatisfação para 14,3%, totalizando 40,8% de indivíduos com algum grau de insatisfação com a imagem corporal (Gráfico 13).

ab Letras diferentes indicam diferenças entre as médias (Teste de Tukey).

59,2 60 50 40 20,4 30 14,3 20 6,1 10 00 Normal Leve insatisfação Moderada Grave insatisfação insatisfação

Gráfico 13 - Descrição do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós-operatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Através do teste de autopercepção da Figura da Silhueta Corpórea, 80,0% dos indivíduos estavam insatisfeitos e desejavam ter uma silhueta mais magra (Tabela Gráfico 14).

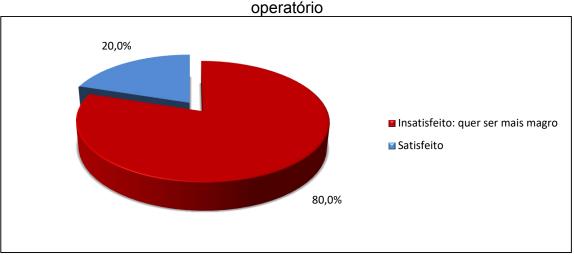


Gráfico 14 - Descrição do teste da Figura de Silhueta Corpórea do grupo pósoperatório

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve diferença significativa entre as médias dos domínios do Questionário da Qualidade de Vida com relação ao teste de autopercepção da Figura de Silhueta Corpórea (Tabela 23).

Tabela 23 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e teste de Figura de Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* | |
|-----------------------|--|-------|---------------|----------|--|
| | land the faith and a second and a second | | · | | |
| Capacidade funcional | Insatisfeito: quer ser mais magro | 78,8 | 24,2 | 0,223 | |
| | Satisfeito | 67,0 | 36,7 | | |
| Limitação por | Insatisfeito: quer ser mais magro | 75,6 | 38,2 | 0,088 | |
| aspectos físicos | Satisfeito | 90,0 | 17,5 | 0,088 | |
| Dor | Insatisfeito: quer ser mais magro | 67,3 | 29,4 | 0.000 | |
| Dor | Satisfeito | 66,0 | 25,4 | 0,898 | |
| Fotodo goral do agúdo | Insatisfeito: quer ser mais magro | 61,4 | 18,3 | 0.044 | |
| Estado geral de saúde | Satisfeito | 62,7 | 21,8 | 0,844 | |
| Vitalidada | Insatisfeito: quer ser mais magro | 59,1 | 29,7 | 0.224 | |
| Vitalidade | Satisfeito | 68,0 | 17,4 | 0,231 | |
| Assessed Capital | Insatisfeito: quer ser mais magro | 73,3 | 30,7 | 0.040 | |
| Aspectos Sociais | Satisfeito | 71,3 | 28,3 | 0,848 | |
| Limitação por | Insatisfeito: quer ser mais magro | 68,3 | 44,6 | 0.014 | |
| aspectos emocionais | Satisfeito | 70,0 | 36,7 | 0,914 | |
| Saúde Mental | Insatisfeito: quer ser mais magro | 61,2 | 26,7 | 0.440 | |
| | Satisfeito | 74,4 | 17,7 | 0,146 | |
| | | | | | |

^{*} Teste *t* de Student para amostras independentes.

Fonte: Dados da pesquisa.

A classificação em etilistas ou não etilistas e fumantes ou não fumantes do grupo Pósoperatório está descrito na Tabela 24. A partir desta classificação, os voluntários etilistas ou fumantes, responderam o Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool e/ou Teste de Fagerström. Neste grupo, 2 (4%) indivíduos eram fumantes e os mesmos foram classificados como muito baixo grau de dependência nicotínica através do Teste de Fagerström, mas 10 (20%) pessoas relataram já ter fumado no passado. Sobre à utilização de bebidas alcóolicas, 38% fazem uso e 16% já beberam no passado.

Tabela 24 – Utilização de bebidas alcóolicas e fumo no grupo pós-operatório

| Fuma? | n | % | Bebe? | n | % |
|---------------------|----|----|---------------------|----|----|
| Sim | 2 | 4 | Sim | 19 | 38 |
| Não | 38 | 76 | Não | 23 | 46 |
| Já fumou no passado | 10 | 20 | Já bebeu no passado | 8 | 16 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Com relação ao preenchimento do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (Tabela 25), seguem os resultados obtidos. Dentre os que fazem uso, 45% bebem uma vez por mês ou menos, 35% bebem de duas a quatro vezes por mês e 15% bebem de duas a três vezes por semana. Com relação à quantidade de doses

ingeridas ao beber, 50% bebe uma ou duas doses, 20% bebe de três a quatro doses, 15% bebe de cinco a seis doses e 10% bebe dez ou mais doses. Também foi observada a frequência em que o indivíduo consome seis doses ou mais em uma única ocasião, sendo que 20% fazem isso ao menos uma vez por mês. Em contrapartida aos resultados do grupo pré-operatório, não houve frequência mensal em não conseguir parar de beber após começar, 10% relataram que isso ocorre, mas menos de uma vez por mês. Neste grupo, os sentimentos de culpa ou remorso por ter bebido ocorreram pelo menos uma vez ao mês em 15% da população e em menos de uma vez por mês em 20% da população.

Tabela 25 - Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pós-operatório

(continua) Variáveis n % 1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? Nunca 0 0 Uma vez por mês ou menos 9 47 Duas a quatro vezes por mês 7 37 3 Duas a três vezes por semana 16 Quatro ou mais vezes por semana 0 0 2. Quando bebe, quantas doses você costuma tomar? 10 53 Uma ou duas Três ou quatro 4 21 3 Cinco ou seis 16 De sete a nove 0 0 Dez ou mais 2 11 3. Com que frequência consome seis doses ou mais numa única ocasião? Nunca 13 68 Menos de um vez por mês 2 11 3 Pelo menos uma vez por mês 16 1 5,3 Pelo menos uma vez por semana Diariamente ou quase diariamente 0 0 4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar? Nunca 17 89 Menos de um vez por mês 2 11 Pelo menos uma vez por mês 0 0 Pelo menos uma vez por semana 0 0 Diariamente ou quase diariamente 0

