

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

IVANA CAMPOS SCANDIAN BATISTA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E A
QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE
CIRURGIA BARIÁTRICA**

VITÓRIA

2016

IVANA CAMPOS SCANDIAN BATISTA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E A
QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE
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: Prof^a. Dr^a. Mírian Patrícia Castro Pereira
Paixão.

VITÓRIA
2016

IVANA CAMPOS SCANDIAN BATISTA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL E A
QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE
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:

Prof^a. Dr^a. Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão – Orientadora e membro do corpo docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Católico de Vitória

Emanuela dos Santos Azevedo, Nutricionista Clínica da equipe de Cirurgia Bariátrica do Hospital Evangélico de Vila Velha

Prof^a. Bárbara Ahnert Azeredo, Nutricionista Clínica

Dedico esse trabalho à minha família, pelo apoio, incentivo e motivação dados em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela sabedoria para que pudesse atingir os meus objetivos.

Ao Centro Universitário Católico de Vitória que me proporcionou ampliar os meus conhecimentos e a vivência da Iniciação Científica.

À Prof^a. Dr^a. Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão, minha orientadora, pelo apoio e por ter aceitado o desafio de desenvolvimento deste projeto.

Ao Dr. José Tarcísio Barroso Zovico, cirurgião responsável pelas cirurgias bariátricas do Hospital Evangélico, por ter autorizado o projeto. Obrigada pela confiança e oportunidade.

À psicóloga Édina Guimarães e à nutricionista Emanuela Azevedo, que apoiaram e contribuíram com informações e com a troca de experiências no acompanhamento dos indivíduos desta pesquisa e toda equipe do hospital Evangélico de Vila Velha – ES, muito obrigada.

Aos voluntários, pacientes bariátricos que aceitaram participar da pesquisa, o meu muito obrigada.

À Coordenadora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Católico de Vitória, Alessandra Rodrigues Garcia pelo apoio, por ter enviado alunos voluntários que contribuíram na coleta de dados. Muito obrigada pela sua dedicação e amizade.

Aos alunos voluntários do Centro Universitário Católico Salesiano, que contribuíram na coleta de dados, em especial à aluna Fernanda da Silva Gama que esteve presente em muitos desses momentos. Aos colegas de pesquisa Caíque Covre e Priscila Freitas, muito obrigada pelo companheirismo, dedicação, apoio e pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

Aos meus pais, minhas irmãs, familiares, muito obrigada pelo carinho e apoio. Ao meu esposo Luís Carlos Batista, obrigada pela paciência e dedicação e pelos momentos de amor compartilhados. Aos meus filhos, muito obrigada pela compreensão em aceitar a minha ausência.

Aos demais amigos e familiares que torceram por mim, que me incentivaram, o meu carinho e a minha gratidão.

“Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar o nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja”.

(Dalai Lama)

RESUMO

A cirurgia bariátrica tem crescido muito em todo o mundo, é considerado um tratamento rápido e eficaz no combate à obesidade e das doenças a ela associadas. Mudanças repentinas ocorrem na vida do paciente após o procedimento e ele precisa estar consciente desse processo. Transtornos alimentares antes e após a cirurgia podem ocorrer e impactar negativamente no tratamento após a cirurgia. Diante desta situação o objetivo desse estudo consiste em identificar a prevalência dos transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar periódica), a presença de insatisfação com a imagem corporal e qualidade de vida no pré e pós a cirurgia bariátrica e a relação com a qualidade de vida. 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 há mais de um ano, à cirurgia bariátrica em um hospital na cidade de Vila Velha – ES, todos com idade entre 18 a 70 anos. O estado nutricional foi analisado por meio de antropometria. A fim de avaliar a presença dos transtornos alimentares, foram utilizados cinco questionários validados: O EAT-26 - Teste de Atitudes Alimentares, o BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edinburg, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP, o Questionário de Imagem Corporal – BSQ-34 e o Teste da Imagem da Silhueta Corpórea - BFS. Foi utilizado o SF-36 para avaliar a qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. No que concerne aos aspectos éticos somente participaram da pesquisa os pacientes que assinaram o termo de compromisso livre e esclarecido. Os dados quantitativos foram descritos em média, desvio padrão e mediana, a caracterização dos dados foi realizada pela frequência observada, porcentagem, 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 escala. As correlações utilizadas para relacionar as variações antropométricas, as escalas 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 uma prevalência de transtornos alimentares tanto no grupo pré-bariátrico, quanto no grupo pós-bariátrico. Com relação à satisfação com a imagem corporal, observou-se que nos dois grupos prevaleceu algum grau de insatisfação com a

imagem corporal. O grupo pré-operatório apresentou 80,5% de insatisfação e o grupo pós-operatório a insatisfação foi de 40,8%. Destaca-se a importância do tratamento dos transtornos alimentares por equipe multidisciplinar, antes e depois da cirurgia para um melhor resultado, manutenção do baixo peso por mais tempo, melhora do perfil nutricional do paciente e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Transtornos Alimentares. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Bariatric Surgery has grown a lot around the world and it is considered a fast and effective treatment to combat obesity and its associated diseases. Sudden changes occur in the patient's life after the procedure and he needs to be aware of this process. Eating disorders before and after surgery may occur and have a negative impact on the treatment after surgery. Regarding this situation the objective of this study is to identify the predominance of eating disorders (Anorexia, Bulimia and Binge Eating), the presence of discontent with body's image and the quality of life before and after the bariatric surgery and the relation between that and the quality of life. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive research. This study was conducted with two groups: one group of 51 patients enrolled in the bariatric surgery program and another group of 50 people who were submitted to bariatric surgery more than a year ago in a hospital in the city of Vila Velha - ES, Brazil, all aged from 18 to 70 years. Nutritional status was analyzed by anthropometry. In order to assess the presence of eating disorders, five validated questionnaires were used: Eating Attitudes Test (EAT-26), Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE), Binge Eating Scale (BES), Body Shape Questionnaire (BSQ-34) and the Benign Fasciculation Syndrome (BFS Test). The Short Form (SF-36) was used to evaluate the quality of life before and after the bariatric surgery. Regarding the ethical aspects participated on the study only the patients who signed a free and clarified term of commitment. Quantitative data were described as average, median and standard deviation, the description of the data was performed by the observed frequency, percentage, measures of central tendency and variability. The analysis of variance (ANOVA) was used to compare variable's averages on the quality of life questionnaire with every scale. The Person's (Parametric) and the Spearman's (nonparametric) correlations were used to connect anthropometric variations, the scales and the domain of the Quality of Life Questionnaire. The significance level on the analysis was 5% with 95% of confidence interval. A prevalence of eating disorders was found in both pre-bariatric's and post-bariatric's groups. Concerning the satisfaction with body image, it was observed that in both groups prevailed some degree of discontent with body image. Pre-surgery group had shown 80.5% of dissatisfaction and the on post-surgery group dissatisfaction was 40.8%. Highlights the importance of the eating disorders' treatment by a multidisciplinary team before and

after the surgery for a better result of it, low weight maintenance for longer, patient's nutritional profile improvement and a better quality of life.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery. Food disorders. Quality of life

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização do peso, altura, IMC e idade do grupo pré-operatório.... | 61 |
| Tabela 2 - Caracterização do Questionário de Qualidade de vida do grupo pré-operatório..... | 62 |
| Tabela 3 - Relação entre a Qualidade de Vida com o IMC e idade do grupo pré-operatório | 63 |
| Tabela 4 - Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório..... | 65 |
| Tabela 5 – Comparação das médias da Qualidade de Vida na Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório..... | 69 |
| Tabela 6 - Teste de Atitudes Alimentares do grupo pré-operatório | 71 |
| Tabela 7 - Comparação das médias da qualidade de vida no Teste de Atitudes Alimentares no grupo pré operatório..... | 75 |
| Tabela 8 - Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh do grupo pré-operatório... | 77 |
| Tabela 9 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco no grupo pré-operatório | 81 |
| Tabela 10 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade no grupo pré-operatório..... | 82 |
| Tabela 11 - Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório..... | 84 |
| Tabela 12 - Comparação das médias de Qualidade de Vida no Questionário sobre a Imagem Corporal para o grupo pré-operatório..... | 90 |
| Tabela 13 - Relação entre o Questionário de Qualidade de Vida com as Escalas BES, EAT, BITE: Risco, BITE: Gravidade, BSQ para o grupo pré-operatório..... | 92 |
| Tabela 14 - Caracterização do peso, altura, IMC, idade e circunferências de cintura e braço do grupo Pós-operatório..... | 95 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 15 - Caracterização do peso antes da cirurgia, tempo de cirurgia, quantidade de peso perdido com a cirurgia e quantidade de peso reganhado..... | 92 |
| Tabela 16 - Caracterização do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pós-operatório..... | 94 |
| Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida com o IMC, idade, circunferência da cintura, quantidade de kg perdidos após a cirurgia e reganhados..... | 96 |
| Tabela 18 - Questionário de Compulsão Alimentar do grupo pós-operatório..... | 97 |
| Tabela 19 - Comparação das médias da Qualidade de Vida na Escala de Compulsão Alimentar Periódica para o grupo pós-operatório..... | 101 |
| Tabela 20 - Teste de Atitudes Alimentares no grupo pós-operatório..... | 104 |
| Tabela 21 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Atitudes Alimentares para o grupo pós-operatório..... | 102 |
| Tabela 22 - Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh no grupo pós-operatório..... | 107 |
| Tabela 23 - Comparação das médias de Qualidade de Vida e do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco para o grupo pós-operatório..... | 110 |
| Tabela 24 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade no grupo pós-operatório..... | 111 |
| Tabela 25 - Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório..... | 113 |
| Tabela 26 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Questionário sobre a Imagem Corporal para o grupo pós-operatório..... | 119 |
| Tabela 27 - Comparação das médias da Qualidade de Vida na Figura de Silhueta Corpórea para o grupo pós-operatório..... | 120 |
| Tabela 28 - Relação entre a Qualidade de Vida com as Escalas BES, EAT, BITE: Risco, BITE: Gravidade, BSQ para o grupo pós-operatório..... | 121 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 – Evolução de indicadores na população de 20 ou mais anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009..... | 32 |
| Gráfico 2 – Evolução de indicadores na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009..... | 33 |
| Gráfico 3 – Evolução de indicadores na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009..... | 34 |
| Gráfico 4 – Consumo Alimentar de frutas e hortaliças..... | 39 |
| Gráfico 5 – Boxplot do Questionário de Qualidade do grupo pré-operatório..... | 62 |
| Gráfico 6 – Descrição da Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório.. | 68 |
| Gráfico 7 – Descrição do resultado do Teste de Atitudes Alimentares no grupo pré-operatório..... | 75 |
| Gráfico 8 – Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco do grupo pré-operatório..... | 80 |
| Gráfico 9 – Resultados do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade do grupo pré-operatório..... | 81 |
| Gráfico 10 - Resultado do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório..... | 90 |
| Gráfico 11 - Peso antes da cirurgia e peso atual..... | 92 |
| Gráfico 12 - Peso perdido com a cirurgia e peso reganhado..... | 94 |
| Gráfico 13 - Boxplot do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pós-operatório..... | 95 |
| Gráfico 14 - Descrição da Compulsão Alimentar Periódica do grupo pós-operatório..... | 100 |
| Gráfico 15 - Resultado do Teste de Atitudes Alimentares do grupo pós-operatório..... | 105 |
| Gráfico 16 - Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco do grupo pós-operatório..... | 110 |
| Gráfico 17 - Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade do grupo pós-operatório..... | 111 |

Gráfico 18 - Resultado do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós-operatório.....118

Gráfico 19 - Resultado do Teste da Figura da Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório.....120

LISTA DE SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

BG – Banda Gástrica

BGA – Banda Gástrica Ajustável

BN – Bulimia Nervosa

CAP – Compulsão Alimentar Periódica

CB – Cirurgia Bariátrica

DC – Doença Cardiovascular

DGYR – Derivação Gastrojejunal 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 Corpórea

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

QV – Qualidade de Vida

RI – Resistência à Insulina

SM – Síndrome Metabólica

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transtorno Alimentar

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

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 23 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 27 |
| 2.1 CONCEITO E ETIOLOGIA DA OBESIDADE | 27 |
| 2.2 EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE | 29 |
| 2.3 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE | 33 |
| 2.4 TRATAMENTO DA OBESIDADE | 34 |
| 2.4.1 Tratamento Psicológico para a Obesidade | 35 |
| 2.4.2 Tratamento Nutricional para a Obesidade | 36 |
| 2.4.3 A Atividade Física no Tratamento da Obesidade | 38 |
| 2.4.4 Tratamento Farmacológico para a Obesidade..... | 39 |
| 2.4.5 Tratamento Cirúrgico da Obesidade..... | 40 |
| 2.5 A CIRURGIA BARIÁTRICA | 41 |
| 2.5.1 Critérios para a realização da Cirurgia Bariátrica | 42 |
| 2.5.2 Perfil do Paciente que realiza a Cirurgia Bariátrica..... | 43 |
| 2.5.3 Principais Técnicas Cirúrgicas | 44 |
| 2.5.3.1 Técnica Endoscópica: Balão Intragástrico..... | 45 |
| 2.5.3.2 Técnica Cirúrgica Restritiva: Banda Gástrica Ajustável (BGA)..... | 46 |
| 2.5.3.3 Técnica Cirúrgica Restritiva: Gastrectomia Vertical – Sleeve..... | 46 |
| 2.5.3.4 Técnica Cirúrgica Mista: Bypass Gástrico | 47 |
| 2.5.3.5 Técnica Cirúrgica: Derivação Biliopancreática (Cirurgia De Scopinaro)..... | 48 |
| 2.5.3.6 Técnica Cirúrgica: Duodenal Switch..... | 49 |
| 2.6 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES..... | 50 |
| 2.6.1 Anorexia Nervosa | 51 |
| 2.6.2 Compulsão Alimentar Periódica | 51 |
| 2.6.3 Bulimia Nervosa | 52 |
| 3 METODOLOGIA | 55 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 55 |
| 3.2 AMOSTRA..... | 55 |

| | |
|---|------------|
| 3.3 MATERIAIS E MÉTODOS | 55 |
| 3.4 ASPECTOS ÉTICOS | 55 |
| 3.5 VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS | 56 |
| 3.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL | 56 |
| 3.7 IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA..... | 57 |
| 3.8 ANÁLISE DE RESULTADOS | 57 |
| | |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 59 |
| 4.1 RESULTADOS | 59 |
| 4.1.1 Grupo Pré-Operatório | 59 |
| 4.1.2 Grupo Pós-Operatório | 90 |
| 4.2 DISCUSSÃO | 119 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 125 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 127 |
| | |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 139 |
| ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO 1 – BITE..... | 141 |
| ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO 2 – EAT..... | 143 |
| ANEXO C – ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR – BES | 145 |
| ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM CORPORAL – BSQ-34..... | 149 |
| ANEXO E – TESTE DA FIGURA DA SILHUETA CORPÓREA – BFS..... | 151 |
| ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36..... | 153 |
| ANEXO G – FICHA PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 157 |

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem aumentado de forma geométrica no Brasil e no mundo nas últimas décadas, apresentando enorme crescimento, isso se deu em função da transição do homem para a cidade, pelo crescimento das indústrias e pelo desenvolvimento tecnológico que propiciaram muitos benefícios, mas também trouxeram prejuízos no padrão alimentar da população (TERRES et al., 2006).

A facilidade no acesso a produtos com muito açúcar e com alto teor de gorduras, restringiu o consumo a alimentos mais saudáveis como as frutas, legumes, verduras e cereais e o avanço da tecnologia, com o uso do computador e o hábito de ficar muitas horas diante da televisão, levou as pessoas a diminuírem a atividade física e a recorrerem a uma alimentação rápida, de fácil acesso como são os “fast foods”. Doenças como a desnutrição, que antes eram prevalentes, cederam espaço para a obesidade (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

O excesso de peso, traz muitos malefícios para as pessoas em todas as etapas de suas vidas. Muitas doenças estão associadas a isso, como o diabetes mellitus tipo II (DM II), a resistência à insulina (RI), a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as dislipidemias, apneias do sono, doenças biliares, doenças articulares e muitas outras mais. Isso impacta negativamente, trazendo restrições ao bem-estar da pessoa, causando muitos males físicos e psicossociais (MARIATH et al., 2007).

Ações preventivas, que promovam a saúde desses pacientes, são importantes para a mudança desse cenário, como políticas públicas de incentivo aos bons hábitos como: exercícios físicos, educação voltada para a nutrição nas escolas, propagandas incentivando a ingestão de alimentos mais saudáveis, com menos adição de açúcar e gorduras, são algumas ações eficazes para esse controle (REZENDE et al., 2006).

A obesidade caracteriza-se como um quadro patológico oriundo do acúmulo exagerado de gordura no corpo, que pode ser avaliado utilizando parâmetros antropométricos, como o Índice de Massa Corporal (IMC) que se apresenta como um fator de risco para desencadear diferentes enfermidades, como DM II, HAS, DC, entre outras (SOUSA et al., 2007).

Caracterizada como uma enfermidade crônica e multifatorial, a obesidade requer um tratamento de ações integradas de várias ciências da saúde. Quando o tratamento

padrão não for satisfatório, a cirurgia bariátrica (CB) é uma alternativa que traz bons resultados, pois promove a diminuição de peso, com uma durabilidade considerada. É importante destacar que a cirurgia é mais um tratamento e não a cura definitiva para a obesidade, é necessário manter as orientações nutricionais, psicológicas para o equilíbrio das emoções e a prática regular de atividade física para um melhor resultado a longo prazo da cirurgia (BONAZZI, 2012).

Na avaliação para se indicar a CB, devem ser observados alguns parâmetros como o IMC, a idade do paciente e o tempo de doença do paciente, é preciso avaliar os tratamentos anteriores realizados, os seus sucessos e fracassos, se tem alguma doença psiquiátrica ou se está fazendo o devido tratamento. A cirurgia tem como finalidade, reduzir e manter o peso e a remissão das doenças associadas à obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2010).