Tabela 25 - Resultados absolutos e relativos do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool aplicado ao grupo pós-operatório

| Devido ao oso de Alcooi aplicado ao grupo pos-operatorio | (conclus | são) |
|---|----------|------|
| Variáveis | n | % |
| 5. Nos últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu cumprir algurompromisso por ter bebido? | m | |
| Nunca | 18 | 95 |
| Menos de um vez por mês | 1 | 5,3 |
| Pelo menos uma vez por mês | 0 | 0 |
| Pelo menos uma vez por semana | 0 | 0 |
| Diariamente ou quase diariamente | 0 | 0 |
| 6. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou beber de manhã pa se sentir melhor? | ra | |
| Nunca | 19 | 100 |
| Menos de um vez por mês | 0 | 0 |
| Pelo menos uma vez por mês | 0 | 0 |
| Pelo menos uma vez por semana | 0 | 0 |
| Diariamente ou quase diariamente | 0 | 0 |
| 7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorso por ter bebido? | | |
| Nunca | 12 | 63 |
| Menos de um vez por mês | 4 | 21 |
| Pelo menos uma vez por mês | 2 | 11 |
| Pelo menos uma vez por semana | 1 | 5,3 |
| Diariamente ou quase diariamente | 0 | 0 |
| 8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu noite anterior por causa de ter bebido? | na | |
| Nunca | 18 | 95 |
| Menos de um vez por mês | 1 | 5,3 |
| Pelo menos uma vez por mês | 0 | 0 |
| Pelo menos uma vez por semana | 0 | 0 |
| Diariamente ou quase diariamente | 0 | 0 |
| 9. Alguma vez na vida, você ou alguma outra pessoa, já se machucou ou se prejudicou por causa de você ter bebido? | | |
| Não | 17 | 89 |
| Sim, mas não nos últimos 12 meses | 2 | 11 |
| Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | 0 | 0 |
| 10. Alguma vez algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifes preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que parasse de beber? | tou | |
| Não | 18 | 95 |
| Sim, mas não nos últimos 12 meses | 1 | 5,3 |
| Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | 0 | 0 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

As médias da escala são semelhantes para todas as variáveis do questionário da qualidade de vida no teste de identificação de desordens devido ao uso de álcool (Tabela 26).

Tabela 26 - Comparação das médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida e Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo pósoperatório

| | орогатог | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|--------------|-------|---------------|----------|
| Canacidada funcional | Baixo risco | 75,0 | 28,1 | 0.240 |
| Capacidade funcional | Uso de risco | 88,8 | 10,3 | 0,340 |
| Limitação por concetos fícioso | Baixo risco | 77,8 | 36,6 | 0.607 |
| Limitação por aspectos físicos | Uso de risco | 87,5 | 25,0 | 0,607 |
| Dor | Baixo risco | 66,5 | 29,1 | 0.512 |
| Dor | Uso de risco | 64,8 | 18,2 | 0,513 |
| | Baixo risco | 62,0 | 19,4 | 0,906 |
| Estado geral de saúde | Uso de risco | 55,8 | 13,2 | 0,900 |
| Vitalidade | Baixo risco | 63,1 | 27,5 | 0,530 |
| vitalidade | Uso de risco | 40,0 | 27,4 | 0,550 |
| Aspertos Cocinio | Baixo risco | 73,3 | 30,7 | 0,114 |
| Aspectos Sociais | Uso de risco | 64,4 | 26,1 | 0,114 |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixo risco | 71,9 | 40,8 | 0,575 |
| | Uso de risco | 50,0 | 57,7 | 0,575 |
| Saúde Mental | Baixo risco | 65,5 | 25,5 | 0,325 |
| Saude Mental | Uso de risco | 39,0 | 8,9 | 0,325 |

^{*} Teste *t* de Student para amostras independentes.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool obteve a categoria de abstêmios como a de maior frequência (46%), sendo que 6% fazem uso de risco e 32% fazem uso de baixo risco (Gráfico 15), e a dependência nicotínica avaliada através do Teste de Fagerström obteve 100,0% de pacientes com dependência considerada muito baixa.

Gráfico 15 - Descrição do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

O Inventário de Depressão de Beck apresentou correlação moderada positiva para o Questionário Sobre a Imagem Corporal (r = 0,365) (Tabela 27).

Tabela 27 - Relação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck, Teste de Desordens Devido ao Uso de Álcool, Questionário sobre a Imagem Corporal e o teste da Figura de Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório

| | BECK | AUDIT | BSQ | BFS |
|-------|---------|--------|-------|-----|
| BECK | 1 | | | |
| AUDIT | -0,035 | 1 | | |
| BSQ | 0,365** | -0,080 | 1 | |
| BFS | -0,099 | -0,151 | 0,028 | 1 |

^{**.} A correlação é significativa ao nível de 1%.

Nota: Correlação de Spearman. Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida com as médias do Teste de Fagerström, pois a amostra é homogênea, da mesma forma que não foi possível correlacionar o mesmo com os escores do Inventário de Depressão de Beck, do Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool, do Questionário sobre a Imagem Corporal e do Teste da Figura da Silhueta Corpórea.

4.2 DISCUSSÃO

É importante ressaltar que os resultados obtidos nos testes dos dois grupos foram influenciados pelas respostas das mulheres, pois representam 88,23% da amostra do grupo pré-operatório e 98% do grupo pós-operatório. Alguns estudos demonstram uma população obesa em busca da cirurgia bariátrica que é em sua maior parte feminina. Nos estudos de Costa e outros (2009), Matos e outros (2002), Pedrosa e outros (2009), Oliveira, Passos e Marques (2013), Lima e Sampaio (2007) encontrouse prevalência de mulheres nas amostras entre 71,2 e 80,15%. Matos e outros (2002) sugerem que este resultado seja devido à maior demanda de mulheres buscando a cirurgia por conta dos padrões de beleza impostos pela sociedade, que podem inclusive gerar problemas psicológicos.

^{*.} A correlação é significativa ao nível de 5%.

Para o grupo pré-operatório, foi encontrada uma média de IMC de $44.2 \pm 7.1 \text{ kg/m}^2$, valor muito semelhante ao encontrado por Omonte (2007), que foi de $44.74 \pm 6.72 \text{ kg/m}^2$, porém inferior ao encontrado em outros estudos como o de Oliveira, Passos e Marques (2013) que apresentou uma média de $48.05 \pm 6.9 \text{ kg/m}^2$, de Diniz e outros (2008) que foi de 52.7 kg/m^2 , de Pedrosa e outros (2009) que foi de $48.6 \pm 8.9 \text{ kg/m}^2$, e de Lima e Sampaio (2007) que encontraram média de $47.5 \pm 7.2 \text{ kg/m}^2$.