Segundo o Consenso Bariátrico Brasileiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008) antes do procedimento cirúrgico e para garantir o sucesso da cirurgia, é essencial um acompanhamento de múltiplos profissionais de forma periódica por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, preparadores físicos, nutricionistas e psicólogos, entre outros, tanto no pré quanto no pós-operatório. Os Profissionais devem ser preparados para entender as alterações que a obesidade produz, uma vez que a cirurgia não trata da causa da obesidade e sim das consequências.

A CB tem sido muito utilizado, por ser rápida, eficaz, com resultados positivos e promissores para o tratamento da obesidade e para a remissão das doenças associadas a ela (GELONEZE; PAREJA, 2006).

Complicações após a cirurgia não devem ser desprezadas, como a possibilidade do surgimento ou até mesmo a manutenção de transtornos alimentares (TA) pré-existentes, como a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). O diagnóstico psicológico muitas vezes tem sido negligenciado no início do processo de seleção dos candidatos à CB, em função da falta de instrumentos adequados para um prognóstico mais preciso, levando a uma análise menos objetiva e mais intuitiva (MAGDALENO, 2009).

Com o crescente aumento do número dessas cirurgias, declarações pós-cirúrgicas como o aparecimento de AN e BN passaram a ser descritas, em função disso, uma boa avaliação antes da cirurgia é importante no diagnóstico e adequado tratamento precoce de um TA (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

Com o aumento da obesidade e das limitações enfrentadas pelos obesos, em seguirem os tratamentos padrões recomendados, surgiram as técnicas de CB. Conhecida como gastroplastia ou cirurgia de redução do estômago, este procedimento cirúrgico para a obesidade, tem trazido uma nova esperança e expectativa para o paciente obeso (MOURA et al., 2012).

O número de pacientes que procuram a CB para a solução da obesidade tem crescido muito no Brasil. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCBM), as cirurgias cresceram 6,5% em 2015, em relação a 2014. Uma boa parte desses pacientes não passaram por um tratamento pré-operatório adequado a fim de se verificar alguma alteração psicopatológica ou de personalidade, que são possíveis fatores que podem trazer problemas no pós-operatório e comprometer o tratamento (TRAVADO; PIRES; MARTINS, 2004).

A Grande Vitória realiza um grande número dessas cirurgias, três hospitais realizam esta cirurgia no estado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pela iniciativa particular. A Secretaria de Saúde do estado divulgou que em 2014 foram realizadas 206 cirurgias bariátricas. Em 2015 foram realizadas 48 cirurgias, sendo que mais de duas mil pessoas aguardam na fila de espera no Hospital das Clínicas, segundo responsável pelo programa de CB desse hospital (NÚMERO..., 2016).

Viana (2010) desenvolveu um estudo prospectivo no Estado do Espírito Santo, onde foram comparados dois procedimentos cirúrgicos: gastroplastia vertical com anel em Y-de-Roux e by-pass gástrico (Técnica de Fobi-Capella) e a gastrectomia vertical (Sleeve) com anel, em pacientes em dois momentos: antes e após a CB. Foi avaliado o impacto das cirurgias na redução do peso e composição corporal e na redução dos níveis de citocinas inflamatórias (IL6). Verificou-se uma redução da IL-6 em ambos os grupos e para o TNF- α só houve alteração para o grupo de Gastrectomia Vertical com anel. Nos dois procedimentos cirúrgicos os resultados foram eficazes na perda de peso.

Diante do progressivo aumento da obesidade e conseqüentemente das doenças associadas a ela e dos possíveis aspectos psicológicos também interligados, se faz necessário identificar a existência ou não de TA nesses pacientes obesos, candidatos à cirurgia bariátrica, a fim de que se possa ter um melhor resultado, a longo prazo, no tratamento da obesidade (TIRONE et al., 2006).

O reganho de peso após a cirurgia tem sido um objeto de interesse para toda a equipe multidisciplinar, principalmente médicos, nutricionistas e psicólogos, pois uma boa parte dos pacientes após cinco anos ou mais acabam retornando à obesidade grau III, retornando ao seu peso inicial, antes de operar (SILVA et al., 2005).

Apesar do crescimento e dos benefícios dessa cirurgia em todo o país, esse reganho tem sido frequente, mais e mais pessoas não têm conseguido o sucesso tão esperado, voltando a engordar depois de 2 anos de operados (MAGRO et al., 2008).

Poderiam os TA serem os principais responsáveis pelo aumento de peso excessivo dos pacientes que estão aguardando a CB e também pelo reganho de peso do paciente após a CB? Em função de poucos estudos sobre o tema no estado, relacionados à prevalência ou não TA, esse trabalho se propõe a contribuir nessa investigação, visando identificar a presença desses transtornos em pacientes antes e após um ano de CB, visto que não existem estudos similares sobre o tema no estado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO E ETIOLOGIA DA OBESIDADE

A obesidade foi caracterizada como uma patologia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, faz parte do grupo das doenças crônicas não-transmissíveis, multicausal, resultante da interação de múltiplos fatores, como genéticos, culturais, psicológicos, neuroendócrinos, metabólico, econômicos, sociais, e pertinentes à atividade física (ABDO, 2006).

Caracterizada pelo excesso de gordura corporal no indivíduo, a obesidade prejudica a saúde, traz distúrbios respiratórios, dermatológicos, problemas no aparelho circulatório, além de favorecer a origem de outros malefícios como dislipidemias, problemas cardiovasculares, diabetes tipo II e alguns tipos de câncer (MONTEIRO; CONDE, 1999).

A obesidade é uma patologia de risco para desencadear diferentes outras patologias, como diabetes, hipertensão, dislipidemia e outras doenças, como as cardiovasculares, entre outras (SOUSA et al., 2007).

O IMC é o método padrão, utilizado pela OMS para o diagnóstico dessa patologia, que é identificada a partir do exagerada gordura corporal. Chega-se a esse índice, dividindo-se o peso do paciente pela sua altura, elevada ao quadrado. Para ser considerado obeso, o IMC precisa estar acima de 30 Kg/m² (REZENDE et al., 2007).

Apesar do IMC ser o método mais usado, ele apresenta certos limites, pois não leva em conta a composição corporal do indivíduo, principalmente se a população estudada, apresentar um alto padrão de atividade física, ou no caso de pessoas com elevada massa muscular que vão apresentar o IMC elevado, sem, contudo, apresentarem uma gordura excessiva (REZENDE et al., 2006).

A obesidade abdominal também conhecida como gordura visceral, independe da gordura total do indivíduo, apresenta algumas características distintas da gordura subcutânea glúteo-femural, pois está relacionada a um risco maior de doenças e a uma maior mortalidade, favorecendo o risco de outras doenças como resistência insulínica, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial, risco de neoplasias e outras

doenças hemodinâmicas, conjunto de patologias denominadas de Síndrome Metabólica (SM) (RIBEIRO FILHO et al., 2006).

Em um estudo desenvolvido por Carvalho e colaboradores (2007), que avaliou o impacto da cirurgia Gastroplastia Vertical com Anel em Y-de-Roux – GVAYR na remissão da SM após 1 ano com 47 mulheres obesas com SM, sendo que 20 delas tinham DM II ou glicemia em jejum alterada; ocorreu a remissão dessas complicações após um ano de cirurgia. Ocorreu também a redução da pressão arterial, dos níveis de triglicerídeos e de colesterol, confirmando a importância da CB na redução da resistência à insulina e dos problemas cardiovasculares.

Segundo estudos de Olinto e colaboradores (2006), a circunferência de cintura se destaca de outros métodos, pois apresenta melhor correlação para avaliar o tecido de gordura visceral, quando comparada aos exames de imagens, como a ressonância magnética e à tomografia computadorizada, além de ser mais econômica pois só se usa como instrumento, uma fita métrica.

A circunferência da cintura, é um método antropométrico simples, de fácil aferição e de baixo custo, sendo o método indireto, mais utilizado na prática clínica para avaliar a gordura visceral. O IMC apresenta algumas dificuldades, como, não conseguir separar a gordura subcutânea da gordura intra-abdominal (GUEDES, 2006).

A etiologia da obesidade, por ter múltiplas causas, não é tão fácil de se identificar, pois resulta de vários fatores que se relacionam como: ambientais, genéticos, comportamentais, culturais, fisiológicos, culturais. Assim, pode ser classificada em dois contextos: externos, que englobam a dieta, comportamento e ambiente e o contexto genético, que incluem os fatores metabólicos e endócrinos (BOUCHARD, 2003).

Tanto os fatores externos quanto os fatores genéticos são importantes na etiologia da obesidade, porém os fatores ambientais, ou exógenos, são os mais relevantes, essenciais para o incremento e a expansão da doença. Muitos estudos apontam que os maus hábitos alimentares e o estilo de vida desregrado desde a infância e adolescência são os grandes responsáveis pela obesidade na vida adulta (MIRANDA; ORNELAS; WICHI, 2011).

Dentre os fatores exógenos ligados à gênese da obesidade, encontram-se o sedentarismo, associado ao excesso de alimentação desequilibrada, bem como os

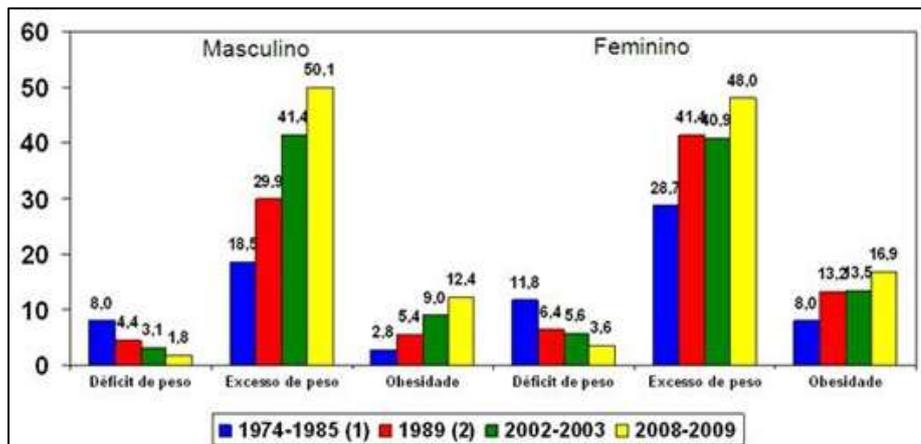
problemas no ambiente familiar. Em função do crescimento da obesidade e de suas consequências, é de suma importância que sejam desenvolvidas ações preventivas e de promoção da saúde, principalmente na infância, através de educação nutricional, incentivo à atividade física, a legislação sobre a rotulagem, propaganda e publicidade de alimentos (CARVALHO, 2013).

Nos países desenvolvidos, muitos inquéritos de peso e estatura são realizados para o cálculo do IMC, tanto por telefone, como em entrevistas. No Brasil, esse perfil nutricional da população, é desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), que utiliza as entrevistas auto referidas de peso e altura. As informações são integradas ao Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

No Brasil nas últimas décadas, verificou-se um decréscimo nos casos de desnutrição em crianças e adultos; doenças infecciosas que antes predominavam e eram as responsáveis pelos óbitos, foram substituídas por doenças crônicas não transmissíveis. Isso levou a um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade, distúrbio nutricional que prevalece na população atual. No Gráfico 1, são apresentados dados do Ministério da Saúde na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com adultos de ambos os sexos que apontam que no caso de déficit de peso, houve uma redução tanto em homens quanto em mulheres, a prevalência de sobrepeso em homens e mulheres é ascendente e no caso da obesidade, o diagnóstico é de 12,4% nos homens e 16,9% nas mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2010).

Gráfico 1 – Evolução de indicadores na população de 20 ou mais anos de idade, por sexo, no Brasil nos períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.

O tecido adiposo em excesso, depositado em determinadas áreas do corpo, como entre os órgãos, conhecida como gordura visceral, acarreta prejuízos significativos à saúde. Essa transição de um estado de desnutrição para a obesidade, caracterizada como nutricional, foi a grande responsável pela transição no perfil de morbidade da população (FERREIRA, 2010).

A transição nutricional é uma expressão que indica alterações no estado de nutrição de um povo e se associa às doenças crônicas, como diabetes tipo II e as doenças no sistema cardiovascular (AMUNA; ZOTOR, 2008).

Essa alteração do estado de nutrição é um elemento impactante na obesidade, resultado dos processos que marcaram o cenário histórico mundial como a urbanização e industrialização, bem como da mudança de hábitos alimentares, que passaram a ser errados, relacionados ao aumento de alimentos ricos em gordura, sódio e açúcar e deficiência no consumo de frutas, cereais, legumes e verduras, bem como a inatividade física (MARIATH et al., 2007).

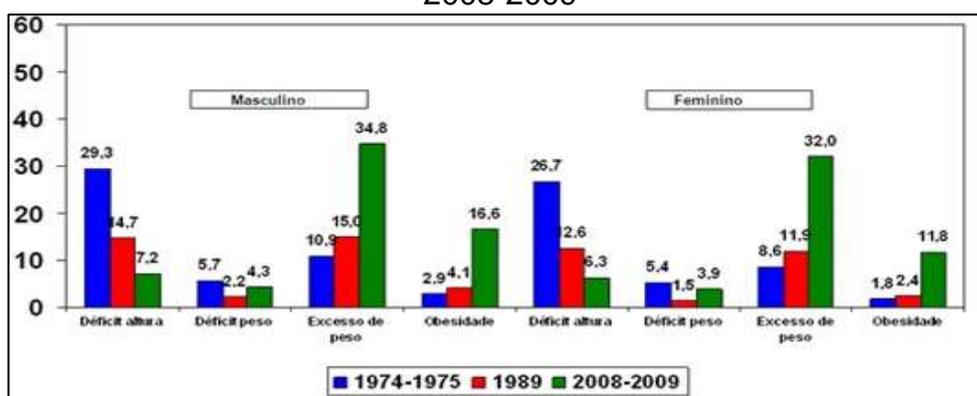
A obesidade tem aumentado demasiadamente em quase todos os países e já pode ser considerada uma epidemia mundial. A OMS a considera como um grave problema de Saúde Pública e segundo as projeções, em 2025 serão mais de 2,3 bilhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, algumas pesquisas apontam que mais de 50% da população está acima do peso (BRASIL, 2013).

O aumento da prevalência da obesidade em crianças e jovens também tem preocupado vários setores da sociedade, pois crianças obesas até 2 anos tem 50% de chances de se tornar um adulto obeso, e no caso de adolescentes obesos, o percentual aumenta para mais de 70%, principalmente se os pais forem obesos. As doenças associadas à obesidade, que antes eram comuns em adultos, como as dislipidemias, hipertensão e a intolerância à glicose, se tornam mais comuns em crianças e adolescentes (GAZOLLA et al., 2014).

Na última Assembleia Mundial da Saúde, em 2015, em Genebra (Suíça), o Ministro da Saúde destacou a importância da prevenção e do combate efetivo à obesidade infantil para que não aconteça com outros países em desenvolvimento, o mesmo que ocorreu no Brasil que passou da desnutrição para a obesidade (BRASIL..., 2015).

Segundo dados recentes do governo, em 2009, demonstrados no Gráfico 2, uma em cada 3 crianças na faixa etária de 5 a 9 anos de idade estavam acima do peso, recomendado para a sua idade, segundo a OMS. O percentual de crianças entre 5 a 9 anos de idade com excesso de peso chega a 34,8% em meninos e 32% em meninas, sendo que 16,6% de meninos e 11,8% de meninas eram também obesos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Gráfico 2 – Evolução de indicadores na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009

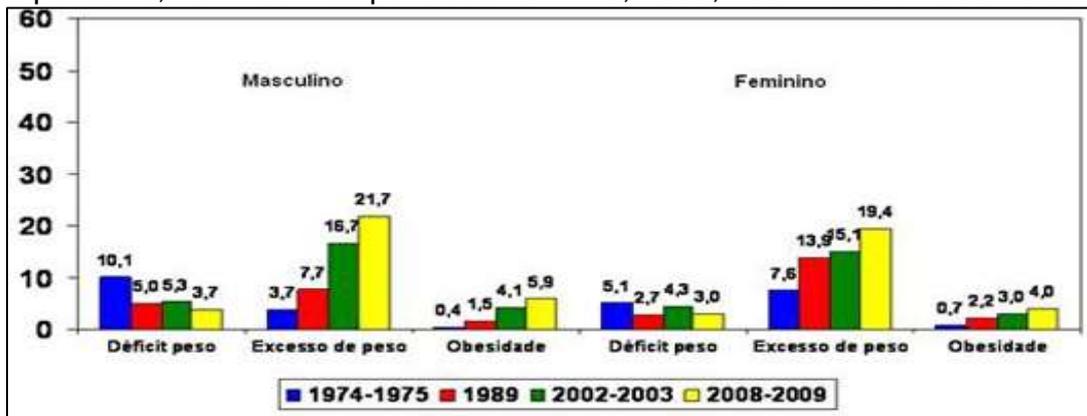


Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.

Segundos últimos dados da POF 2008-2009, o aumento de peso atinge cerca de 21,5% dos adolescentes, como demonstrado no Gráfico 3, sendo que a obesidade prevalece em 25% do excesso de peso. Nos últimos 34 anos, o aumento do peso foi ininterrupto. No caso dos rapazes passou de 3,7% para 21,7% e no caso das moças

passou de 7,6% para 19%. A obesidade aparece bem menos, porém com uma expectativa de ascensão, passando de 0,4% para 5,9% entre os rapazes e de 0,7% para 4% nas moças (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Gráfico 3 – Evolução de indicadores na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo, no Brasil nos períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.

O governo brasileiro tem realizado ações para impedir a progressão da obesidade, como o programa de atividade física gratuitas – Academia da Saúde - programa que possui profissionais preparados para o acompanhamento do cidadão, o qual foi implementado em várias cidades do país, com expansão para a América Latina (PRATT, 2010).

Em 2009 foi promulgada a lei número 11.947 de 16 de junho de 2009, a qual dispõe sobre a merenda escolar, onde se estabelece que o percentual mínimo de 30% do orçamento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que são repassados aos estados da federação, municípios e Distrito Federal sejam de alimentos frescos, saudáveis, oriundos da Agricultura Familiar (BRASIL, 2009).

A RDC 24/2010 publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre os cuidados e atenção para a veiculação das propagandas de alimentos não saudáveis, ricos em gordura, sal e açúcar que podem levar ao aumento das doenças crônicas e não transmissíveis na população (BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços do governo, a obesidade continua em crescimento, demonstrando que as ações apresentadas não tem contido esse crescimento geométrico. Foi criada pela OMS uma comissão para a implementação da estratégia global de combate à obesidade; são ações integradas de estímulo à prática de

exercícios físicos regulares; o acesso a uma alimentação mais natural, com mais frutas e verduras e de redução do consumo de alimentos industrializados ou ultra processados, diminuição do açúcar, gorduras e do sódio de certos alimentos e ações de educação nutricional nas escolas para o combate da obesidade infantil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Segundo dados da SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia), o Brasil e a Inglaterra lideram o ranking do combate à obesidade. O Brasil recebeu uma carta de condecoração da International Obesity Task Force, devido as ações de políticas públicas de combate a obesidade, como: restrição das propagandas de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, sal e açúcar; a utilização de 30% dos recursos do PNAE voltados para alimentos frescos oriundos da agricultura familiar, o Programa Nacional de Aleitamento Materno e outros (AÇÕES..., 201?).

Em contrapartida, dados estimados pela OMS apontam que pelo menos 1 bilhão de pessoas no mundo, apresente excesso de peso, sendo que 300 milhões são considerados obesos avaliados pelo IMC. Existem projeções de inquéritos nacionais que estimam que o Brasil poderá ser o 5º país em 2025 a sofrer com a obesidade, abrangendo cerca de 20% da sua população, enquanto que nos EUA serão 40% e na Inglaterra, 30% da população (HU, 2008).

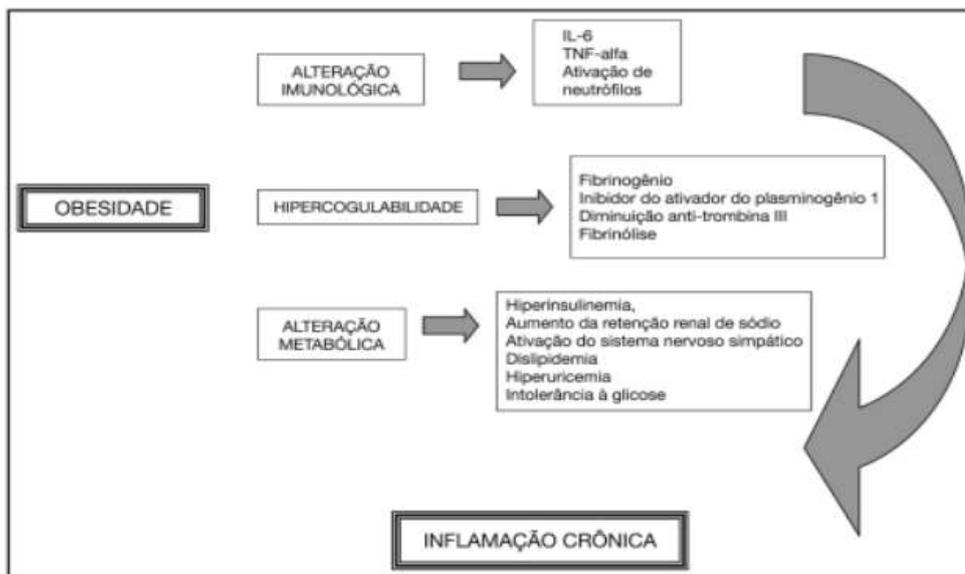
2.3 FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

Caracterizada como um processo inflamatório crônico, a obesidade, contribui para a redução da capacidade metabólica e também imunológica, leva à resistência à insulina à hipercoagulabilidade. São liberados as interleucinas 6 (IL-6) e TNF Alfa (Fator de Necrose Tumoral) pelo tecido adiposo. Os neutrófilos sofrem alteração na ativação e na movimentação; modificação na concentração do fibrinogênio e do inibidor de ativação do plasminogênio 1, redução da antitrombina III e fibrinólise. Ocorre a hiperinsulinemia, em função da resistência a insulina, que leva ao aumento da retenção de sódio nos rins, o sistema nervoso simpático é ativado, elevando a reatividade vascular, provoca a dislipidemia, aumento do ácido úrico, e intolerância à glicose (PIERACCI et al., 2006).

Sanches e outros (2007, p. 206) na Figura 1, destaca que:

A obesidade é caracterizada por estado inflamatório crônico que diminui tanto a capacidade imunológica quanto metabólica, além de cursar com hipercoagulabilidade e resistência à insulina. O tecido adiposo libera fator de necrose tumoral (TNF) alfa e interleucina 6 (IL-6). Há também alteração na mobilidade e ativação dos neutrófilos; na concentração do fibrinogênio e do inibidor do ativador do plasminogênio 1, diminuição da antitrombina III e fibrinólise. A resistência insulínica gera hiperinsulinemia, aumenta a retenção renal de sódio, ativação do sistema nervoso simpático e aumento da reatividade vascular. Também gera dislipidemia, hiperuricemia e intolerância à glicose [...].

Figura 1 – Fisiopatologia da obesidade



Fonte: SANCHES, 2007.

2.4 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Em função da prevalência da obesidade, se faz necessário conter o seu avanço e incentivar ações voltadas para o tratamento e prevenção pois essa patologia está relacionada ao surgimento de outras comorbidades clínicas, levando a um grande comprometimento funcional, psicológico, tornando a obesidade um problema, não apenas do médico, mas de diversos profissionais da saúde, tais como nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros (MANCINI, 2010).

O tratamento da obesidade não deve ser pensado isoladamente e sim multiprofissional, para se elaborar um programa eficiente e eficaz com resultados melhores e com maiores chance de sucesso, é essencial a participação de um maior

número possível de profissionais, de áreas diversas da saúde, como médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e outros mais (FARIAS, 2005).

Não existe uma pílula mágica para a obesidade ou um medicamento, milagroso, 100% eficaz, capaz de trazer todos os benefícios satisfatórios e por um longo tempo, sem que haja uma mudança permanente dos hábitos do paciente, como a mudança nos hábitos alimentares e a prática saudável da atividade física. O consenso geral é que os ingredientes vão muito além do que se põe à mesa (GOMES, 2013).

2.4.1 Tratamento Psicológico para a Obesidade

O tratamento psicológico contribui para promover a mudança cognitiva e comportamental do paciente, contribuindo com o tratamento nutricional, diminuindo o consumo calórico e aumentando o gasto energético, onde são trabalhadas as questões cognitivas, comportamentais e emocionais, que contribuem para o sucesso do plano alimentar e mudança dos hábitos alimentares (LUZ; OLIVEIRA, 2013).

Em pacientes obesos com o TCAP, verifica-se uma maior inclinação em distorcer o seu tamanho corporal, apresentando maior insatisfação e preocupação com sua aparência pessoal, evitando situações sociais. Isso demonstra o comprometimento dos três componentes da imagem corporal: percepção, pensamento-afeto e o comportamento (CORDAS; ASCECIO, 2006).

Criada por Beck no ano de 1956 e sendo adaptada por muitos pesquisadores, para vários transtornos psicológicos, em todo o mundo, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem colaborado para o tratamento de diversas doenças, como a depressão, transtornos alimentares, ansiedade, tabagismo, dependência química e a obesidade (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2007).

A TCC fundamenta-se na associação do pensamento, da emoção e do comportamento, tendo como hipótese que a forma como as pessoas pensam, influenciam as suas emoções e o seu comportamento. A TCC leva o paciente a identificar e discernir quais são os seus pensamentos automáticos, disfuncionais e a responder a eles, de maneira funcional, fazendo que as pessoas se sintam melhor e que se comportem de forma mais adaptativa no seu ambiente. Nas pessoas com obesidade, a TCC pode contribuir na modificação das crenças disfuncionais,

promovendo a reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças mais funcionais (BECK, 2011).

O tratamento psicológico promove alterações comportamentais importantes que ajudam no tratamento da obesidade, contribuindo na diminuição do consumo calórico e aumentando o gasto energético. Muitos programas comportamentais conseguem reduzir de 0,5 kg a 1 kg por semana. As principais abordagens trabalhadas são: estabelecimento de metas, auto monitoramento, controle de estímulos, solução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas (BERKEL et al., 2005).

Em intervenções psicológicas em grupos, destaca-se importância dos psicólogos e de outros profissionais no tratamento da obesidade, integrando-se à equipe, tais como nutricionistas, médicos clínicos, psiquiatras, e educadores físicos, configurando uma equipe interdisciplinar (NUNES et al., 2009).

2.4.2 Tratamento Nutricional para a Obesidade

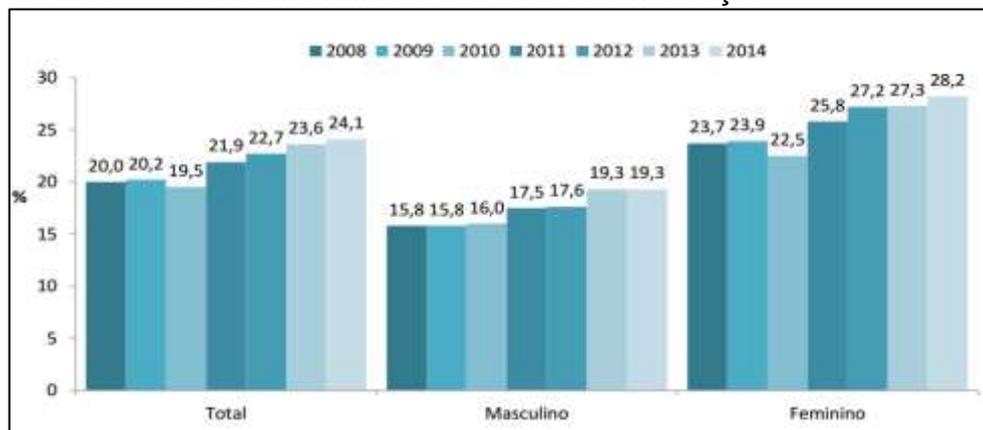
A alimentação é uma necessidade fisiológica, assim, os alimentos tem importante ação tanto como função social quanto biológica. A opção de escolher um alimento é um processo complexo que envolve fatores psicológicos, culturais e sociais, em função disso, é essencial as abordagens multidisciplinares para a melhor compreensão desses processos (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008).

A alimentação adequada é essencial tanto no tratamento como na prevenção do excesso de peso, prevenindo também outras doenças crônicas de alta prevalência. O consumo de alimentos com alta densidade calórica e o sedentarismo são fatores diretamente ligados ao ambiente que favorecem para o aumento da obesidade (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Na POF 2008-2009, observa-se que o consumo energético diário de refeições prontas ou semi- prontas e industrializadas é de 4,61%, de embutidos é de 2,22%, de biscoitos de 3,3% e de açúcares e refrigerantes de 12,99%, por outro lado, o consumo de frutas e sucos naturais é de 2,04%, de legumes e verduras de 0,80%, demonstrando que esse hábito inadequado de consumo alimentar de baixo consumo de frutas e verduras, aliado com a falta de exercícios, contribui para a elevação do sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

No Gráfico 4 são apresentados os dados do VIGITEL (2014) sobre o consumo alimentar. 25% dos brasileiros consomem o recomendado de frutas e hortaliças, preconizado pela OMS que é de 400 gramas de hortaliças e frutas por dia.

Gráfico 4 – Consumo Alimentar de frutas e hortaliças



Fonte: VIGILÂNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014.

Os maus hábitos alimentares associados aos alimentos ricos em gorduras e à falta de atividade física, tem contribuído para o aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias. O peso exagerado é uma forte ameaça para a saúde das populações (ANJOS; MULLER, 2006).

O Nutricionista tem um importante papel na promoção de hábitos alimentares saudáveis, atuando na prevenção de doenças e promovendo ações para a melhoria da qualidade de vida. O paciente deve ser bem orientado através da educação nutricional, que envolve conhecimentos básicos de saúde e de alimentação saudável. Cabe ao nutricionista avaliar o paciente obeso, fazer o levantamento do seu estado nutricional e assim, propor-lhe um plano de ação alimentar, individualizado, nutricionalmente equilibrado, adequado à sua demanda metabólica. (MACHADO, 2006).

Alguns aspectos importantes que precisam ser identificados na anamnese desse paciente são: capacidade de ingestão de alimentos, histórico alimentar, ou alterações realizadas, mudanças de peso recentes, alergias ou intolerâncias alimentares, interação drogas-nutrientes, presença de transtornos alimentares, outras alterações, como constipação intestinal, histórico de doenças metabólicas, dispepsia e outros. O plano alimentar deverá estar adequado tanto em macro nutrientes quanto em

micronutriente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

Aprender a alimentar-se de forma adequada, optando por escolha de alimentos saudáveis in natura é a única maneira de atingir e manter o peso adequado. O tratamento dietético indicado, visando a perda e manutenção de peso, deverá ser realizado por meio de alterações de estilo de vida, com ênfase em reeducação nutricional associada a técnicas de mudança comportamental, ideais para qualquer tratamento de longo prazo (BRASIL, 2014).

2.4.3 A Atividade Física no Tratamento da Obesidade

A prática de exercícios físicos regulares, são fundamentais para o controle do peso, favorecendo uma qualidade de vida e mais saúde. A falta dessas atividades, juntamente com uma dieta inadequada, com alta densidade energética, facilita o desenvolvimento de várias doenças e o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis (SEABRA et al., 2008).

A atividade física, associada às orientações nutricionais, são eficazes e essenciais para o controle do excesso de peso. Além de controlar a obesidade, a atividade física está relacionada a um maior gasto energético, melhora o metabolismo da glicose, controla o DM II e regula os lipídios, reduzindo a hipercolesterolemia, dores articulares e controla a HAS, melhora a função cognitiva e a autoestima, promovendo um benefício global na qualidade de vida (MENDES et al., 2006).

No caso das dislipidemias, a falta de exercícios regulares na infância e na adolescência com mais frequência que na fase adulta, desencadeia o surgimento de dislipidemia na idade adulta, contudo se houver a prática do exercício aeróbicos, há uma melhora desse perfil lipídico (GUEDES; GONÇALVES, 2007).

O exercício físico para o grupo de obesos, tem um importante papel relacionado a mudança no comportamento, pois promove uma melhora do bem-estar geral, do humor, da auto estima e qualidade de vida que são transferidos para outras áreas, como relacionamento interpessoal, família, trabalho e saúde geral. A natureza multifuncional traz benefícios físicos, fisiológicos e psicológicos. Logo, recomenda-se que a sua prática seja incentivada como um fator de proteção contra o estresse do dia a dia, que podem trazer desarmonia ao ser humano (MORAES, 2004).

Segundo Matsudo e Matsudo (2006), a prática de atividade física recomendada para a diminuição das doenças associadas à obesidade é de 30 minutos por dia durante os 5 dias da semana e para que haja uma perda significativa de peso e a sua permanência por mais tempo, as recomendações são de 60 a 90 minutos por dia, por 5 vezes na semana.

2.4.4 Tratamento Farmacológico para a Obesidade

Quando as estratégias tradicionais para a diminuição da obesidade não são atingidas, como a orientação dietoterápica, mudanças no estilo de vida, a prática regular de atividades físicas e mudanças comportamentais, o tratamento farmacológico é uma possibilidade a ser considerada, principalmente em função dos prejuízos e do risco morte relacionadas à obesidade (NONINO; BORGES; SANTOS, 2006).

O uso de fármacos no tratamento da obesidade visa facilitar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças na alimentação. Assim, o uso de fármacos deve servir apenas como auxílio ao tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade (MANCINI, 2002).

Os medicamentos para a redução da obesidade, podem ser indicados para indivíduos com IMC entre 27 e 30 kg/m², que tenham pelo menos uma doença associada como a HAS, DM II, dislipidemias, artrite, DC, câncer entre outras (LÓPEZ, 2005).

Segundo as Diretrizes para o tratamento farmacológico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METÁBÓLICA, 2009), o uso de remédios para o tratamento do sobrepeso e obesidade é indicado se houver falha nos tratamentos dietéticos e atividade física, em pacientes: com IMC igual ou superior a 30 kg/m²; com IMC igual ou superior a 25 kg/m² associado a outros fatores de risco, como as doenças crônicas como a diabetes mellitus tipo 2, pressão arterial elevada, dislipidemias entre outras: ou se a circunferência abdominal estiver maior ou igual a 102cm (homens) e 88cm (mulheres).

Muitos estudos confirmam que o êxito no tratamento da obesidade está associado a perdas de peso de 5% a 10%. Essa redução ponderal pode melhorar os níveis de pressão sanguínea, a glicemia e da dislipidemia (FORTES, 2006).

A grande maioria dos fármacos contra a obesidade, por si só, não trazem a cura da obesidade, podem até trazer resultados positivos, por um lado, mas em contrapartida, trazem uma série de sintomas não satisfatórios. Além disso, os resultados a longo prazo não são os mais desejáveis, pois quando há a interrupção do seu uso, o paciente volta a engordar novamente. Sendo assim, o uso de fármacos deve estar associado à mudanças de atitudes para um melhor estilo de vida do paciente (FORTES et al., 2006).

Drogas como a sibutramina, mazindol, dietilpropiona, fermproporex, anfepramona, orlistat do grupo dos halopáticos e cafeína e garcínia cambodja, da classe dos fitoterápicos, apresentam resultados positivos na redução do peso e combate à obesidade, porém sozinhos não garantem os mesmos resultados a longo prazo, sendo assim se faz necessário a prática de atividade física e a reeducação alimentar, que deverá ser uma rotina na vida do paciente (RADAELLI; PEDROSO; MEDEIROS, 2016).

2.4.5 Tratamento Cirúrgico da Obesidade

Os tratamentos padrões, citados anteriormente, produzem resultados positivos em curto espaço de tempo, porém trazem resultados insatisfatórios, como a recuperação da perda de peso (média de 30% a 35%) após um ano do início do tratamento, e em um espaço de tempo maior de até 5 anos, acabam recuperando seu peso (95% dos pacientes). Em razão disso, a Sociedade Brasileira de Cirurgia bariátrica (SBCB) indica a CB como ferramenta no tratamento para a obesidade mórbida como um tratamento duradouro e eficiente, sendo que na escolha dos métodos, vai depender de cada tipo de problema e de determinados critérios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008).