Já no grupo pós-operatório, em que os pacientes têm mais de 1 ano de cirurgia, foi demonstrado um IMC médio de $28,2 \pm 4,0$ kg/m². Este achado foi semelhante ao de outros trabalhos como o de Gomes, Rosa e Faria (2011), no qual observou-se um IMC médio de $27,0 \pm 3,3$ kg/m² para os voluntários com 10 a 12 meses de pós-operatório. Já no estudo de Pedrosa e outros (2009), foi encontrado um IMC médio de $31,7 \pm 5,82$ kg/m² aos 24 meses de pós cirúrgico. Omonte (2007) encontrou médias distintas para o IMC do mesmo grupo, avaliado com 1 e 2 anos após a CB: $29,35 \pm 5,05$ kg/m² e $26,88 \pm 4,27$ kg/m², respectivamente.

Dentre os domínios do Questionário de Qualidade de Vida, a menor média observada no grupo pré-operatório foi do estado geral de saúde, com 39,7 pontos, e a maior foi de aspectos sociais com 64,5 pontos (Tabela 3). O estudo realizado por Omonte (2007) com 77 pacientes obesos que realizaram a CB, a menor média observada no período pré-operatório foi do domínio limitação por aspectos físicos com 35,71 pontos e a maior média observada foi do estado geral de saúde com 61,29 pontos.

Já para o grupo pós-operatório, a menor média observada foi a de vitalidade com 60,9 pontos e a maior foi de limitação por aspectos físicos, com 78,5 pontos (Tabela 17). No trabalho de Omonte (2007) com os pacientes já operados, foi demonstrado que as médias de todos os domínios do Questionário de Qualidade de Vida vão aumentando ao longo do tempo de cirurgia. Com 1 ano de cirurgia, a menor média apresentada dentre todos os domínios foi a de vitalidade com 77,47 pontos e a maior foi de aspectos sociais, com 92,86 pontos; com 2 anos de cirurgia a menor média entre todos os domínios foi vitalidade com 85,52 pontos e a maior média foi do domínio de limitação por aspectos físicos com 99,03 pontos.

O reganho de peso também esteve associado à diminuição da QV dos pacientes do grupo pós-operatório, onde domínios como, limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental, mas principalmente, limitação por aspectos emocionais tiveram prejuízos significativos (Tabela 18), apesar da média de quilos reganhados ter

sido de apenas $4,26 \pm 6,35$ kg, um resultado não muito surpreendente para uma população com tempo de cirurgia médio de $37,0 \pm 28,9$ meses (Tabela 14), pois é relatado na literatura que o reganho de peso se dá a partir de 2 anos após a CB. Apesar destes resultados, não foram encontrados estudos relacionando reganho de peso à depressão.

Do grupo pós operatório, 42% apresentaram reganho de peso, sendo que destes, 28,57% apresentaram reganho significativo e representam 12% da amostra total, valor inferior ao encontrado no estudo de Bastos e outros (2013), que demonstraram que o reganho ponderal significativo ocorreu em 28,1% da amostra, realizada com pacientes com 2 ou mais anos de cirurgia. Estes pesquisadores verificaram que alguns fatores são risco para o acometimento do reganho, como tempo de pós-operatório, atividade laboral e hábitos alimentares inadequados; além disso, a dilatação da bolsa gástrica e adaptações hormonais podem ocorrer influenciando também no reganho ponderal.

Na pesquisa de Odom e outros (2010), com 203 pacientes operados pela técnica de DGYR, 79% dos participantes reportaram algum reganho de peso, sendo que apenas 15% foram considerados como reganho de peso significativo, resultados semelhantes aos encontrados neste trabalho; além disso, foram listadas como situações associadas ao reganho de peso a compulsão alimentar, menores índices de QV e as desordens com relação ao uso de álcool e drogas, sendo que, os pacientes que eram melhor monitorados no período pós-operatório tinham menores chances de reganhar peso.

No grupo sem reganho de peso significativo a média do peso antes da cirurgia é de 116,8 kg (DP ± 17,8), o tempo de cirurgia médio foi de 29,8 meses (DP ± 20,6) e a quantidade média de peso perdido com a cirurgia foi de 45,5 kg (DP ± 11,3) (Tabela 15). Enquanto no grupo com reganho de peso significativo, o peso médio antes da cirurgia é de 122,2 kg (DP ± 10,0), o tempo de cirurgia médio foi de 90,0 meses (DP ± 27,1) e a quantidade média de peso perdido com a cirurgia é de 54,8 kg (DP ± 8,0) (Tabela 16), demonstrando que o grupo com reganho de peso significativo pesava mais antes da cirurgia, perdeu mais peso após a cirurgia e tem mais tempo de póscirúrgico, comparado com o grupo sem reganho de peso significativo. O estudo de Bastos e outros (2013) demonstra que há uma relação diretamente proporcional entre o reganho de peso e o tempo de pós-operatório, apesar de não ter observado

diferença significativa entre taxas mais elevadas de IMC no pré-operatório e o reganho de peso.

Com base nas informações coletadas sobre a insatisfação com a imagem corporal através do Teste da Figura da Silhueta Corpórea, mesmo no grupo pós-operatório, 80% dos indivíduos gostariam de ser mais magros (Gráfico 14). Nozaki (2010) demonstrou que 43,33% da amostra avaliada ainda sinalizou algum nível de insatisfação corporal após 1 ano e meio de cirurgia. Isso pode ser explicado pelo fato de que apesar da perda de peso significativa após a realização da CB, poucos são os pacientes que alcançam um IMC dentro da normalidade, entre 18,5 e 24,9 kg/m² (BASTOS et al., 2013) e uma CC dentro dos limites para diminuição do risco de complicações metabólicas, que no caso deste trabalho, com uma amostra composta em 98% de mulheres no grupo pós-operatório, foi encontrada uma média de 88,8 ± 11,9 cm (Tabela 13), ficando acima do preconizado pela World Health Organization (2000).