Em um estudo realizados em 2004 pela Swedish Obese Subjects, foram evidenciadas as vantagens da cirurgia, quando comparada a um grupo controle com tratamento conservador não operatório. Os dois grupos foram acompanhados por 2 e 10 anos. No grupo dos operados ocorreu uma melhora do diabetes, diminuição do triglicérides, do colesterol (LDL) e HAS, após 2 anos, hiperuricemia, qualidade de vida e perda de peso (SJOSTROM et al., 2007).

A CB, apesar dos resultados positivos e satisfatórios, ela não promove a cura definitiva da obesidade e sim o seu controle. Após o procedimento, são comprovadas a melhora da qualidade de vida do paciente como um todo, representada pela perda de peso e eliminação das comorbidades associadas à obesidade, melhora do auto estima, na imagem corporal entre outras (STEFFEN et al., 2009).

Em uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Buchwald e colaboradores, entre os anos de 1990 e 2003, com 136 estudos com 22.094 pacientes que realizaram a CB, 72,6% eram do sexo feminino, com idade média de 39 anos, verificou-se uma redução ou melhora das morbidades após o procedimento cirúrgicos: diabetes (86%), hiperlipidemia (70%), hipertensão arterial sistêmica (78,5%) e (83,6%) da apneia do sono (BUCHWALD, 2004).

A gastroplastia traz para o paciente obeso mórbido, a melhoria da qualidade de vida e resultados excelentes, a curto, médio e longo prazo, melhorando muito o estado geral do paciente, por outro lado, pode trazer algumas consequências indesejadas, principalmente no período pós-operatório imediato ou a longo prazo, como as deficiências nutricionais, que podem trazer consequências metabólicas, hematológicas e neurológicas, muitas vezes irreversíveis (HOJO et al., 2007).

2.5 A CIRURGIA BARIÁTRICA

A palavra *barus* vem do grego, que significa peso, a CB é também chamada de cirurgia de redução do estomago, é o tratamento cirúrgico mais eficaz de combate a obesidade. É um conjunto de técnicas eficazes, que visam o controle e o tratamento da obesidade acentuada. Essas técnicas vem crescendo de modo significativo no mundo todo (NGUYEN et al., 2011).

Entre os anos de 2000 e 2008 no Brasil e nos Estados Unidos, houve uma progressão no número de cirurgias de 6,5 vezes e 10 vezes, respectivamente. Segundo dados do MS, foram feitas 3.195 cirurgias bariátricas em 2008, nos hospitais credenciados ao SUS (Sistema Único de Saúde demonstrando o crescimento significativo de 542% desde o ano de 2001 (BRASIL, 2011).

O crescimento e o aprimoramento dos métodos cirúrgicos, tornou o procedimento eficiente e seguro tanto para o tratamento e controle da obesidade quanto para as doenças crônicas, associadas à obesidade, como a hipertensão arterial, o diabetes e

outras. O Brasil se destaca nesse campo, sendo o segundo lugar do mundo em procedimentos bariátricos, atrás apenas dos Estados Unidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 20??).

A CB ganhou maior destaque no Brasil, quando passou a ser executada na rede pública, através da Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001 e pelos planos de saúde particulares que facilitou esses procedimentos para os obesos mórbidos a realizarem, aumentando a demanda desses procedimentos em todo o país (BRASIL, 2004).

Em 2010 foram feitas 64,4 mil cirurgias no país, um aumento de mais de 200% em relação ao ano de 2003 e de mais de 30% em relação ao ano de 2009. Os dados do SUS indicam um aumento de 23,7% entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 cirurgias. Nos hospitais associados ao SUS, o aumento foi de 800% entre 2001 e 2010. Nos hospitais privados, nesse mesmo período foi de 300% (BRASIL, 2011).

2.5.1 Critérios para a realização da Cirurgia Bariátrica

O Ministério da Saúde através da sua portaria nº 424 de 19 de março de 2013, estabelece as diretrizes para a CB. Esta é indicada em certas situações, descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios para a realização da Cirurgia Bariátrica segundo o MS (2009)

| |
|--|
| Indivíduos que apresentem IMC 50 kg/m ² ; |
| Indivíduos que apresentem IMC 40 kg/m ² , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento tradicional, por no mínimo 2 anos, tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; |
| Indivíduos com IMC > 35 kg/m ² e com comorbidades: alto risco cardiovascular, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. |

Fonte: adaptado de ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2013.

O Conselho Federal de Medicina estabeleceu através da Resolução nº 2.131/15, que altera a resolução anterior, CFM nº 1.942 de 2010, os novos critérios de inclusão para a seleção dos candidatos à CB. Foram acrescentadas mais doenças ao conjunto de comorbidades já existentes, associadas à obesidade, como a depressão, Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outras, totalizando 21 doenças, associadas ao IMC 35

Kg/m². Os outros critérios são IMC igual ou maior que 40 Kg/m², tratamento ineficaz através dos métodos convencionais no mínimo por 2 anos e permanência da obesidade grave por mais de 5 anos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

A resolução trata ainda, sobre a idade mínima e máxima para a realização da cirurgia. Os idosos e os adolescentes entre 16 e 18 anos, podem realizá-la, se for bem avaliada a relação custo/benefício para o procedimento e no caso dos jovens, desde que tenha um pediatra na equipe interdisciplinar e que haja a estabilização do crescimento das cartilagens das epífises (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Segundo o Consenso Bariátrico do Colégio Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2006), as condições as quais não se recomenda a cirurgia, para o controle da obesidade são as seguintes (Quadro 2).

Quadro 2 – Contraindicações para a realização da Cirurgia Bariátrica

| |
|---|
| Hipertensão portal com varizes esofágicas |
| Pacientes com limite intelectual importante, sem apoio familiar satisfatório |
| Presença de transtorno psiquiátrico, sem controle, incluindo-se uso de álcool ou drogas ilícitas. |

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

Destaca-se que em todas as situações, que forem orientadas a cirurgia, a importância do paciente assinar o TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em que o paciente e seus familiares atestam, que receberam o esclarecimento sobre os possíveis riscos e os benefícios do tratamento, bem como do total apoio e acesso que receberá da equipe multiprofissional que irá assisti-lo, em todas os momentos do tratamento. Em contrapartida, é fundamental o comprometimento dos familiares com todo o apoio necessário para o sucesso da cirurgia e que o próprio paciente faça a sua parte, com adesão total, cumprindo e seguindo todas as orientações da equipe multiprofissional (FERRAZ, 2006).

2.5.2 Perfil do Paciente que realiza a Cirurgia Bariátrica

Em um estudo retrospectivo e descritivo, quantitativo, realizado em 2010 com uma amostra de 54 pacientes que realizaram a CB em um hospital universitário da Grande Vitória - ES, verificou-se que 83,3% das pessoas eram do sexo feminino, 33,3% tinham a faixa etária de 26 a 35 anos, o estado civil predominante é de casados ou

com união estável. Quanto ao nível de escolaridade, 37% apontam para uma maior frequência em pessoas com o nível médio completo. Com relação à renda, 29,7% estão entre 1 e 2 salários mínimos. O IMC dos entrevistados, a maioria das mulheres, possuíam o IMC acima de 50kg/m², e entre os homens o IMC variava entre 40 e 44 kg/m² e acima de 50 k g/m², com relação às doenças prevalentes: DM, HAS, problemas osteoarticulares e dislipidemias. (OLIVEIRA et al., 2013).

Em uma revisão sistemática que avaliou o perfil do paciente do SUS que realizou a CB até 2014, através de consultas às bases Medline, Lilacs, Scielo e Scopus, foram identificadas 1.591 pesquisas, 39 foram selecionados, dos quais 95% são observacionais. Verificou-se que o sexo predominante é o feminino, 78%, a média de idade era de 41,4 anos e o IMC médio de 48,6kg/m². Com relação às doenças associadas à obesidade, 61% eram hipertensos, 22% diabéticos e 31% tinham apneia do sono (KELLES et al., 2015).

2.5.3 Principais Técnicas Cirúrgicas

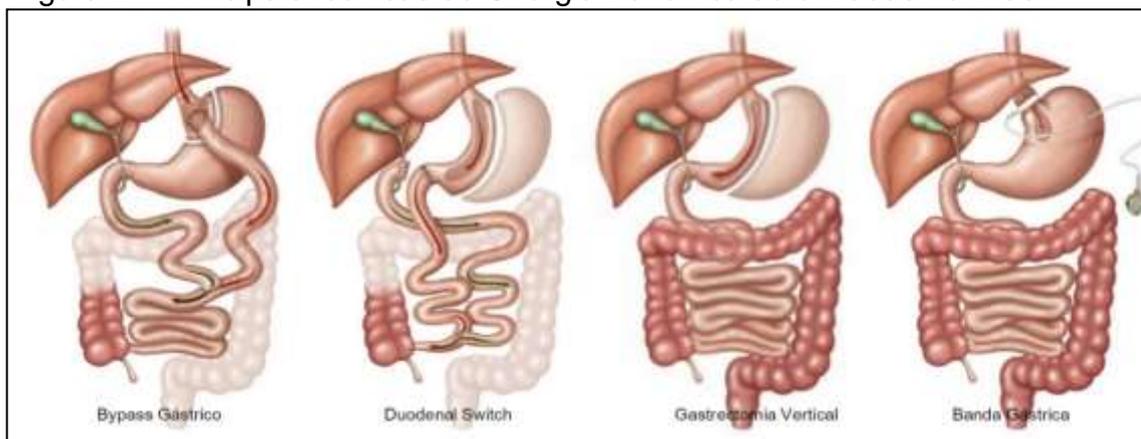
As principais técnicas utilizadas para o tratamento da obesidade, classificam-se como: restritivas, disabsortivas e mistas (Figura 6). A cirurgia restritiva é aquela que ocorre a modificação do estômago, reduzindo o espaço do mesmo para o alimento. Uma pequena porção do alimento promoverá a saciedade. As principais técnicas desse tipo são: o balão intragástrico, a banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical (HYDOCK, 2005).

As técnicas disabsortivas, ou mal absorptivas possibilitam que o paciente se alimente, contudo ele não consegue absorver os nutrientes e vitaminas, levando-o a um emagrecimento maior e a uma carência nutricional. As principais técnicas são: Scopinaro e derivação bileopancreática (LIMA et al., 2009).

As técnicas mistas associam as técnicas citadas acima. Além de ocorrer uma modificação no estômago, o intestino também sofre uma alteração. Além da restrição do espaço estomacal, que leva à redução do volume e maior saciedade, ocorre a disabsorção, devido a diminuição do local de absorção de nutrientes e calorias que ocorre no intestino delgado. As principais técnicas mistas são: a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGYR) e Fobi-Capella (MANCINI, 2006).

Na Figura 2 são apresentados as principais cirurgias bariátricas aprovadas no Brasil: Bypass gástrico com o desvio intestinal em “Y de Roux”, a banda gástrica ajustável, a gastrectomia vertical, também denominada Sleeve e a duodenal switch. O balão intragástrico não é uma técnica cirúrgica, é um procedimento auxiliar no pré-operatório da CB (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016).

Figura 2 – Principais técnicas de Cirurgia Bariátrica autorizadas no Brasil



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

2.5.3.1 Técnica Endoscópica: Balão Intragástrico

O Balão intragástrico é uma medida não definitiva no tratamento da obesidade, descrita em 1982 por Nieben e Harbie. O balão é introjetado via endoscópica, com 500 ml de líquido, objetivando aumentar a saciedade e levar ao emagrecimento, diminuindo o volume residual, disponível para os alimentos. É um método provisório, pois deve ser retirado no prazo recomendado pelo fabricante. É indicado para auxiliar na perda de peso, no preparo pré-operatório de pacientes super obesos, (IMC acima de 50 kg/m²), com doenças associadas e patologias agravadas ou que foram originadas pela obesidade. O balão só deve ser indicado se outros tratamentos convencionais já tiverem sido aplicados e cumpridos todos os procedimentos recomendados para os pacientes, sendo todos insatisfatórios (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

2.5.3.2 Técnica Cirúrgica Restritiva: Banda Gástrica Ajustável (BGA)

A Banda Gástrica (BG) foi desenvolvida na década de 80, período que se iniciou os procedimentos laparoscópicos, sendo trazida para o Brasil em 1996. É considerada a técnica que apresenta menores percentuais de complicações após o procedimento e possui a menor taxa de óbitos, com valores de 0,1%. Em função desses resultados positivos na perda de peso e no menor risco de óbitos, foi muito bem aceita, sendo uma das cirurgias mais utilizadas na atualidade. É uma técnica que leva a uma perda ponderal, reduzindo em até 50% o peso corporal do paciente obeso, tem um resultado satisfatório na redução do diabetes mellitus tipo 2, no controle da hipertensão arterial e dislipidemia (CUNNEEN, 2008).

A BGA representada consiste em um dispositivo com um anel inflável de silicone que é introduzido por videolaparoscopia na porção alta do estômago, sendo que o calibre pode ser ajustado pela aplicação de líquido no reservatório através de um mecanismo de punção percutânea do portal de injeção na parede abdominal. O órgão fica com a aparência similar a uma ampulheta, ocorre a distensão do estômago e esôfago e quando o alimento chega, envia sinais para o cérebro, que levam à saciedade (FORSELL; HALLBERG, 1998).

A BG apresentou sofreu certas intervenções até o seu ajuste a fim de conseguir o melhor resultado e em muitos casos até foi necessário a retirada da mesma. Isso proporcionou um aprimoramento da técnica. Após as mudanças, menores riscos de complicações ocorreram, como o deslizamento gástrico que reduziu de 20% para 5%. Além disso, a banda gástrica tem como vantagem, o melhor ajuste, a reversibilidade e a manutenção íntegra do trato gastrointestinal (MILLER, 2008).

2.5.3.3 Técnica Cirúrgica Restritiva: Gastrectomia Vertical – Sleeve

A CB do tipo gastrectomia vertical é um procedimento restritivo, que pode evoluir para ser disabsortiva, caso ocorra um insucesso inicial. É uma técnica rápida, simples, que tem mostrado boa resolução das doenças associadas e boa perda de peso, sendo muito bem aceita em muitos centros de diversos países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA, 2016).

Foi criada por Hess e Marceau, posteriormente em 2002, Gagner a adaptou como primeira etapa para a elaboração da técnica duodenal switch, em pacientes com alto grau de obesidade, ou que apresentavam alto risco para as cirurgias, apresentando um ótimo resultado, reduzindo as doenças associadas à obesidade, as deficiências nutricionais, promovendo uma significativa perda de peso (GAGNER et al., 2009).

Aprovada pelo CFM em 2010, essa técnica promove a remoção de 70% a 80% do estômago por laparoscopia, a partir do ângulo de His até o antro, ocorre a restrição do hormônio grelina e o volume residual do estômago varia de 50 a 200 ml. Não ocorre a eliminação do duodeno do processo, não interferindo na absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Em caso de insucesso do procedimento, pode ocorrer a evolução para o Bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) e a derivação biliopancreática com switch duodenal (BRASIL, 2010).

2.5.3.4 Técnica Cirúrgica Mista: Bypass Gástrico

As cirurgias do tipo mista promovem mudanças na funcionalidade secretória e no esvaziamento do estômago e podem ocasionar síndromes após a CB, como a síndrome de dumping, gastrite de refluxo alcalino, de má absorção, estase em Y de Roux, úlcera, colelitíase, alterações nutricionais como a perda de peso, que pode levar à desnutrição de vitaminas e proteínas, anemias graves, osteoporose e osteomalácias e outros problemas mais (COLQUITT et al, 2009).

Das técnicas utilizadas atualmente, o bypass gástrico é considerada por muitos profissionais da área como “padrão ouro” em cirurgias bariátricas. É também denominada: gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGYR). Desenvolvido na década de 60 por Mason e Ito, apresentou uma evolução até chegar no modelo atual (pequeno reservatório gástrico com capacidade em torno de 30 ml). Tem baixa mortalidade e um alto grau de eficácia. Esta cirurgia mista promove uma maior saciedade precoce e melhor intolerância a doces, levando a uma perda de peso maior quando comparada com outras gastroplastias (SZEGO; MENDES; BITRAN, 2002).

No bypass gástrico, o principal objetivo é possibilitar a melhora do estado geral de vida do paciente, através da perda de peso adequada, lembrando a importância de monitorar a quantidade e a qualidade do alimento a ser consumido, buscando-se o

bem-estar físico e emocional para que a perda de peso não acarrete desnutrição, por isso destaca-se a importância da suplementação nesse procedimento e nos outros mais (CAMBI; MICHELS; MARCHESINI, 2003).

O bypass gástrico é um procedimento seguro e eficaz, mais utilizado no mundo, que corresponde a 75% dos procedimentos realizados no Brasil, o paciente perde cerca de 40% a 45% do peso inicial. No processo cirúrgico ocorre o grampeamento de parte estômago, reduzindo o seu espaço, evitando a ingestão de alimentos em excesso, reduz-se o intestino na parte inicial, que leva ao aumento dos hormônios que provocam a saciedade e diminuem o apetite.

A combinação da menor quantidade de alimentos com a saciedade precoce, provoca o emagrecimento e o controle de patologias como o diabetes, a hipertensão arterial e outras (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Os resultados do by-pass trazem bastante contentamento para o paciente e para todo que fazem parte da equipe, e para que esses resultados se mantenham a médio e longo prazo, é necessário o prosseguimento no pós-operatório. O psicólogo e o nutricionista são agentes fundamentais nesse processo de mudanças. É fundamental monitorar a evolução dos pacientes em relação à sua imagem corporal, à perda de peso, aspectos alimentares, adesão a dieta, e promoção de hábitos alimentares adequados e duradouros, bem como o aconselhamento dietético e o impacto positivo na perda ponderal (SOUZA, 2006).

2.5.3.5 Técnica Cirúrgica: Derivação Biliopancreática (Cirurgia De Scopinaro).

A técnica de derivação biliopancreática foi desenvolvida na década de 60 por Nicola Scopinaro, razão pela qual recebeu o seu nome. Na técnica ocorre a diminuição da capacidade gástrica, elimina-se o controle do piloro, do esvaziamento gástrico, levando a uma má absorção proporcionada pela retirada da maior parte do intestino delgado (cerca de dois metros e meio de intestino). Em função desse processo, as enzimas que contribuem no processo absorptivos dos nutrientes passam a ter sua ação prejudicada, restringindo a sua funcionalidade. O paciente passa a necessitar de uma maior demanda de proteínas, vitaminas, ferro e cálcio para a prevenção das doenças ósseas (GRACIA et al., 2009).

Inicialmente, esta técnica consistia em uma gastrectomia distal, com uma alça alimentar de 200 cm anastomosada ao estômago remanescente e um canal de 50 cm, local onde se anastomosa a alça biliopancreática. Com a modificação da técnica, visando a redução das complicações nutricionais, o canal comum foi aumentado para 100 cm e um canal alimentar de 225 cm, preservando-se o estômago distal que somente é seccionado, podendo haver a sua reversibilidade (DOMENE et al., 2005).

As técnicas biliopancreáticas são muito eficientes em relação à perda de peso e atuam menos em relação ao limite da ingestão de nutrientes, contudo o prejuízo absorptivo é muito grande, podendo levar a desvios nutricionais graves, com a necessidade de suplementação nutricional com custos elevados. Outro fator é a perda ponderal que após um ano, tende a uma estabilização, limitando-se muito a sua indicação (SPERANZINI et al., 2013).

2.5.3.6 Técnica Cirúrgica: Duodenal Switch

Na década de 90, a técnica de Scopinaro foi modificada por Marceau, Baltasar, Hess e seus colaboradores. Foi desenvolvida a derivação biliopancreática com gastrectomia vertical preservando-se o piloro, foi denominada: Técnica Duodenal Switch. As técnicas são distintas uma da outra pois na Duodenal Switch a gastrectomia é feita no sentido vertical, permanecendo pequena parte do antro, retirando-se o fundo do estômago e formando um estômago com formato de meia lua (FRUHBECK, 2004).

Em uma pesquisa descritiva, realizada com 102 pacientes operados há mais de 12 meses, comparando as técnicas cirúrgicas existentes em relação às perdas de peso no pós-operatório: by-pass gástrico (23 pacientes); técnica de Scopinaro (21 pacientes); derivação biliopancreática de duodenal switch (20 pacientes); banda gástrica ajustável (23 pacientes) e gastroplastia vertical de Mason (15 pacientes). A técnica duodenal switch apresentou o melhor percentual de diminuição de excesso de peso: 83,3% de redução do percentual de excesso de peso (NICARETA; MARCHESINI, 2007).

Neste procedimento ocorre um “by-pass” das secreções advindas do pâncreas e da bile, que passam a ter o contato com os alimentos apenas no intestino delgado distal, bem próximo ao intestino grosso. A alça alimentar é reduzida, passando a medir 2,0

a 2,5 metros entre o estômago e o intestino grosso. É uma técnica menos restritiva, promove menor absorção que a técnica de Scopinaro, mas pode levar o paciente a ter diarreia crônica, algumas deficiências de vitaminas e minerais, provoca maior flatulência com um cheiro muito desagradável e outros problemas mais. A técnica vem sendo realizada por vídeo cirurgia em alguns centros médicos (HESS; HESS; OAKLEY, 2005).

Essa técnica tem sido considerada como o melhor procedimento para a remissão do diabetes mellitus tipo 2, podendo chegar a 95%. Por isso ela tem sido escolhida como opção para pacientes obesos que apresentam a doença ou em pacientes diabéticos com menor peso, devendo-se nesses casos, diminuindo o desvio intestinal (BUCHWALD et al 2009).

2.6 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para tentar atender aos anseios estéticos estabelecidos pela sociedade e pela mídia em que se vive na atualidade e visando atender a um padrão de pleno contentamento com a imagem do seu corpo, a cada dia as pessoas tem feito loucuras em busca do corpo perfeito, há uma busca incessante por uma dieta nova, horas e horas de exercícios vigorosos, utilizam-se diuréticos, laxantes, produtos miraculosos, jejuns e outros mais (ALVES, 2009).

Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), esclarecem que esses comportamentos levam ao desenvolvimento de TA, como o Transtorno da CAP, a AN, a BN, influenciados pela globalização, pelo processo de urbanização e de industrialização e pelo incentivo dos meios de comunicação como a Internet e a televisão.

Os principais métodos classificatórios de transtornos atuais são o DSM-V-TR (APA, 2014) e a CID-10 (OMS,1993) que classificam a BN, a AN como os principais TA. Nas duas síndromes ocorre uma preocupação exacerbada em relação à forma e ao peso corporal, que leva a comportamentos não adequados em relação à perda de peso. Outros tipos de TA passaram a ser reconhecidos a partir de 1980, porém não preenchiem todos os critérios da AN ou BN, apresentavam algumas características e foram classificados como: Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE) e o Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE) (NUNES et al., 2009).

Os TA são distúrbios psíquicos, caracterizadas por alterações muito graves e frequentes no comportamento alimentar, trazem sofrimento psíquico e físico e promovem o desequilíbrio sócio emocional. No DSM V (2014) são descritos outros tipos de diagnósticos para outros TA como transtorno de ruminação, pica ou picamalácia, Transtorno Alimentar restritivo ou evitativo, AN, BN e TCAP.

A Obesidade e os TA são doenças modernas que tem aumentado muito a sua incidência nas últimas duas décadas. O conhecimento acerca delas tem melhorado ao longo dos tempos, facilitando o entendimento e a intervenção. Possuem uma manifestação psicossomática e uma forte ligação com outros transtornos, como a depressão, a ansiedade, transtornos de imagem corporal. Diferentes pesquisadores, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, médicos, nutricionistas e antropólogos, contribuem com os seus distintos conhecimentos, que muitas vezes são complementares (MATTOS, 2007).

2.6.1 Anorexia Nervosa

A AN, é uma patologia relacionada ao comportamento alimentar que traz muito sofrimento emocional e físico. Em função da mudança na aparência física, devido à perda de peso imposta para si mesma, o problema se torna mais aparente. Essa auto imposição é em função da distorção da sua imagem corporal, possui uma crença distorcida de sempre estar muito acima do peso, controlando rigorosamente e selecionando os alimentos que vai consumir na dieta, mesmo que seu organismo esteja debilitado em função da ausência do alimento. É indispensável que o tratamento envolva a participação de vários profissionais da saúde, para um melhor resultado (TURKIEWICZ et al., 2010).

2.6.2 Compulsão Alimentar Periódica

A compulsão alimentar foi descrita em 1959 como um comportamento observado em obesos, em função da ingestão exagerada de alimentos em um pequeno espaço de tempo, associado com sensações físicas desconfortáveis e de culpa. Esse transtorno acomete geralmente pessoas obesas, que passam por episódios alternados entre

ganhos e perdas de peso, utilizando a comida como subterfúgio para os seus problemas psicológicos (APPOLINÁRIO, 2004).

Em uma pesquisa realizada para identificar a presença do TCAP e os principais fatores que interferem nesse comportamento, foram selecionados 46 candidatos à CB, sendo 91% de mulheres e 9% de homens, realizado em um hospital público de Goiânia nos anos de 2008 e 2009, verificou-se que 50% dos pacientes apresentavam TCAP, sendo 20% do tipo mais grave em obesos mórbidos. 66,7% dos pacientes com obesidade tipo II apresentaram CAP moderado e nenhum apresentou o CAP grave (SILVEIRA et al., 2009).

A diminuição da produção e da concentração de uma substância química no cérebro, a serotonina, pode estar associada aos episódios de CAP. O aumento dessa substância associada com a prática frequente de exercícios físicos contribuem para a diminuição das ocorrências. Segundo os estudos de Fandino e Appolinário, a depressão, angústia e a ansiedade, juntamente com as dietas restritivas, com baixo carboidrato, tendem elevar as ocorrências desse transtorno (FANDINO; APOLINÁRIO, 2006).

A Escala de CAP é um instrumento clínico, validado, utilizado na identificação e avaliação do grau desse transtorno, no caso dos obesos que serão submetidos ao procedimento cirúrgico bariátrico, é um bom instrumento para avaliar a prevalência da CAP nesses pacientes tanto no pré-operatório quanto após o procedimento (FREITAS et al., 2001).

2.6.3 Bulimia Nervosa

Caracterizada como um transtorno alimentar, a BN é caracteriza-se por eventos recorrentes de ingestão de grande quantidade alimentos em um curto espaço de tempo, de forma compulsiva, levando o indivíduo a uma sensação de perda de controle do comportamento alimentar e frustração por não conseguir parar de comer. Esses eventos são conhecidos como episódios bulímicos ou crises. Prevalece no bulímicos, o comportamento repetido de compensar o excesso ingerido, através de estratégias indevidas, como o uso de laxantes, diuréticos, vômitos auto induzidos, uso de medicamentos e de práticas como o jejum e a prática exagerada de exercício físico.

O vômito é a estratégia mais adotada pelo bulímico. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Com relação ao comportamento do bulímico de tentar evitar o aumento do peso pelo método purgativo, nem todos os pacientes realizam essa estratégia, mas alternam a compulsão alimentar com jejuns ou dietas muito restritivas e atividades físicas desgastantes, por longos períodos, que podem levar a sérias lesões. O uso de mais de um método ocorre com frequência. A presença dos métodos purgativos, está relacionado ao excesso de preocupação com a forma física e perda de peso, estes comportamentos estão associados a maiores riscos de complicações (NUNES et al., 2009).

Segundo o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014), os indivíduos que apresentam a BN, normalmente estão na faixa ideal de peso ou apresentam sobrepeso (IMC $\geq 18,5$ e < 30 kg/m² em adultos). Apesar de ser mais prevalente nesse público, pode ocorrer em obesos, mas é menos comum.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de campo, transversal, exploratória, quantitativa – pois envolve a mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva dos dados coletados – e descritiva, de base populacional.

3.2 AMOSTRA

A amostra foi definida por conveniência, onde os voluntários foram escolhidos aleatoriamente de acordo com os critérios a seguir: ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos, alfabetizados, que queiram participar por livre e espontânea vontade da pesquisa. Foram entrevistados 101 voluntários, sendo que 51 deles estão aguardando serem chamados para realizarem a CB e os outros 50 realizaram a CB há mais de um ano. Os mesmos são atendidos em um hospital de Vila Velha, que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Caso o paciente queira receber acompanhamento nutricional, poderá se dirigir à Clínica Escola de Nutrição nas dependências do Centro Universitário Católico de Vitória. Após os esclarecimentos, os voluntários assinaram o TCLE (APÊNDICE A), aceitando os termos da pesquisa e se disponibilizando a realizá-la.

3.3 MATERIAIS E MÉTODOS

As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital, onde foram aplicados questionários validados, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, insatisfação da imagem corporal, presença de TA nos pacientes antes e após a CB. O período de coleta de dados foi de 2 meses, realizadas nos meses de julho, agosto de 2016.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada segundo os protocolos de realização de pesquisas com seres humanos: Código de Nuremberg e Tratado de Helsinque, conforme a normas do CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Após a aprovação pelo CEP –

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Católica Salesiana do Espírito Santo, a pesquisa foi iniciada.

Todos os participantes foram informados sobre os procedimentos que envolvem a pesquisa como os riscos, benefícios, contribuição científica do estudo, antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo determina a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.5 VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Foi realizado o preenchimento de um formulário (ANEXO G) de dados sócio demográficos, abordando questões como: identificação, escolaridade, idade, situação conjugal, entre outros.

3.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional foi realizada através da aferição das medidas antropométricas, como: peso corporal, estatura, IMC, circunferências do braço (CB), cintura (CC) e quadril (CQ). Foram utilizados os seguintes equipamentos para a coleta das medidas antropométrica: balança com estadiômetro, devidamente calibrada e aferida com precisão de 100g e de 0,5 cm para a régua, 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 3.

Quadro 3 - 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 circunferência de cintura (CC) foi classificado conforme a 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 4).

Quadro 4 - 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.

3.7 IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA

Após a identificação inicial, foram aplicados uma série de questionários validados e auto aplicativos, para se identificar a presença dos seguintes TA: BN, NA e CAP, bem como a presença de insatisfação com a imagem corporal e nível de qualidade de vida dos pacientes no pré e no pós-operatório da CB.

Para o diagnóstico dos TA foram utilizados na pesquisa: Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh – BITE (ANEXO A), Teste de Atitudes Alimentares – EAT-26 (ANEXO B), Escala de Compulsão Alimentar Periódica – BES (ANEXO C); para avaliar a insatisfação com a imagem corporal, serão utilizados: Instrumento sobre a Imagem Corporal - BSQ – 34 (ANEXO D) e Figura da Silhueta Corpórea – BFS (ANEXO E); para avaliar o nível da qualidade de vida, o Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 (ANEXO F); os resultados serão utilizados para classificar a presença e o grau de transtornos (SILVA e ARAUJO, 2012).

3.8 ANÁLISE DE RESULTADOS

A caracterização dos dados foi realizada pela frequência observada através da porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. A ANOVA foi utilizada para comparar as médias das variáveis do questionário da qualidade de vida em cada domínio. As correlações de Pearson (paramétrica) e de Spearman (não paramétrica)

foram utilizadas para relacionar as variáveis do questionário da qualidade de vida, antropométricas e as escores dos testes. O coeficiente de correlação é avaliado da seguinte forma (CALLEGARI-JACQUES; 2003 p. 90): se $0,00 < \rho < 0,30$, existe fraca correlação; se $0,30 \leq \rho < 0,60$, existe moderada correlação; se $0,60 \leq \rho < 0,90$, existe forte correlação; se $0,90 \leq \rho < 1,00$, existe correlação muito forte. O nível de significância adotado nas análises foi de 5% ($p < 0,05$) 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; 50 indivíduos já operados que foram divididos em dois grupos: grupo pré-operatório e pós-operatório. No primeiro grupo foram entrevistados 44 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 cm e a média de 1,63 cm (DP \pm 0,09 cm), 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 1).

Tabela 1 - Caracterização do peso, altura, IMC e idade do grupo pré-operatório

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|---------------------------------|---------|-------|---------------|
| Peso (kg) | 113,2 | 118,2 | 17,1 |
| Altura (cm) | 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.

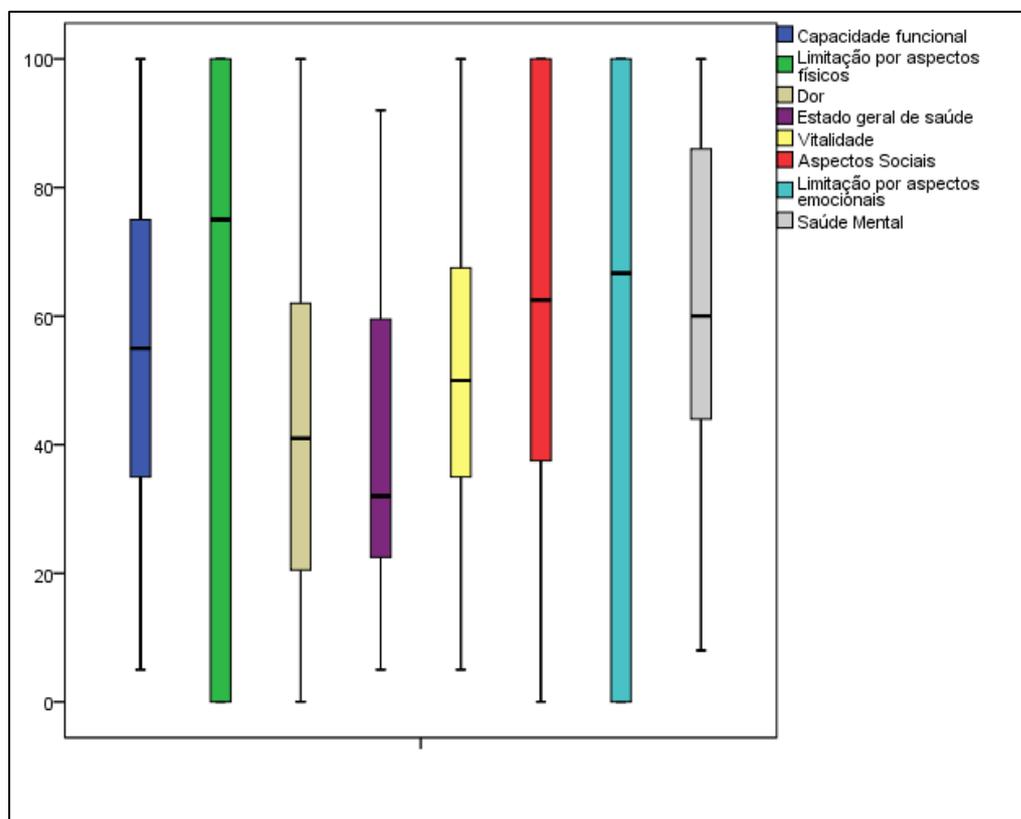
Os resultados obtidos através do Questionário de Qualidade de Vida (Tabela 2 e Gráfico 5) são: a capacidade funcional no pré-operatório obteve mediana de 55 e média de 53,9 (DP \pm 26,4), a limitação por aspectos físicos alcançou a mediana de 75 e média de 56,9 (DP \pm 45,0), a dor mediana foi de 41 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 mediana da saúde mental foi 60 e média 60,5 (DP \pm 25,5).

Tabela 2 - 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 - Boxplot do Questionário de Qualidade do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A correlação entre o IMC e a idade com o questionário de qualidade de vida somente ocorreu uma correlação negativa e fraca para o cruzamento do IMC com o estado geral de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - 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.

Seguem as principais observações encontradas nas respostas dos entrevistados na Escala de CAP (Tabela 4): 31,37% disseram que ficam constrangidos com a sua aparência e o seu peso, levando-os a ficarem desapontados consigo mesmos. Cerca de 27,45% sentem-se constrangidos com o seu peso e frequentemente sentem muita vergonha e desprezo por si mesmo, por isso tentam evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

Às vezes 47% dos entrevistados tendem a comer rapidamente, sentindo-se desconfortavelmente cheios depois ou com engolem a comida sem mastigá-la, sentindo-se mal fisicamente por comerem demais. 39,22% tem falhado na tentativa de controlar o seu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.