Cordas e Ascencio (2006) relatam que mais de 30% dos obesos, mesmo após grande diminuição do peso, não melhoram a satisfação com a imagem corporal, por conta da "gordura fantasma", como os autores denominaram, que trata-se da frustração por não atingir o corpo idealizado. Outros autores já relataram que esta diferença entre o IMC real e peso desejado pode levar ou intensificar a depressão (VEGGI et al., 2004).

Almeida, Zanatta e Rezende (2012), também demonstraram que apesar de haver diminuição na insatisfação com a imagem corporal, ela ainda se mantém presente no pós-operatório, assim como o IMC médio acima de 24,9 kg/m². Além disso, o trabalho de Sarwer (2010) mostrou que há uma queda maior nos níveis de insatisfação com a imagem corporal nos primeiros 6 meses, mas que se mantém um pequeno decrescimento até 2 anos após o procedimento cirúrgico. Este dado confirma-se pois o paciente se mantém perdendo peso até aproximadamente 24 meses depois da CB.

Apesar da insatisfação com a imagem corporal persistir após o procedimento cirúrgico, neste trabalho, observa-se que os níveis de insatisfação são menores no grupo pós-operatório, do que no grupo pré-operatório (Gráficos 7 e 13). Também houve uma correlação forte positiva entre os dados de depressão e insatisfação com a imagem corporal nos dois grupos, sugerindo que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal, maior o nível de depressão – ou o contrário – (Tabelas 12 e 27).

Nos achados desta pesquisa, houve a prevalência de tendência depressiva em 66,7% dos indivíduos entrevistados do grupo pré-operatório, onde 15,7% foram classificados com depressão grave, 25,5% com depressão moderada a grave e 25,5% com depressão leve a moderada (Gráfico 6). Além disso, quando os escores de depressão e qualidade de vida foram relacionados, mesmo não havendo diferença estatística significativa, percebe-se uma tendência positiva entre o domínio dor e depressão (Tabela 6), dessa forma, sugere-se que os indivíduos que sentem mais dor, podem ter maior probabilidade de desenvolver depressão.

No estudo de Petribu e outros (2006) foi encontrada uma prevalência de depressão em 29,9% dos obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica, sendo que 34,3% já tiveram depressão no passado, resultados semelhantes ao trabalho de Martins (2012), com uma população de 5700 pacientes, onde a prevalência de obesidade foi de 18,7% e da amostra de obesos, 30,8% apresentavam depressão. A prevalência de depressão em obesos mórbidos pode ser explicada pelo isolamento social, pois muitas vezes, sentem-se discriminados e sofrem prejuízos sociais, culturais, econômicos e afetivos, que parecem estar linearmente ligados ao IMC destes indivíduos (ONYIKE, 2003).

Devido a isto, a obesidade tem sido assinalada como um fator que coopera para a baixa autoestima e consequentemente, a depressão, transtornos alimentares, ansiedade e abuso de álcool e drogas, principalmente de obesos em tratamento clínico. Mulheres, fumantes e usuários de psicofármacos parecem estar mais suscetíveis ao desenvolvimento da depressão associada à obesidade (CORDAS; ASCENCIO, 2006; ONYIKE, 2003).

No grupo pós-operatório, a prevalência total de tendência depressiva foi de 49%, sendo que para os níveis de depressão grave, moderada a grave e leve a moderada os percentuais foram de 4,1%, 10,2% e 34,7%, respectivamente (Gráfico 12). A categoria sem depressão ou depressão leve teve frequência de 51%, mostrando que neste grupo há uma menor prevalência de indivíduos com graus de depressão mais elevados.

Houve uma baixa prevalência de tabagismo nos dois grupos estudados (préoperatório 1,96% e pós-operatório 4%) se considerarmos a pesquisa realizada em 2014 pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), onde foi encontrado o percentual de 8,7% de fumantes entre a população adulta brasileira estudada. No município de Vitória, esse percentual cai para 7,9%, sendo 10,7% entre homens e 5,5% entre mulheres (BRASIL, 2015). Nesse último caso, o percentual encontrado neste estudo fica bem próximo ao demonstrado através dos dados do VIGITEL, pois a amostra é formada em sua maioria por mulheres. Além disso, esse número menor de fumantes encontrados neste trabalho pode ter sido influenciado também, pelo fato de que não fumar seja um dos pré-requisitos para a realização da CB, já que 29,4% no grupo pré-operatório e 20% do grupo pós-operatório relataram já terem fumado no passado (Tabelas 9 e 24). Dessa forma, seria importante identificar há quanto tempo essas pessoas interromperam o fumo para que se pudesse tirar mais conclusões sobre o tabagismo nesta população.

Com relação ao etilismo, houve elevada prevalência nos dois grupos (33,3% no pré e 38% no pós) (Tabelas 9 e 24), se reiterarmos que a utilização de bebidas alcóolicas é contraindicada para os mesmos: para o grupo pré-operatório é um pré-requisito para a realização da CB, pois o álcool impacta no processo de emagrecimento, e para o pós-operatório uma medida de segurança, visto que o álcool traz malefícios ainda maiores para essa população. O estudo de Amorim e outros (2015), mostrou uso de álcool em 26,6% no grupo pré-operatório, com uso de alto risco para 2,2%, e 35,1% no grupo pós operatório, com provável dependência para 1,4%; não foi encontrada diferença estatística entre os dois grupos.

No grupo pós-operatório houve uma maior prevalência de indivíduos etilistas, sendo que o consumo classificado como uso de risco foi de 6,0% contra 3,9% do grupo préoperatório (Gráficos 8 e 15). Esse valor foi superior aos resultados da pesquisa de Costa (2013), realizada com 46 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica há pelo menos 6 meses, onde houve prevalência de uso de risco para 4,3% da população, porém foram inferiores aos resultados encontrados através do VIGITEL (BRASIL, 2015), que encontrou uma frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) de 16,4%, sendo maior em homens (24,8%) do que em mulheres (9,7%).

Também houve diferença entre os grupos quanto a utilização de bebidas alcóolicas no passado. No pré-operatório houve 7,84% e no pós-operatório 16% de indivíduos que já beberam no passado (Tabelas 9 e 24). Assim como os resultados do tabagismo,

este estudo teve como limitação a não identificação da quantidade de tempo em que essas pessoas pararam de ingerir bebidas alcóolicas e se havia dependência ou abuso prévios à realização do procedimento, favorecendo a identificação de recidivas ou de casos novos de desordens por uso de álcool.