Dos entrevistados, 19,6% se sentem totalmente incapazes de controlar seus impulsos para comer, ou não conseguem controlar o comportamento alimentar, entrando em desespero tentando manter o controle. 23,53% às vezes comem quando estão chateados, mas, frequentemente, são capazes de se ocupar e afastar a mente da comida. Regularmente 47,06% tem o hábito de comer quando estão chateados, mas, de vez em quando, podem usar alguma outra atividade para afastar a mente da comida ou tem o forte hábito de comer quando estão chateados e nada parece ajudar a parar com esse hábito.

De vez em quando, cerca de 62% dos entrevistados, comem alguma coisa por impulso, mesmo quando não estão realmente com fome, ou comem regularmente alimentos que não apreciam para satisfazer uma sensação de fome; muitos outros entrevistados, mesmo que não estejam fisicamente com fome, tem uma sensação de

fome em sua boca que somente parece ser satisfeita quando comem e em seguida cospem para não ganharem peso.

Mais de 74% sentem culpa ou ódio depois de comerem demais, sendo que destes, 54,90% às vezes sentem culpa ou ódio de si mesmo e 19,61% quase o tempo todo tem este sentimento. Cerca de 35,29% dos entrevistados, às vezes, quando estão em dieta e comem um alimento proibido, sentem como se estragassem tudo e comem ainda mais.

Às vezes, depois de comerem demais, 31,37% tentam reduzir a ingestão calórica para quase nada, para compensarem o excesso de calorias que ingeriram; 25,49% tem o hábito regular de comerem demais durante a noite, parece que a rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite. Às vezes, 43,14% tem uma compulsão para comer que parece que não podem controlar ou com frequência tem fortes impulsos para comer sem controle, mas depois conseguem controlar seus impulsos.

Normalmente 31,37% podem parar de comer quando se sentem cheios, mas, de vez em quando, comer demais os deixam desconfortavelmente empanturrados. Dos entrevistados, 39,22% fazem três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições, 31,37% quando fazem lanches pesados, tem o hábito de pular as refeições regulares e 25,49% fazem três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancham entre as refeições.

Pelo menos em algum momento, 60,79%, sentem que os seus pensamentos estão preocupados em tentar controlar os impulsos para comer ou com frequência, gastam muito tempo pensando no quanto comem ou tentando não comer mais, parece que a maior parte das horas que passam acordados estão com esses pensamentos sobre comer ou não comer, como se estivessem constantemente lutando contra isso.

De vez em quando 50,98% dos entrevistados, se sentem em dúvida para saber se estão ou não fisicamente com fome; nessas ocasiões é difícil saber quanto deveriam comer para se satisfazerem. Destes, 15,69%, mesmo que soubessem quantas calorias deveriam ingerir, não teriam ideia da quantidade adequada de comida.

Tabela 4 – Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório
(continua)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Questão 1 | | | | | | |
| Não sente constrangimento com o peso ou o tamanho do corpo quando está com outras pessoas. | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Sente-se preocupado em como parece para os outros, mas isto normalmente não faz sentir-se desapontado consigo. | 11 | 24,44 | 3 | 50,00 | 14 | 27,45 |
| Fica constrangido com a sua aparência e o seu peso, o que o faz sentir-se desapontado consigo mesmo. | 13 | 28,89 | 3 | 50,00 | 16 | 31,37 |
| Sente-se constrangido com o seu peso e frequentemente sente muita vergonha e desprezo por si mesmo. Tenta evitar contatos sociais por causa desse constrangimento. | 14 | 31,11 | 0 | 0,00 | 14 | 27,45 |
| Questão 2 | | | | | | |
| Não tem nenhuma dificuldade para comer devagar de forma apropriada. | 17 | 37,78 | 2 | 33,33 | 19 | 37,25 |
| Embora pareça que devore os alimentos, não acaba se sentindo empanturrado por comer demais. | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Às vezes tende a comer rapidamente sentindo-se desconfortavelmente cheio depois. | 11 | 24,44 | 2 | 33,33 | 13 | 25,49 |
| Tem o hábito de engolir a comida sem mastigá-la. Quando isso acontece se sente mal fisicamente por comer demais. | 10 | 22,22 | 1 | 16,67 | 11 | 21,57 |
| Questão 3 | | | | | | |
| Sente-se capaz de controlar seus impulsos para comer quando quer. | 18 | 40,00 | 4 | 66,67 | 22 | 43,14 |
| Tem falhado em controlar o seu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas. | 19 | 42,22 | 1 | 16,67 | 20 | 39,22 |
| Sente-se totalmente incapaz de controlar seus impulsos para comer. | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Sente que é incapaz de controlar o comportamento alimentar, desespera-se tentando manter o controle. | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Questão 4 | | | | | | |
| Não tem o hábito de comer quando está chateado (a). | 11 | 24,44 | 4 | 66,67 | 15 | 29,41 |
| Às vezes come quando está chateado (a) mas, frequentemente, é capaz de se ocupar e afastar a mente da comida. | 11 | 24,44 | 1 | 16,67 | 12 | 23,53 |
| Hábito regular de comer quando está chateado(a) mas, de vez em quando, pode usar alguma outra atividade para afastar a mente da comida. | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Tem o forte hábito de comer quando está chateado (a). Nada parece ajudar a parar com esse hábito. | 16 | 35,56 | 1 | 16,67 | 17 | 33,33 |
| Questão 5 | | | | | | |
| Quando come alguma coisa é porque está fisicamente com fome. | 16 | 36,36 | 3 | 50,00 | 19 | 38,00 |
| De vez em quando come alguma coisa por impulso, mesmo quando não está realmente com fome. | 18 | 40,91 | 2 | 33,33 | 20 | 40,00 |
| Come regularmente alimentos que não aprecia para satisfazer uma sensação de fome. | 4 | 9,09 | 1 | 16,67 | 5 | 10,00 |
| Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tem uma sensação de fome em sua boca que somente parece ser satisfeita quando come (...), em seguida cospe, assim não ganhará peso. | 6 | 13,64 | 0 | 0,00 | 6 | 12,00 |

Tabela 4 – Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Questão 6 | | | | | | |
| Não sente qualquer culpa ou ódio de si depois de comer demais. | 10 | 22,22 | 3 | 50,00 | 13 | 25,49 |
| Às vezes sente culpa ou ódio depois de comer demais. | 26 | 57,78 | 2 | 33,33 | 28 | 54,90 |
| Quase o tempo todo sente muita culpa ou ódio de si mesmo (a) depois de comer demais. | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| Questão 7 | | | | | | |
| Não perde o controle total da alimentação quando está em dieta, mesmo após períodos em que come demais. | 16 | 35,56 | 4 | 66,67 | 20 | 39,22 |
| Às vezes, quando em dieta e come um alimento proibido, sente como se estragasse tudo e come ainda mais. | 18 | 40,00 | 0 | 0,00 | 18 | 35,29 |
| Frequentemente, quando come demais durante uma dieta, pensa: “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim” e depois come ainda mais. | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Sempre começa dietas rigorosas por si mesmo (a), mas quebra as dietas entrando numa compulsão alimentar. Sua vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”. | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Questão 8 | | | | | | |
| Raramente come tanta comida a ponto de se sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois. | 21 | 46,67 | 4 | 66,67 | 25 | 49,02 |
| Cerca de uma vez por mês, come uma tal quantidade de comida que acaba se sentindo muito empanturrado (a). | 10 | 22,22 | 1 | 16,67 | 11 | 21,57 |
| Tem períodos regulares durante o mês, que come grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições ou nos lanches. | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Questão 9 | | | | | | |
| Em geral, a sua ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. | 15 | 33,33 | 4 | 66,67 | 19 | 37,25 |
| Às vezes, depois de comer demais, tenta reduzir a ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeriu. | 16 | 35,56 | 0 | 0,00 | 16 | 31,37 |
| Tem o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite. | 11 | 24,44 | 2 | 33,33 | 13 | 25,49 |
| Tem períodos, que duram semanas, onde praticamente se mata de fome, seguindo a períodos em que come demais. | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Questão 10 | | | | | | |
| Normalmente é capaz de parar de comer quando quer. Sabe quando “já chega”. | 20 | 44,44 | 4 | 66,67 | 24 | 47,06 |
| De vez em quando, tem uma compulsão para comer que parece que não pode controlar. | 13 | 28,89 | 2 | 33,33 | 15 | 29,41 |
| Frequentemente tem fortes impulsos para comer sem controle, mas depois pode controlar seus impulsos. | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Não controla impulsos para comer. Tem medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria. | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |

Tabela 4 – Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Questão 11 | | | | | | |
| Sem problema para parar de comer quando está cheio(a). | 21 | 46,67 | 6 | 100,00 | 27 | 52,94 |
| Normalmente, pode parar de comer quando se sente cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais o deixa desconfortavelmente empanturrado(a). | 16 | 35,56 | 0 | 0,00 | 16 | 31,37 |
| Tem problema para parar de comer quando começa e sente-se mal, cheio, depois que faz uma refeição. | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Por ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quer, às vezes tem que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar a sensação de empanturramento. | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Questão 12 | | | | | | |
| Come tanto quanto está com os outros, quanto está só. | 31 | 68,89 | 5 | 83,33 | 36 | 70,59 |
| Às vezes, quando acompanhado, não come tanto quanto quer, pois fica constrangido com o seu comportamento. | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Frequentemente come pouco quando outros estão presentes, pois se sente muito embaraçado(a) com o seu comportamento alimentar. | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Envergonha-se por comer demais que escolhe horas para comer demais quando sabe que ninguém o verá. Sente-se como uma pessoa que se esconde para comer. | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Questão 13 | | | | | | |
| Faz três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições. | 17 | 37,78 | 3 | 50,00 | 20 | 39,22 |
| Faz três refeições ao dia mas, normalmente, também lancha entre as refeições. | 11 | 24,44 | 2 | 33,33 | 13 | 25,49 |
| Quando faz lanches pesados, tem o hábito de pular as refeições regulares. | 15 | 33,33 | 1 | 16,67 | 16 | 31,37 |
| Há dias que parece estar sempre comendo, sem planejar. | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Questão 14 | | | | | | |
| Não pensa muito em controlar impulsos para comer. | 15 | 33,33 | 5 | 83,33 | 20 | 39,22 |
| Pelo menos, em algum momento, sente que os pensamentos estão “pré-ocupados” em tentar controlar os impulsos para comer. | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,49 |
| Frequentemente, gasta muito tempo pensando no quanto come ou tentando não comer mais. | 9 | 20,00 | 0 | 0,00 | 9 | 17,65 |
| Parece que a maior parte das horas que passa acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sente como se estivesse constantemente lutando para não comer. | 9 | 20,00 | 0 | 0,00 | 9 | 17,65 |

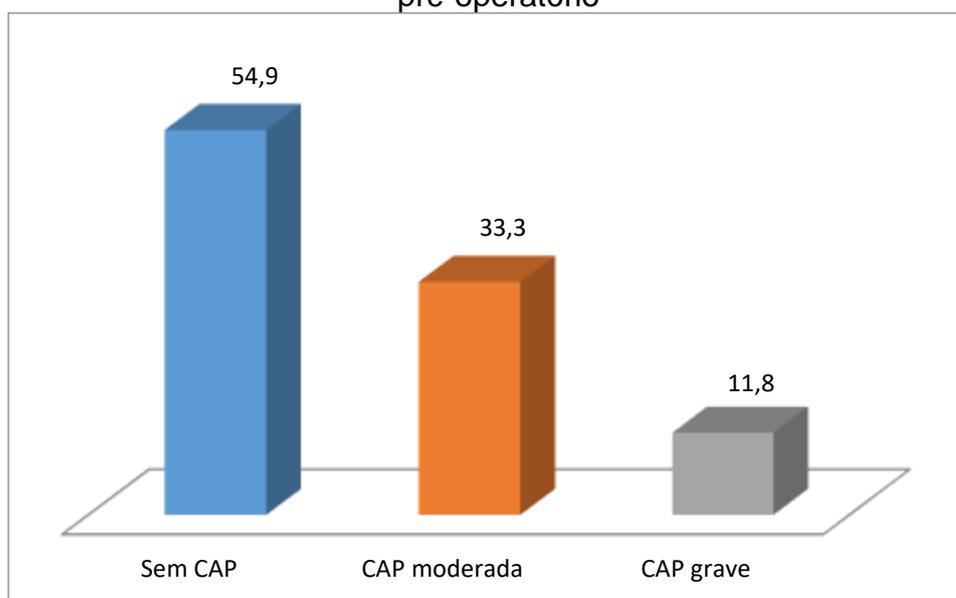
Tabela 4 – Questionário de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório (conclusão)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Questão 15 | | | | | | |
| Não pensa muito sobre comida. | 20 | 44,44 | 5 | 83,33 | 25 | 49,02 |
| Tem fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. | 16 | 35,56 | 1 | 16,67 | 17 | 33,33 |
| Há dias em que parece que não pode pensar em mais nada a não ser comida. | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Na maioria dos dias, seus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sente como se vivesse para comer. | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Questão 16 | | | | | | |
| Sabe se está ou não fisicamente com fome. Come a porção certa de comida para se satisfazer. | 22 | 48,89 | 3 | 50,00 | 25 | 49,02 |
| De vez em quando sente-se em dúvida para saber se está ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto deveria comer para se satisfazer. | 15 | 33,33 | 3 | 50,00 | 18 | 35,29 |
| Mesmo que soubesse quantas calorias deveria ingerir, não teria idéia da quantidade “normal” de comida. | 8 | 17,78 | 0 | 0,00 | 8 | 15,69 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Verifica-se através do Gráfico 6, que 54,9% dos entrevistados não apresentam compulsão alimentar, 45,1% possuem a compulsão alimentar, sendo que da forma moderada 33,3% e na forma mais grave com 11,8%.

Gráfico 6 - Descrição da Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Comparando-se os resultados do Questionário de Qualidade de Vida com os resultados encontrados na Escala de CAP (Tabela 5), verificou-se que nos seguintes quesitos: limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e na saúde mental da escala de compulsão alimentar periódica, apresentaram diferenças entre as suas médias. Assim, as limitações sem CAP obtiveram maior média (70,5; DP \pm 42,0) que as demais categorias, o estado geral de saúde foi maior em média para os sem CAP (47,0; DP \pm 24,1), o mesmo ocorreu para a vitalidade (59,8; DP \pm 26,0), aspectos sociais (77,2; DP \pm 26,8), limitações por aspectos físicos (79,8; DP \pm 35,5) e a saúde mental (72,4; DP \pm 21,2).

Tabela 5 - Comparação das médias da Qualidade de Vida na Escala de Compulsão Alimentar Periódica do grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|--------------|-------------------------|---------------|-------------------|
| Capacidade funcional | Sem CAP | 61,8 | 26,2 | 0,061 |
| | CAP moderada | 44,7 | 25,0 | |
| | CAP grave | 43,3 | 23,0 | |
| Limitação por aspectos físicos | Sem CAP | 70,5^c | 42,0 | 0,024 |
| | CAP moderada | 47,1 ^{bc} | 44,1 | |
| | CAP grave | 20,8 ^a | 40,1 | |
| Dor | Sem CAP | 49,5 | 26,2 | 0,086 |
| | CAP moderada | 42,2 | 25,7 | |
| | CAP grave | 23,8 | 20,2 | |
| Estado geral de saúde | Sem CAP | 47,0^b | 24,1 | 0,025 |
| | CAP moderada | 32,6 ^{ab} | 17,4 | |
| | CAP grave | 25,7 ^a | 12,5 | |
| Vitalidade | Sem CAP | 59,8^b | 26,0 | 0,010 |
| | CAP moderada | 37,4 ^a | 21,6 | |
| | CAP grave | 40,0 ^a | 22,8 | |
| Aspectos Sociais | Sem CAP | 77,2^b | 26,8 | 0,002 |
| | CAP moderada | 51,5 ^{ab} | 25,3 | |
| | CAP grave | 41,7 ^a | 35,1 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Sem CAP | 79,8^b | 35,5 | 0,001 |
| | CAP moderada | 35,3 ^a | 38,1 | |
| | CAP grave | 44,5 ^a | 50,2 | |
| Saúde Mental | Sem CAP | 72,4^b | 21,2 | < 0,001 |
| | CAP moderada | 48,0 ^a | 21,4 | |
| | CAP grave | 40,0 ^a | 28,3 | |

* ANOVA; ^{abc} Letras diferentes indicam diferenças entre as médias (Teste de Tukey).

Os principais resultados verificados no Teste de Atitudes Alimentares (Tabela 6) são as seguintes: na questão sobre o fato de ficarem apavorado com a ideia de estar

engordando, 70,58% dos entrevistados pensam sobre isso com frequência, sendo que 54,9% relataram ter sempre esse tipo pensamento.

Dos entrevistados, 66,67% disseram que nunca ou de vez em quando, prestam atenção na quantidade de calorias que comem, sendo que desses, 50% responderam que isso nunca ocorre e 16,67% responderam que isso ocorre às vezes. Sobre evitar alimentos ricos em carboidratos 63,04% responderam que às vezes evitam, sendo 15,69% nunca os evitam e 35,29% disseram que evitam esses alimentos.

Sobre sentir-se muito culpado depois de comer, 68,62% disseram que as vezes ou quase nunca se sentem assim e 31,38% sentem-se assim com frequência. 82,35% dos entrevistados preocupam-se com o desejo de ser mais magro, sendo que 58,82% sempre se preocupam e 23,53% com frequência preocupam-se com isso.

Na questão sobre pensar em queimar calorias a mais quando se exercita, 74,5% tem esse pensamento, sendo que 56,86% sempre pensam assim e 17,64% dos entrevistados com frequência pensam assim. Sobre a preocuparem-se com a ideia de haver mais gordura em seu corpo 66,66% dos entrevistados preocupam-se com isso, sendo que 33,33% sempre responderam pensar dessa forma e 33,33% preocupam-se com frequência.

Em relação a evitar ingerir alimentos com açúcar, 83,33% responderam que sempre ou quase sempre evitam e somente 16,67% às vezes evitam. Sobre ingerir alimentos dietéticos, 68,63%% responderam que nunca ou quase nunca os ingerem.

Na questão que representa o autocontrole diante dos alimentos 54,9% dos entrevistados às vezes ou quase nunca tem esse autocontrole; 56,86% dos entrevistados disseram que às vezes ou quase nunca fazem regime para emagrecer, sendo que 31,37% responderam que às vezes fazem, 5,88% raramente o fazem e 19,61%, disseram que nunca o fizeram.

Tabela 6 – Teste de Atitudes Alimentares do grupo pré-operatório

(continua)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1. Fica apavorado com a idéia de estar engordando. | | | | | | |
| Sempre | 25 | 55,56 | 3 | 50,00 | 28 | 54,90 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 2 | 33,33 | 7 | 13,73 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Nunca | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| 2. Evita comer quando está com fome. | | | | | | |
| Sempre | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 14 | 31,11 | 1 | 16,67 | 15 | 29,41 |
| Raramente | 6 | 13,33 | 2 | 33,33 | 8 | 15,69 |
| Nunca | 20 | 44,44 | 3 | 50,00 | 23 | 45,10 |
| 3. Sente-se preocupado com os alimentos. | | | | | | |
| Sempre | 17 | 37,78 | 2 | 33,33 | 19 | 37,25 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| Frequentemente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 12 | 26,67 | 2 | 33,33 | 14 | 27,45 |
| Raramente | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Nunca | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| 4. Continuar a comer em exagero faz com que sinta que não é capaz de parar. | | | | | | |
| Sempre | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 1 | 16,67 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 9 | 20,00 | 0 | 0,00 | 9 | 17,65 |
| Raramente | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Nunca | 17 | 37,78 | 3 | 50,00 | 20 | 39,22 |
| 6. Presta atenção na quantidade de kcal que come. | | | | | | |
| Sempre | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Raramente | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Nunca | 23 | 51,11 | 3 | 50,00 | 26 | 50,98 |
| 7. Evita alimentos ricos em carboidratos | | | | | | |
| Sempre | 11 | 24,44 | 3 | 50,00 | 14 | 27,45 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Às vezes | 6 | 13,33 | 2 | 33,33 | 8 | 15,69 |
| Raramente | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Nunca | 17 | 37,78 | 1 | 16,67 | 18 | 35,29 |

Tabela 6 – Teste de Atitudes Alimentares do grupo pré-operatório

(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 8. Sente que os outros gostariam que comesse demais. | | | | | | |
| Sempre | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Raramente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Nunca | 34 | 75,56 | 6 | 100,00 | 40 | 78,43 |
| 9. Vomita depois de comer | | | | | | |
| Sempre | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Raramente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Nunca | 42 | 93,33 | 6 | 100,00 | 48 | 94,12 |
| 10. Sente-se extremamente culpado depois de comer. | | | | | | |
| Sempre | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,49 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às vezes | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,49 |
| Raramente | 5 | 11,11 | 1 | 16,67 | 6 | 11,76 |
| Nunca | 13 | 28,89 | 3 | 50,00 | 16 | 31,37 |
| 11. Preocupa-se com o desejo de ser mais magro (a). | | | | | | |
| Sempre | 28 | 62,22 | 2 | 33,33 | 30 | 58,82 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| Frequentemente | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Às vezes | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Nunca | 4 | 8,89 | 2 | 33,33 | 6 | 11,76 |
| 12. Pensa em queimar calorias a mais quando se exercita. | | | | | | |
| Sempre | 24 | 53,33 | 5 | 83,33 | 29 | 56,86 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Frequentemente | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Nunca | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| 13. As pessoas me acham muito magro (a). | | | | | | |
| Sempre | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 1 | 16,67 | 2 | 3,92 |
| Nunca | 44 | 97,78 | 5 | 83,33 | 49 | 96,08 |
| 14. Preocupa-se com a ideia de haver mais gordura em seu corpo. | | | | | | |
| Sempre | 31 | 68,89 | 2 | 33,33 | 33 | 64,71 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 2 | 33,33 | 6 | 11,76 |
| Às vezes | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| Raramente | 0 | 0,00 | 1 | 16,67 | 1 | 1,96 |
| Nunca | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |

Tabela 6 – Teste de Atitudes Alimentares do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 15. Demora mais tempo para fazer as refeições que as outras pessoas. | | | | | | |
| Sempre | 12 | 26,67 | 2 | 33,33 | 14 | 27,45 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 12 | 26,67 | 3 | 50,00 | 15 | 29,41 |
| Raramente | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Nunca | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| 16. Evita comer alimentos que contenham açúcar. | | | | | | |
| Sempre | 10 | 22,22 | 2 | 33,33 | 12 | 23,53 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 2 | 33,33 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 13 | 28,89 | 1 | 16,67 | 14 | 27,45 |
| Raramente | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Nunca | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| 17. Costuma comer alimentos dietéticos | | | | | | |
| Sempre | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Raramente | 5 | 11,11 | 1 | 16,67 | 6 | 11,76 |
| Nunca | 18 | 40,00 | 2 | 33,33 | 20 | 39,22 |
| 18. Sente que os alimentos controlam minha vida. | | | | | | |
| Sempre | 10 | 22,22 | 0 | 0,00 | 10 | 19,61 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Raramente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Nunca | 24 | 53,33 | 5 | 83,33 | 29 | 56,86 |
| 19. Demonstra autocontrole diante dos alimentos. | | | | | | |
| Sempre | 15 | 33,33 | 2 | 33,33 | 17 | 33,33 |
| Muito frequentemente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às vezes | 10 | 22,22 | 3 | 50,00 | 13 | 25,49 |
| Raramente | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Nunca | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| 20. Sente que os outros o pressionam para comer | | | | | | |
| Sempre | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Raramente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Nunca | 35 | 77,78 | 6 | 100,00 | 41 | 80,39 |
| 21. Passo muito tempo pensando em comer. | | | | | | |
| Sempre | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Raramente | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Nunca | 24 | 53,33 | 5 | 83,33 | 29 | 56,86 |

Tabela 6 – Teste de Atitudes Alimentares do grupo pré-operatório

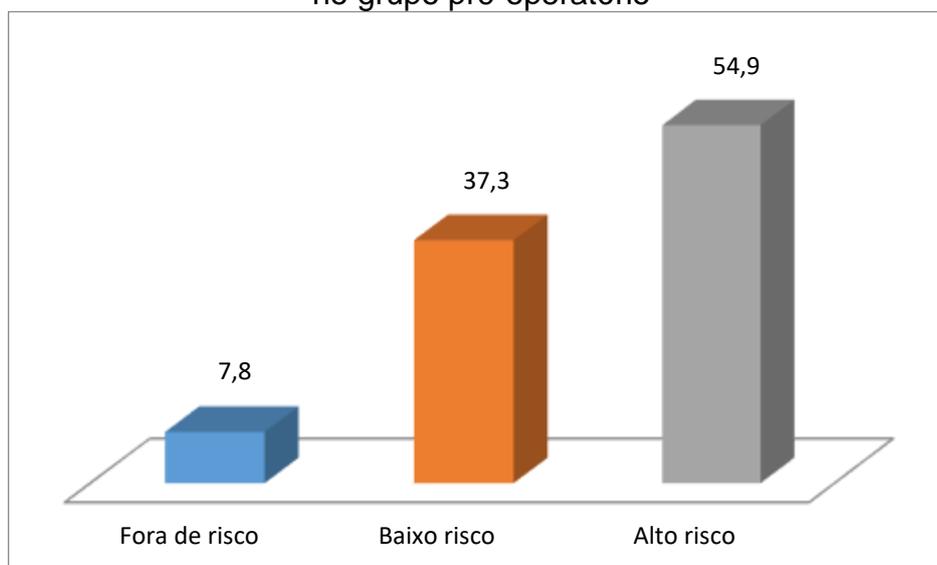
(conclusão)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 22. Sente desconforto após comer doces. | | | | | | |
| Sempre | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 2 | 33,33 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 9 | 20,00 | 0 | 0,00 | 9 | 17,65 |
| Raramente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Nunca | 20 | 44,44 | 3 | 50,00 | 23 | 45,10 |
| 23. Faz regimes para emagrecer. | | | | | | |
| Sempre | 10 | 22,22 | 2 | 33,33 | 12 | 23,53 |
| Muito frequentemente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 13 | 28,89 | 3 | 50,00 | 16 | 31,37 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Nunca | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| 24. Gosta de sentir seu estômago vazio | | | | | | |
| Sempre | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 1 | 16,67 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Raramente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Nunca | 26 | 57,78 | 3 | 50,00 | 29 | 56,86 |
| 25. Gosta de experimentar novos alimentos ricos em calorias. | | | | | | |
| Sempre | 10 | 22,22 | 0 | 0,00 | 10 | 19,61 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 13 | 28,89 | 1 | 16,67 | 14 | 27,45 |
| Raramente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Nunca | 14 | 31,11 | 4 | 66,67 | 18 | 35,29 |
| 26. Sente vontade de vomitar após as refeições. | | | | | | |
| Sempre | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Nunca | 37 | 82,22 | 6 | 100,00 | 43 | 84,31 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Observa-se no Gráfico 7, que 54,9% dos entrevistados apresentaram alto risco para a AN, 37,3% apresentaram baixo risco para desenvolver o transtorno e 7,8% encontraram-se fora do risco para desenvolverem a AN.

Gráfico 7 - Descrição do resultado do Teste de Atitudes Alimentares no grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Conforme observa-se na Tabela 7, não houve diferença significativa entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Atitudes Alimentares.

Tabela 3 - Comparação das médias da qualidade de vida no Teste de Atitudes Alimentares no grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|---------------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Fora de risco | 72,5 | 20,2 | 0,349 |
| | Baixo risco | 52,1 | 20,5 | |
| | Alto risco | 52,5 | 30,2 | |
| Limitação por aspectos físicos | Fora de risco | 100,0 | 0,0 | 0,087 |
| | Baixo risco | 60,5 | 44,3 | |
| | Alto risco | 48,2 | 45,6 | |
| Dor | Fora de risco | 64,3 | 11,1 | 0,181 |
| | Baixo risco | 46,6 | 18,2 | |
| | Alto risco | 39,4 | 30,9 | |
| Estado geral de saúde | Fora de risco | 59,0 | 22,6 | 0,102 |
| | Baixo risco | 42,5 | 21,8 | |
| | Alto risco | 35,0 | 21,6 | |
| Vitalidade | Fora de risco | 73,8 | 9,5 | 0,140 |
| | Baixo risco | 50,8 | 21,6 | |
| | Alto risco | 46,1 | 29,1 | |
| Aspectos Sociais | Fora de risco | 81,3 | 21,7 | 0,206 |
| | Baixo risco | 70,4 | 28,9 | |
| | Alto risco | 58,0 | 31,6 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Fora de risco | 91,7 | 16,7 | 0,322 |
| | Baixo risco | 56,1 | 47,2 | |
| | Alto risco | 59,5 | 41,9 | |
| Saúde Mental | Fora de risco | 78,0 | 22,7 | 0,080 |
| | Baixo risco | 66,7 | 23,0 | |
| | Alto risco | 53,7 | 26,0 | |

* ANOVA.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

As principais observações encontradas no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (Tabela 8) são: 58,82% dos entrevistados relataram que se sentem muito gordos e 39,22% se sentem gordos em relação ao seu peso. Dos entrevistados, 33,33% disseram que nunca tiveram alguma orientação para fazer regime ou sobre alimentação e 66,67% disseram que nunca pertenceram a algum grupo de emagrecimento.

Dos entrevistados, 47,06% não possuem um padrão de alimentação diário regular. Com relação a seguir uma dieta rígida, 80,39% disseram que não seguem e quando fazem alguma vez uma, cerca de 33% se sentem fracassado quando a quebram. Enquanto que 45,10% relataram já ter feito jejum de um dia inteiro e desses, 39,10% o fazem de vez em quando.

Com relação à questão se o seu padrão de alimentação prejudica severamente a sua vida, 52,94% relataram que isso é uma verdade. Com relação a se sentirem dominados pela comida, 42,4% tem esse sentimento. Dos entrevistados 39,22% já sentiram incontrolável desejo para comer e comer sem parar e 31% quando estão ansiosos tendem a comer mais. Cerca de 80% relataram que o pensamento de se tornarem mais gordos os apavoram.

Na questão referente a ter vergonha dos seus hábitos alimentares, 41,18% disseram que têm, 58,82% preocupam-se com o fato de não terem controle sobre o quanto comem. Constatou-se que 49% se voltam para a comida para aliviar algum tipo de desconforto e 31% afirmaram que o quanto comem não é determinado pela fome que sentem.

Dos entrevistados, 60,78% disseram que já tiveram episódios exagerados de alimentação e desses, 93% disseram que esses episódios os fizeram se sentir muito mal e que 33% desses eventos ocorrem quando estão sozinhos. De todos os entrevistados, 52% disseram que já comeram escondidos, 74,5% relataram que quando comem demais se sentem muito culpado. Também, 47% disseram que não consideram os seus hábitos alimentares normais. Sobre o fato de se sentirem como alguém que come compulsivamente, 33,33% disseram que se consideram assim.

Tabela 8 –Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh do grupo pré-operatório
(continua)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 6. Você se sente em relação ao seu peso: | | | | | | |
| Muito gordo | 28 | 62,22 | 2 | 33,33 | 30 | 58,82 |
| Gordo | 16 | 35,56 | 4 | 66,67 | 20 | 39,22 |
| Médio | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Abaixo do peso | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Muito abaixo do peso | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 7. (Mulheres) você tem períodos menstruais regulares? | | | | | | |
| SIM | 22 | 52,38 | 0 | 0,00 | 22 | 52,38 |
| NÃO | 20 | 47,62 | 0 | 0,00 | 20 | 47,62 |
| 9. Teve orientação nutricional para fazer regime ou sobre alimentação? | | | | | | |
| SIM | 38 | 84,44 | 4 | 66,67 | 42 | 82,35 |
| NÃO | 7 | 15,56 | 2 | 33,33 | 9 | 17,65 |
| 10. Alguma vez foi membro de grupo de emagrecimento? | | | | | | |
| SIM | 9 | 20,00 | 2 | 33,33 | 11 | 21,57 |
| NÃO | 36 | 80,00 | 4 | 66,67 | 40 | 78,43 |
| 11. Já teve algum tipo de problema alimentar? | | | | | | |
| SIM | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| NÃO | 37 | 82,22 | 5 | 83,33 | 42 | 82,35 |
| 1. Tem padrão de alimentação diário regular? | | | | | | |
| SIM | 25 | 55,56 | 2 | 33,33 | 27 | 52,94 |
| NÃO | 20 | 44,44 | 4 | 66,67 | 24 | 47,06 |
| 2. Segue uma dieta rígida? | | | | | | |
| SIM | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| NÃO | 36 | 80,00 | 5 | 83,33 | 41 | 80,39 |
| 3. Sente fracassando quando quebra sua dieta uma vez? | | | | | | |
| SIM | 31 | 68,89 | 3 | 50,00 | 34 | 66,67 |
| NÃO | 14 | 31,11 | 3 | 50,00 | 17 | 33,33 |
| 4. Conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está em dieta? | | | | | | |
| SIM | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| NÃO | 42 | 93,33 | 6 | 100,00 | 48 | 94,12 |
| 5. Já jejuou por um dia inteiro? | | | | | | |
| SIM | 26 | 57,78 | 2 | 33,33 | 28 | 54,90 |
| NÃO | 19 | 42,22 | 4 | 66,67 | 23 | 45,10 |
| 6. Se sim, qual a frequência? | | | | | | |
| Dias alternados | 3 | 14,29 | 0 | 0,00 | 3 | 13,04 |
| De vez em quando | 8 | 38,10 | 1 | 50,00 | 9 | 39,13 |
| De 2 a 3 vezes por semana | 1 | 4,76 | 0 | 0,00 | 1 | 4,35 |
| Uma vez por semana | 2 | 9,52 | 0 | 0,00 | 2 | 8,70 |
| Somente 1 vez | 7 | 33,33 | 1 | 50,00 | 8 | 34,78 |
| 8. Seu padrão de alimentação prejudica severamente a sua vida? | | | | | | |
| SIM | 24 | 53,33 | 3 | 50,00 | 27 | 52,94 |
| NÃO | 21 | 46,67 | 3 | 50,00 | 24 | 47,06 |
| 9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida? | | | | | | |
| SIM | 21 | 46,67 | 1 | 16,67 | 22 | 43,14 |
| NÃO | 24 | 53,33 | 5 | 83,33 | 29 | 56,86 |
| 10. Você come sem parar até ser obrigado a parar por sentir-se mal? | | | | | | |
| SIM | 11 | 24,44 | 1 | 16,67 | 12 | 23,53 |
| NÃO | 34 | 75,56 | 5 | 83,33 | 39 | 76,47 |