No estudo de Suzuki, Haimovici e Chang (apud Costa 2013), só foram encontrados casos de desordens por uso de álcool por pacientes que haviam realizado a DGYR, uma cirurgia predominantemente restritiva, mas também disabsortiva, o que poderia levar a crer que a dependência ou consumo abusivo de álcool estão ligados de alguma forma às carências nutricionais e/ou às alterações fisiológicas que ocorrem após a realização de técnicas disabsortivas. Porém, mais estudos precisam ser realizados para elucidar estas questões, inclusive avaliando o uso diário de suplementação alimentar, pois estudos como o de Bastos e outros (2013) demonstram que pelos menos 25% dos pacientes bariátricos não fazem a utilização de suplementos nutricionais adequadamente e não compareceram às consultas agendadas.

Alguns dos principais fatores limitantes desta pesquisa podem ser: tamanho da amostra, predominância do sexo feminino, impossibilidade de obtenção dos dados de pré e pós-cirúrgico em um mesmo grupo (limitado pela questão temporal do estudo) e impossibilidade de coletar informações precisas, como o momento em que os participantes interromperam o fumo e/ou a utilização de bebidas alcóolicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente e bem relatado na literatura que a Cirurgia Bariátrica promove muitos benefícios para a população obesa a curto e longo prazo; benefícios em qualidade de vida, melhora de fatores emocionais, sociais e de saúde. Entretanto, é imprescindível que o acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório continue, mesmo que o paciente já tenha alcançado os objetivos almejados e oferecidos pela cirurgia, pois a mesma é apenas uma ferramenta para o tratamento da obesidade, e sem o auxílio profissional pode trazer malefícios como carências nutricionais, o reganho de peso e o retorno dos problemas iniciais como depressão, transtornos alimentares, insatisfação com a imagem corporal e prejuízos na qualidade de vida.

Além disso, a equipe multidisciplinar precisa reforçar os danos causados pela má alimentação, etilismo e tabagismo, tanto no pré e no pós-operatório, assim como propor ações para auxiliar o paciente no combate à dependência de drogas e álcool e a utilização de alimentos muito calóricos como forma de obtenção de prazer e sensação de bem-estar, pois o consumo exacerbado destas substâncias, após a cirurgia pode trazer sérios malefícios à saúde, impactando negativamente no resultado final da cirurgia.

São necessários mais estudos com a população bariátrica, a fim de elucidar todas as questões envolvidas no processo de emagrecimento e manutenção do mesmo, além de todos os quesitos relacionados à saúde e qualidade de vida, para que a Cirurgia Bariátrica atue como instrumento de promoção de saúde para populações obesas que não alcançaram sucesso nos tratamentos mais conservadores e para que se possa diminuir os riscos associadas à mesma.

REFERÊNCIAS

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo**, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.

AILLS, Linda et al. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 5, p. S73-S108, 2008.

ALMEIDA, Sebastião de Sousa et al. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY. **Story Of Obesity Surgery**. 2004. Disponível em: http://asmbs.org/resources/story-of-obesity-surgery. Acesso em: 20/06/2016.

AMORIM, Ana Carolina Ribeiro de et al. Uso de bebida alcoólica em períodos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 03-08, Feb. 2015.

ANDRADE, Francisco Teixeira et al. Estimativa do percentual de gordura utilizando o IMC. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n. 47, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3.ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BASTOS, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD arq. bras. cir. dig**, v. 26, n. supl. 1, p. 26-32, 2013.

BATISTA FILHO, Malaquias et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. Sup 2, p. S247-S257, 2008.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad saúde pública**, v. 19, n. Supl 1, p. 181-91, 2003.

BORDALO, Livia Azevedo et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 113-120, 2011.

BORDALO, Lívia A; MOURÃO, Denise Machado; BRESSAN, Josefina. Deficiências nutricionais após Cirurgia Bariátrica: Porque ocorrem? **Acta Med Port**, v. 24, n. S4, p. 1021-1028, 2011.

BORTOLINI, Gisele Ane et al. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. **Jornal de pediatria**, v. 89, n. 6, p. 608-613, 2013.

BORTOLINI, Gisele Ane; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. 2012.

BOSCATTO, Elaine Caroline; DUARTE, Maria de Fátima da Silva; GOMES, Marcius de Almeida. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 1, p. 43-47, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira.

Brasília, 2014. Disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf. Acesso em: 24/04/2016.

______. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, 2013a.

Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf. Acesso em: 24/04/2016.

_____. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Portaria Nº 424, de 19 de Março de 2013. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 20/06/2016.

_____. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BROLIN, Robert E. et al. Prophylactic iron supplementation after Roux-en-Y gastric bypass: a prospective, double-blind, randomized study. **Archives of Surgery**, v. 133, n. 7, p. 740-744, 1998.

BUFFINGTON, Cynthia K. Alcohol use and health risks: survey results. **Bariatric Times**, v. 4, n. 2, p. 1-21, 2007.

CALLEGARI-JACQUES, S. M.. **Bioestatística:** princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255 p.

CARNEIRO, Gláucia et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.(1992)**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CHAVES, Roberta Augusta Duarte et al. Deficiências nutricionais pós-cirurgia bariátrica em adultos com obesidade mórbida. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 17, n. 3/4, p. 121-128, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.131/2015**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf>. Acesso em: 29/06/2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outrubro de 1996 versão 2012**. 2012. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao final 196 ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 29/05/2016.

COSTA, Fúlvia Pirola da. **Efeitos do Consumo de álcool na qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

CORDAS, Táki Athanássios; ASCENCIO, Ruth Fabbri Ramos. Tratamento comportamental da obesidade. **Einstein.** São Paulo, v. 4, n. supl. 1, p. S44-S48, 2006.

CRUZ, Magda Rosa Ramos da; MORIMOTO, Ivone Mayumi Ikeda. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr**, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.

CUNHA, Jurema Alcides et al. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, p. 11-13, 2001.

DINIZ, Maria de Fátima Haueisen Sander et al. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em "Y de ROUX", no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 3, p. 183-190, 2008.

DUARTE, Antonio Cláudio et al. Síndrome metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. **Rio de Janeiro: Axcel**, v. 255, 2005.

FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FLEISCHER, J. et al. The decline in hip bone density after gastric bypass surgery is associated with extent of weight loss. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 93, n. 10, p. 3735-3740, 2008.

FONSECA, Vania de Matos; SICHIERI, Rosely; VEIGA, Glória Valéria da. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 541-9, 1998.

FONTAINE, Kevin R. et al. Years of life lost due to obesity. **Jama**, v. 289, n. 2, p. 187-193, 2003.

FRANCISCHI, Rachel Pamfilio Prado de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

GIGANTE, D. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 6, p. 13, 2004.

GUISADO, Juan A. et al. Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: differences between obese people with and without psychiatric disorders. **Obesity surgery**, v. 11, n. 5, p. 576-580, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Acesso em 24/04/2016.

| Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e Estado |
|---|
| Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a. |
| Disponível em: <http: biblioteca.ibge.gov.br="" liv45419.pdf="" livros="" visualizacao="">.</http:> |
| Acesso em 24/04/2016. |
| . Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 : Avaliação Nutricional da |
| Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível |
| em: <http: biblioteca.ibge.gov.br="" liv47310.pdf="" livros="" visualizacao="">. Acesso em</http:> |
| 24/04/2016 |

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**. 2003. Disponível em: . Acesso em: 01/11/2016.

JAIME, Patricia Constante; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 72-85, 2014.

JÓIA-NETO, Luiz; LOPES-JUNIOR, Ascêncio Garcia; JACOB, Carlos Eduardo. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, arq. bras. cir. dig**, v. 23, n. 4, p. 266-269, 2010.

KACHANI, Adriana Trejger; BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, Patrícia Brufentrinker. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. suppl 1, p. 21-24, 2008.

KING, Wendy C. et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. **Jama**, v. 307, n. 23, p. 2516-2525, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 75-83, 2009.

MARCHESINI, Simone Dallegrave. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD arq. bras. cir. dig**, v. 23, n. 2, p. 108-113, 2010.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013.

MARTINS, Ignez Salas; MARINHO, Sheila Pita. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 760-767, 2003.

MARTINS, Sónia. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 28, n. 3, p. 163-166, 2012.

MITCHELL, James E. et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. **Obesity surgery**, v.11, n. 4, p. 464-468, 2001.

MORAES, Josiane da Motta; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; SCHNEIDER, Daniela da Silva. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 2, p. 157-64, 2014.

MOTA, Diana Cândida Lacerda. **Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MURARA, Josilene Rubia; MACEDO, Larissa Linhares Borges de; LIBERALI, Rafaela. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, 2012.

ODOM, Jacqueline et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 20, n. 3, p. 349-356, 2010.

ONYIKE, Chiadi U. et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **American journal of epidemiology**, v. 158, n. 12, p. 1139-1147, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/d_cronic.pdf>. Acesso em: 28/10/2016.

ORIA, Horacio E.; MOOREHEAD, Melodie K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). **Obesity Surgery**, v. 8, n. 5, p. 487-499, 1998.

ÖSTLUND, Magdalena Plecka et al. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. **JAMA surgery**, v. 148, n. 4, p. 374-377, 2013.

PEDROSA, Isabella Valois et al. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 316-322, 2009.

PREVEDELLO, Carlise Felkl et al. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arq gastroenterol**, v. 46, n. 3, p. 199-203, 2009.

RAVELLI, Michele Novaes et al. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais-doi: 10.5020/18061230.2007. p259. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 259-266, 2012.

RIBAS FILHO, Durval et al. Avaliação de níveis lipêmicos e glicêmicos pré e póscirurgia bariátrica. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 205-210, 2009.

SALDIVA, Silvia Regina Dias Medici et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrition journal**, v. 13, n. 1, p. 1, 2014.

SANTOS, Ariene Angelini dos et al. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 10, n. 5, p. 384-9, 2012.

SARWER, David B. et al. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 6, n. 6, p. 608-614, 2010.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60135-9, 2011.

SIMAS, Patrícia; MARINHO, Ana Raquel; DIAS, Tiago. **Cessação tabágica e ganho ponderal**: linhas de orientação. 2015. Disponível em: < https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13568/1/Cessacaotab_ganhoponderal.pd f>. Acesso em: 02/11/2016.

SILVA, M. Paes da et al. Obesidade e qualidade de vida. **Revista de Exemplo**, v. 19, n. 3, p. 247-9, 2006.

SILVA, Paulo Roberto Bezerra da et al. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo), v. 27, p. 35-38, 2014.

SIMON, Gregory E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of general psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 824-830, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq. bras. cardiol**, v. 84, n. supl. 1, p. 3-28, 2005.

pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica estão satisfeitos com os resultados. 2014. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/95-dos- pacientes-que-realizaram-a-cirurgia-bariatrica-estao-satisfeitos-com-os-resultados/>. Acesso em: 29/06/2017. . Consenso Bariátrico. 2008. Disponível em: http://www.sbcb.org.br/arquivos/download/consenso bariatrico.pdf> . Acesso em: 29/06/2016. Entenda melhor as fases nutricionais do Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. 2016d. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/entenda- melhor-as-fases-nutricionais-do-pos-operatorio-de-cirurgia-bariatrica/>. Acesso em: 28/10/2016. . História da Cirurgia Bariátrica no Brasil. 2016c. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/>. Acesso em: 28/10/2016. . **Técnicas Cirúrgicas**. 2016b. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>. Acesso em: 28/10/2016. _. Volume de Cirurgias Bariátricas (por ano). 2016a. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/imprensa-2/releases/evolucao-das-cirurgias- bariatricas-no-brasil/>. Acesso em: 28/10/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **95% dos**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente**: Manual de Orientação. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf. Acesso em: 28/10/2016.

SOUZA, Amanda de M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 1 Supl, p. 190S-9S, 2013.

TARDIDO, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

TONETO, Marcelo Garcia et al. Resultados iniciais do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em um centro multidisciplinar. **Rev AMRIGS**, v. 48, n. 1, p. 16-21, 2004.

TRAINA, Fabíola. Deficiência de ferro no paciente submetido à ressecção gástrica ou intestinal: prevalência, causas, repercussões clínicas, abordagem diagnóstica e prevenção:[revisão]. **Rev. bras. hematol. hemoter**, v. 32, n. supl. 2, p. 78-83, 2010.

VASCONCELOS, Patrícia de Oliveira; COSTA NETO, Sebastião Benício da. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico** (**Porto Alegre**), v. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.

VEGGI, Alessandra Bento et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev. bras. psiquiatr**, v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004.

VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo et al. Avaliação da capacidade preditiva da circunferência da cintura para obesidade global e hipertensão arterial em mulheres residentes na região metropolitana de Belo Horizonte. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 765-771, 2002.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, 2010.

WHOQOL GROUP et al. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Quality of life assessment: International perspectives**. Springer Berlin Heidelberg, 1994. p. 41-57.

WOODARD, Gavitt A. et al. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 212, n. 2, p. 209-214, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. 2000. Disponível em:

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 28/10/2016.

| Physical status: the use of and interpretation of anthropometry | . 1995. |
|---|---------|
| Disponível em: | |

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 29/06/2016.

. World Health Statistics 2014. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 24/04/2016.

ZANEI, Suely Sueko Viski. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. **São Paulo: Universidade de São Paulo**, 2006.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; NOVAIS, Poliana Oliveira; OLIVEIRA JÚNIOR, Nilvan de. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA CURSO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Prevalência de transtornos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e fumo, nível de atividade física, qualidade de vida, depressão, consumo alimentar e estado nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A realização da cirurgia bariátrica não garante a completa resolução de alguns fatores desencadeantes da obesidade. Espera-se que a cirurgia exerça um impacto sobre a qualidade de vida e a prática de atividade física destes indivíduos. Todavia, estudos a cerca deste tema são limitados e este trabalho pretende auxiliar na compreensão destas relações. A intervenção consistirá em coleta dos dados através de formulários de pesquisa a fim de avaliar e comparar perfil antropométrico e dietético pré e pós-operatório de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica; e informações sobre o hábito alimentar do voluntário quinzenalmente. Os voluntários serão selecionados a partir de mídias sociais e todos os inscritos deverão ser residentes na Grande Vitória (ES), serão estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos adultos, com idade entre 20 a 65 anos e que estejam inscritos para fazer cirurgia bariátrica (pré-operatório) e ou que tenham feito a cirurgia a 2 ou mais anos (pós-operatório).

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

A coleta de dados será realizada através de formulários, os quais deverão ser preenchidos pelo voluntário, não apresentando a este, nenhum risco.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

O voluntário receberá como benefício, uma avaliação da sua composição corporal e orientação educacional que proporcione uma melhora nos seus hábitos alimentares, sem custos e, também, sem receber nenhuma remuneração para tal atividade.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

O voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa, quando necessário. Basta procurar a professora responsável Mirian Patrícia Castro Pereira Paixão pelo telefone do trabalho 3331-8500. Ou ainda no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória-ES; CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Também terá a liberdade e o direito de recusar sua participação ou se retirar em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

RESSARCIMENTO DE DESPESAS E INDENIZAÇÕES:

Para essa pesquisa não haverá custos para os participantes, como também não haverá ressarcimento de despesas e indenizações.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

| Eu, | | | | | | | | | | | , porta | ıdor | da |
|------------|---------|------------|--------|-------------|------|------|---------|----------|---------|--------|---------|------|------|
| Carteira | de | identidad | e i | nº | | | | | expe | dida | pelo | Ó | rgão |
| | , | por me | consi | iderar devi | dam | ente | inforr | nado (a |) e esc | clared | ido (a) | sob | re o |
| conteúdo | deste | termo e | da | pesquisa | a s | ser | desen | volvida, | livrem | ente | expres | so | meu |
| consentim | ento p | ara inclus | ão, c | omo sujeit | o da | pes | squisa. | Fui info | rmado | que | meu nú | mer | o de |
| registro n | a pesc | quisa é _ | | | | _ e | receb | i cópia | desse | docu | mento p | oor | mim |
| assinado. | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | _ | | | | | | |
| Assinatura | a do Pa | rticipante | Volu | ntário | | | | Data | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | _ | // | | | | | |
| Assinatura | a do Re | esponsáve | el pel | o Estudo | | | | Data | | | | | |

ANEXO A – FICHA PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

| Nome: | Sexo: | | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|--|--|
| Endereço: | | | | | | |
| Telefone: | Email: | | | | | |
| Data de nascimento: | Idade: | | | | | |
| Cor: | Estado Civil atual: | | | | | |
| Escolaridade: Profissão: | | | | | | |
| Alterações de peso (Tempo:) | | | | | | |
| () Ganhou peso () Perdeu peso () Não sofreu a | alterações no peso | | | | | |
| Alergia alimentar Ou intolerância alimentar | | | | | | |
| () Não () Sim, qual? | | | | | | |
| Atividade física | () Sim | | | | | |
| () Não | Quantas vezes: | | | | | |
| | Duração: | | | | | |
| Tipo: | | | | | | |
| Doenças crônicas degenerativas na sua família: | | | | | | |
| () Dislipidemia (1-pai, 2-mãe, 3-avós, 4-outros) | | | | | | |
| () Diabetes (1-pai, 2-mãe, 3-avós, 4-outros) | | | | | | |
| () Hipertensão arterial (1-pai, 2-mãe, 3-avós, 4- | outros) | | | | | |
| () Obesidade (1-pai, 2-mãe, 3-avós, 4-outros) | | | | | | |
| () Doenças cardiovasculares (1-pai, 2-mãe, 3-a | vós, 4-outros) | | | | | |
| () Não há problemas de doenças cardiovascula | res na família. | | | | | |
| Outra patologia na família: | | | | | | |
| Qual: Grau de pa | rentesco: | | | | | |
| Fuma: () Sim () Não () Já fumou no passado | | | | | | |
| Bebida alcoólica: () Sim () Não () Já bebeu no passado | | | | | | |
| Segue alguma dieta especial? () Não () Sim, qual? Está fazendo uso de algum suplemento alimentar? () Não () Sim, qual? | | | | | | |
| Está fazendo uso de algum suplemento alimentar? () Não () Sim, qual? | | | | | | |
| Queixa atual: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades?

| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum |
|--|----------------------------|-------------------------------|--|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|---|---------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você | | | | | | |
| tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|---------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM CORPORAL (BSQ-34)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado na resposta que mais se adequar, utilizando a legenda abaixo:

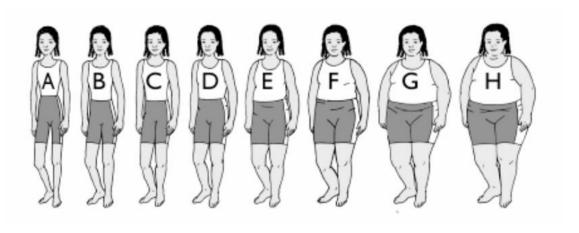
| 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito fred | quentemente | 6. | Sem | pre |
|---|-------------|-----|-----|-----|
| Nas últimas quatro semanas: | | | | |
| 1. Sentir-se entediado faz você se preocupar com sua forma física? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupado com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gordo (ou mais gordo)? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 9. Estar com pessoas magras faz você se sentir preocupado em relação ao seu físico? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gordo, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres/homens e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 2 | 3 4 | 1 5 | 6 |

Continuação...

| 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Muito frequente | üentemente | 6. S | Sem | pre |
|--|------------|------|-----|-----|
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondado? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 25. Você acha injusto que as outras pessoas sejam mais magras que você? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magro? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 27. Quando acompanhado, você fica preocupado em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magro? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 2 | 3 4 | 5 | 6 |

ANEXO D - TESTE DA FIGURA DE SILHUETA CORPÓREA (BFS)

A figura a seguir indica diversos tipos físicos. Cada um deles possui uma **letra** gravada em sua camisa. **Use esta figura e as letras indicadas para responder as questões a seguir:**



Marque um X na opção que melhor descreve sua opinião:

| | A | В | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O seu corpo se parece mais com qual destas imagens? | | | | | | | | |
| Qual destas imagens mostra como gostaria de se parecer? | | | | | | | | |

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos. Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cada uma delas e a seguir selecione a afirmação, que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Marque um X no número ao lado da afirmação escolhida. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, marque um X em cada uma delas.

#1ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Me sinto triste o tempo todo e não consigo evitar.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

#2ª AFIRMAÇÃO

- O Não estou completamente desanimado com relação ao futuro.
- 1 Me sinto desanimado em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
- 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

#3ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não me sinto fracassado.
- 1 Sinto que falhei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.

#4ª AFIRMAÇÃO

- 0 Eu tenho prazer nas coisas, como antes.
- 1 Não tenho satisfação com as coisas, como costumava ter.
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo.

#5ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não me sinto particularmente culpado.
- 1 Me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo.
- 3 Me sinto culpado durante o tempo todo.

#6ª AFIRMAÇÃO

- O Não sinto que eu esteja sendo punido por algo.
- 1 Sinto que posso ser punido.
- 2 Sinto que serei punido.
- 3 Sinto que estou sendo punido.

#7ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1 Estou desapontado comigo mesmo.
- 2 Me sinto desgostoso comigo mesmo.
- 3 Eu me odeio.

#8ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me constantemente pelas minhas falhas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

#9ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de fazer isso.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Me mataria se tivesse oportunidade.

#10^a AFIRMAÇÃO

- 0 Não costumo chorar mais do que o normal.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar antes.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

#11a AFIRMAÇÃO

- 0 Não me irrito mais como costumava me irritar.
- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente, me sinto irritado o tempo todo.
- 3 Já não consigo ficar irritado com as coisas que antes me irritavam.

#12a AFIRMAÇÃO

- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado pelas pessoas do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

#13ª AFIRMAÇÃO

- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

#14ª AFIRMAÇÃO

- O Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Estou preocupado porque estou parecendo velho ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Me considero feio.

#15ª AFIRMAÇÃO

- 0 Posso trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo mais fazer nenhum trabalho.

#16^a AFIRMAÇÃO

- O Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.
- 3 Perdi mais de 7 kg.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ___ Não ___

#17ª AFIRMAÇÃO

- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

#18ª AFIRMAÇÃO

- 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que antes.
- 2 Fico cansado ao fazer quase tudo.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

#19a AFIRMAÇÃO

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.

#20a AFIRMAÇÃO

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o normal.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

#21a AFIRMAÇÃO

- O Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
- 2 Me sinto, atualmente, muito menos interessado por sexo.
- 3 Perdi completamente o interesse em sexo.

ANEXO F – QUESTIONÁRIO SOBRE BEBIDAS ALCOÓLICAS (AUDIT)

Escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a "caixinha" do lado direito. Veja na figura ao lado o que é uma "dose".



| 1 dose de destilado (whisky, vodka, pinga): 40m |
|---|
| Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? |
| 0 = nunca (pule para as questões 9 e 10) 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semanas 4 = quatro ou mais vezes por semana |
| 2. Quando bebe, quantas doses você costuma tomar? |
| 0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais |
| 3. Com que frequência consome seis doses ou mais numa única ocasião? |
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |
| 4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar? |
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |
| 5. Nos últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu cumprir algum compromisso por ter bebido? |
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |

| 6. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou beber de manhã para se sentir melhor? |
|--|
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |
| 7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorso por ter bebido? |
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |
| 8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? |
| 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente |
| 9. Alguma vez na vida, você ou alguma outra pessoa, já se machucou ou se prejudicou por causa de você ter bebido? |
| 0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses |
| 10. Alguma vez algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que parasse de beber? |
| 0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses |

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO G – TESTE DE FAGERSTRÖM

| 1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? |
|---|
| a) Dentro de 5 minutos (3) |
| b) Entre 6 e 30 minutos (2) |
| c) Entre 31 e 60 minutos (1) |
| d) Após 60 minutos (0) |
| |
| 2. Você acha difícil não fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no |
| cinema, em bibliotecas, restaurantes, etc.)? |
| a) Sim (1) |
| b) Não (0) |
| |
| 3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? |
| a) O primeiro da manhã (1) |
| b) Outros (0) |
| 4. Quantos cigarros você fuma por dia? |
| a) Até 10 (0) |
| b) De 11 a 20 (1) |
| c) De 21 a 30 (2) |
| d) 31 ou mais (3) |
| d) 51 od mais (5) |
| 5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? |
| a) Sim (1) |
| b) Não (0) |
| |
| 6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do |
| tempo? |
| a) Sim (1) |
| b) Não (0) |
| |