Tabela 8 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 11. Já teve algum tipo de problema alimentar? | | | | | | |
| SIM | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| NÃO | 37 | 82,22 | 5 | 83,33 | 42 | 82,35 |
| 1. Tem padrão de alimentação diário regular? | | | | | | |
| SIM | 25 | 55,56 | 2 | 33,33 | 27 | 52,94 |
| NÃO | 20 | 44,44 | 4 | 66,67 | 24 | 47,06 |
| 2. Segue uma dieta rígida? | | | | | | |
| SIM | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| NÃO | 36 | 80,00 | 5 | 83,33 | 41 | 80,39 |
| 3. Sente fracassando quando quebra sua dieta uma vez? | | | | | | |
| SIM | 31 | 68,89 | 3 | 50,00 | 34 | 66,67 |
| NÃO | 14 | 31,11 | 3 | 50,00 | 17 | 33,33 |
| 4. Conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está em dieta? | | | | | | |
| SIM | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| NÃO | 42 | 93,33 | 6 | 100,00 | 48 | 94,12 |
| 5. Já jejuou por um dia inteiro? | | | | | | |
| SIM | 26 | 57,78 | 2 | 33,33 | 28 | 54,90 |
| NÃO | 19 | 42,22 | 4 | 66,67 | 23 | 45,10 |
| 6. Se sim, qual a frequência? | | | | | | |
| Dias alternados | 3 | 14,29 | 0 | 0,00 | 3 | 13,04 |
| De vez em quando | 8 | 38,10 | 1 | 50,00 | 9 | 39,13 |
| De 2 a 3 vezes por semana | 1 | 4,76 | 0 | 0,00 | 1 | 4,35 |
| Uma vez por semana | 2 | 9,52 | 0 | 0,00 | 2 | 8,70 |
| Somente 1 vez | 7 | 33,33 | 1 | 50,00 | 8 | 34,78 |
| 8. Seu padrão de alimentação prejudica severamente a sua vida? | | | | | | |
| SIM | 24 | 53,33 | 3 | 50,00 | 27 | 52,94 |
| NÃO | 21 | 46,67 | 3 | 50,00 | 24 | 47,06 |
| 9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida? | | | | | | |
| SIM | 21 | 46,67 | 1 | 16,67 | 22 | 43,14 |
| NÃO | 24 | 53,33 | 5 | 83,33 | 29 | 56,86 |
| 10. Você come sem parar até ser obrigado a parar por sentir-se mal? | | | | | | |
| SIM | 11 | 24,44 | 1 | 16,67 | 12 | 23,53 |
| NÃO | 34 | 75,56 | 5 | 83,33 | 39 | 76,47 |
| 11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? | | | | | | |
| SIM | 14 | 31,11 | 0 | 0,00 | 14 | 27,45 |
| NÃO | 31 | 68,89 | 6 | 100,00 | 37 | 72,55 |
| 12. Você come menos na frente dos outros, mas exagera em particular? | | | | | | |
| SIM | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,49 |
| NÃO | 33 | 73,33 | 5 | 83,33 | 38 | 74,51 |
| 13. Você sempre pode parar de comer quando quer? | | | | | | |
| SIM | 36 | 80,00 | 6 | 100,00 | 42 | 82,35 |
| NÃO | 9 | 20,00 | 0 | 0,00 | 9 | 17,65 |
| 14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? | | | | | | |
| SIM | 19 | 42,22 | 1 | 16,67 | 20 | 39,22 |
| NÃO | 26 | 57,78 | 5 | 83,33 | 31 | 60,78 |

Tabela 8 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburg do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|--------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 15. Quando você se sente ansioso, você tende a comer muito? | | | | | | |
| SIM | 32 | 71,11 | 3 | 50,00 | 35 | 68,63 |
| NÃO | 13 | 28,89 | 3 | 50,00 | 16 | 31,37 |
| 16. O pensamento de tornar-se gordo o apavora? | | | | | | |
| SIM | 37 | 82,22 | 4 | 66,67 | 41 | 80,39 |
| NÃO | 8 | 17,78 | 2 | 33,33 | 10 | 19,61 |
| 17. Já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? | | | | | | |
| SIM | 25 | 55,56 | 3 | 50,00 | 28 | 54,90 |
| NÃO | 20 | 44,44 | 3 | 50,00 | 23 | 45,10 |
| 18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? | | | | | | |
| SIM | 21 | 46,67 | 0 | 0,00 | 21 | 41,18 |
| NÃO | 24 | 53,33 | 6 | 100,00 | 30 | 58,82 |
| 19. Preocupa-se com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? | | | | | | |
| SIM | 26 | 57,78 | 4 | 66,67 | 30 | 58,82 |
| NÃO | 19 | 42,22 | 2 | 33,33 | 21 | 41,18 |
| 20. Volta-se para a comida para aliviar algum tipo de desconforto? | | | | | | |
| SIM | 25 | 55,56 | 0 | 0,00 | 25 | 49,02 |
| NÃO | 20 | 44,44 | 6 | 100,00 | 26 | 50,98 |
| 21. É capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? | | | | | | |
| SIM | 27 | 60,00 | 3 | 50,00 | 30 | 58,82 |
| NÃO | 18 | 40,00 | 3 | 50,00 | 21 | 41,18 |
| 22. Engana os outros sobre quanto come? | | | | | | |
| SIM | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| NÃO | 36 | 80,00 | 5 | 83,33 | 41 | 80,39 |
| 23. O quanto você come é determinado pela fome que você sente? | | | | | | |
| SIM | 28 | 65,12 | 5 | 83,33 | 33 | 64,71 |
| NÃO | 15 | 34,88 | 1 | 16,67 | 16 | 31,37 |
| 24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? | | | | | | |
| SIM | 27 | 60,00 | 4 | 66,67 | 31 | 60,78 |
| NÃO | 18 | 40,00 | 2 | 33,33 | 20 | 39,22 |
| 25. Se sim, esses episódios deixaram você sentindo-se mal? | | | | | | |
| SIM | 27 | 100,00 | 2 | 50,00 | 29 | 93,55 |
| NÃO | 0 | 0,00 | 2 | 33,33 | 2 | 6,45 |
| 26. Se você tem esses episódios, eles só ocorrem quando você está sozinho? | | | | | | |
| SIM | 9 | 34,62 | 1 | 25,00 | 10 | 33,33 |
| NÃO | 17 | 65,38 | 3 | 75,00 | 20 | 66,67 |
| 27. Se você tem esses episódios, qual a frequência? | | | | | | |
| Quase nunca | 10 | 40,00 | 4 | 100,00 | 14 | 48,28 |
| Uma vez por mês | 5 | 20,00 | 0 | 0,00 | 5 | 17,24 |
| Uma vez por semana | 1 | 4,00 | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 |
| Duas a três vezes por semana | 3 | 12,00 | 0 | 0,00 | 3 | 10,34 |

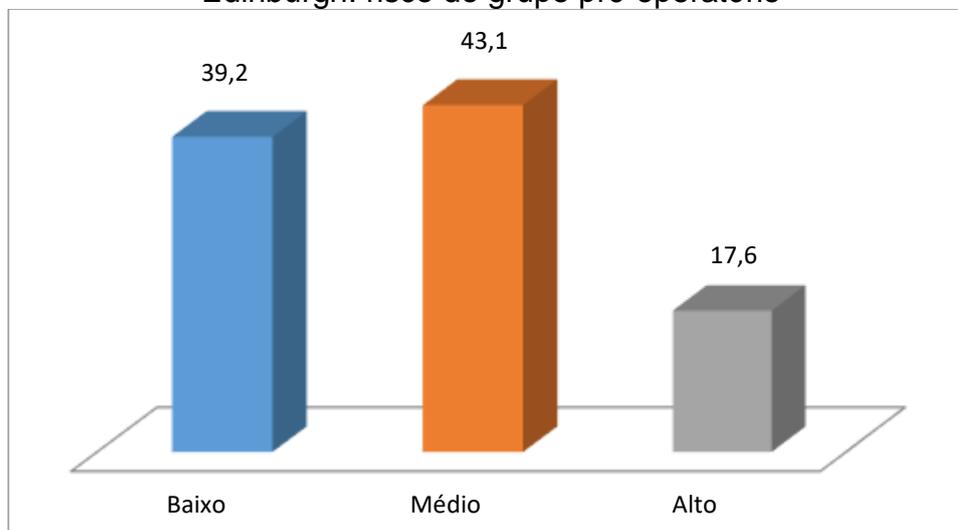
Tabela 8 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh do grupo pré-operatório
(conclusão)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 28. Iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado? | | | | | | |
| SIM | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| NÃO | 43 | 95,56 | 6 | 100,00 | 49 | 96,08 |
| 29. Se você come demais, você se sente muito culpado? | | | | | | |
| SIM | 35 | 77,78 | 3 | 50,00 | 38 | 74,51 |
| NÃO | 10 | 22,22 | 3 | 50,00 | 13 | 25,49 |
| 30. Já comeu escondido? | | | | | | |
| SIM | 22 | 48,89 | 5 | 83,33 | 27 | 52,94 |
| NÃO | 23 | 51,11 | 1 | 16,67 | 24 | 47,06 |
| 31. Seus hábitos alimentares são os que você poderia considerar normais? | | | | | | |
| SIM | 20 | 44,44 | 4 | 66,67 | 24 | 47,06 |
| NÃO | 25 | 55,56 | 2 | 33,33 | 27 | 52,94 |
| 32. Você se considera alguém que come compulsivamente? | | | | | | |
| SIM | 17 | 37,78 | 0 | 0,00 | 17 | 33,33 |
| NÃO | 28 | 62,22 | 6 | 100,00 | 34 | 66,67 |
| 33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em 1 semana? | | | | | | |
| SIM | 15 | 33,33 | 3 | 50,00 | 18 | 35,29 |
| NÃO | 30 | 66,67 | 3 | 50,00 | 33 | 64,71 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Gráfico 8 é demonstrado o resultado final do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh de risco para desenvolver a BN. Do total de entrevistados, 39,2% apresentaram baixo risco para desenvolverem a BN, 43,1% dos entrevistados tiveram um risco médio e 17,6% tem alto risco para desenvolverem o TA.

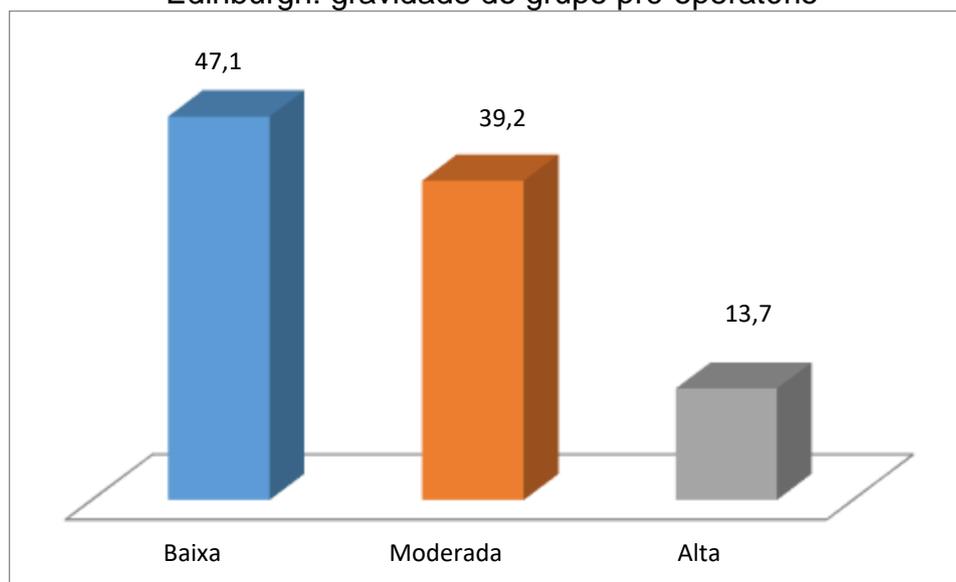
Gráfico 8 - Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Gráfico 9 são apresentados os resultados do Teste de Investigação Bulímica de Edinburg, com relação ao nível de gravidade da BN. Verificou-se que 47,1% dos entrevistados, apresentaram baixa gravidade; 39,2% possuem gravidade moderada e 13,7% apresentaram alta gravidade.

Gráfico 9 – Resultados do Teste de Investigação Bulímica de Edinburg: gravidade do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Conforme demonstrado na Tabela 9, a comparação entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburg: risco foi significativa em todas as questões. Assim, em todos os casos, o escore baixo foi o que obteve maior média, com (64,5; DP \pm 27,1) na capacidade funcional, (72,5; DP \pm 42,1) nas limitações por aspectos físicos, (55,5; DP \pm 25,9) na dor, (48,4; DP \pm 26,3) no estado geral de saúde, (68,3; DP \pm 20,7) na vitalidade, (81,3; DP \pm 25,8) nos aspectos sociais, (86,7; DP \pm 31,3) nas limitações por aspectos sociais e (79,8; DP \pm 18,6).

Tabela 9 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburg: risco no grupo pré-operatório

| | | (continua) | | |
|----------------------|-------|-------------------------|---------------|--------------|
| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
| Capacidade funcional | Baixo | 64,5^b | 27,1 | 0,029 |
| | Médio | 50,9 ^{ab} | 23,2 | |
| | Alto | 37,8 ^a | 24,9 | |

Tabela 9 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco no grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|-------|-------------------------|---------------|-------------------|
| Limitação por aspectos físicos | Baixo | 72,5^b | 42,1 | 0,028 |
| | Médio | 55,7 ^{ab} | 42,9 | |
| | Alto | 25,0 ^a | 43,3 | |
| Dor | Baixo | 55,5^b | 25,9 | 0,029 |
| | Médio | 39,5 ^a | 26,5 | |
| | Alto | 30,9 ^a | 16,8 | |
| Estado geral de saúde | Baixo | 48,4^b | 26,3 | 0,018 |
| | Médio | 38,3 ^{ab} | 18,7 | |
| | Alto | 23,8 ^a | 8,7 | |
| Vitalidade | Baixo | 68,3^b | 20,7 | < 0,001 |
| | Médio | 40,9 ^a | 23,2 | |
| | Alto | 31,7 ^a | 20,3 | |
| Aspectos Sociais | Baixo | 81,3^b | 25,8 | 0,003 |
| | Médio | 56,8 ^{ab} | 29,8 | |
| | Alto | 45,8 ^a | 25,0 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixo | 86,7^b | 31,3 | 0,001 |
| | Médio | 47,00 ^a | 39,4 | |
| | Alto | 37,0 ^a | 48,4 | |
| Saúde Mental | Baixo | 79,8^b | 18,6 | < 0,001 |
| | Médio | 49,1 ^a | 20,7 | |
| | Alto | 45,3 ^a | 24,1 | |

* ANOVA;

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

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Na tabela 10 evidencia-se que a comparação entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade, não foi significativa em nenhuma questão, portanto todas foram consideradas semelhantes entre si.

Tabela 10 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: gravidade no grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|--------------------------------|----------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Baixa | 58,5 | 25,7 | 0,437 |
| | Moderada | 51,5 | 25,4 | |
| | Alta | 45,0 | 32,5 | |
| Limitação por aspectos físicos | Baixa | 63,5 | 41,7 | 0,589 |
| | Moderada | 52,5 | 47,9 | |
| | Alta | 46,4 | 50,9 | |
| Dor | Baixa | 47,8 | 27,9 | 0,641 |
| | Moderada | 41,1 | 25,9 | |
| | Alta | 39,9 | 22,9 | |

Tabela 10 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo: gravidade no grupo pré-operatório

(conclusão)

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|----------|-------|---------------|----------|
| Estado geral de saúde | Baixa | 46,8 | 24,7 | 0,102 |
| | Moderada | 33,4 | 18,3 | |
| | Alta | 33,4 | 19,3 | |
| Vitalidade | Baixa | 54,2 | 27,1 | 0,464 |
| | Moderada | 48,3 | 24,8 | |
| | Alta | 40,7 | 28,1 | |
| Aspectos Sociais | Baixa | 69,3 | 30,8 | 0,573 |
| | Moderada | 60,6 | 30,7 | |
| | Alta | 58,9 | 30,4 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixa | 69,4 | 39,2 | 0,148 |
| | Moderada | 60,0 | 45,4 | |
| | Alta | 33,3 | 43,0 | |
| Saúde Mental | Baixa | 65,2 | 23,9 | 0,452 |
| | Moderada | 57,2 | 26,9 | |
| | Alta | 53,7 | 28,1 | |

* ANOVA.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Questionário sobre a Imagem Corporal (Tabela 11), ressaltam-se as respostas dos participantes que responderam 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.

Dos entrevistados, 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. Também, 62,74% 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 (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, como 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 que outras pessoas sejam mais magras (23,53%).

Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(continua)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1. Sentir-se entediado faz você se preocupar com sua forma física? | | | | | | |
| Nunca | 11 | 24,44 | 2 | 33,33 | 13 | 25,49 |
| Raramente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 16 | 35,56 | 3 | 50,00 | 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 | 1 | 16,67 | 6 | 11,76 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 0 | 0,00 | 7 | 13,73 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Muito frequentemente | 5 | 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 |
| Às vezes | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 19 | 42,22 | 2 | 33,33 | 21 | 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 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 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? | | | | | | |
| Nunca | 9 | 20,00 | 2 | 33,33 | 11 | 21,57 |
| Raramente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Sempre | 23 | 51,11 | 4 | 66,67 | 27 | 52,94 |

Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo? | | | | | | |
| Nunca | 11 | 24,44 | 1 | 16,67 | 12 | 23,53 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às 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 |
| 7. Já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | | | | | | |
| Nunca | 11 | 24,44 | 3 | 50,00 | 14 | 27,45 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 2 | 33,33 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| 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 balançar? | | | | | | |
| Nunca | 19 | 42,22 | 3 | 50,00 | 22 | 43,14 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 1 | 16,67 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| 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 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 19 | 42,22 | 1 | 16,67 | 20 | 39,22 |
| 10. Já se preocupou de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | | | | | | |
| Nunca | 18 | 40,00 | 5 | 83,33 | 23 | 45,10 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Às vezes | 7 | 15,56 | 1 | 16,67 | 8 | 15,69 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Sempre | 12 | 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 |
| Frequentemente | 8 | 17,78 | 1 | 16,67 | 9 | 17,65 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Sempre | 20 | 44,44 | 2 | 33,33 | 22 | 43,14 |

Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 12. Tem reparado no físico de outras pessoas e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | | | | | | |
| Nunca | 8 | 17,78 | 3 | 50,00 | 11 | 21,57 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 24 | 53,33 | 2 | 33,33 | 26 | 50,98 |
| 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 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 1 | 16,67 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 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 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Sempre | 28 | 62,22 | 2 | 33,33 | 30 | 58,82 |
| 15. Tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? | | | | | | |
| Nunca | 8 | 17,78 | 2 | 33,33 | 10 | 19,61 |
| Raramente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 21 | 46,67 | 3 | 50,00 | 24 | 47,06 |
| 16. Imagina-se cortando fora porções de seu corpo? | | | | | | |
| Nunca | 23 | 51,11 | 2 | 33,33 | 25 | 49,02 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às vezes | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Sempre | 14 | 31,11 | 3 | 50,00 | 17 | 33,33 |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo? | | | | | | |
| Nunca | 10 | 22,22 | 1 | 16,67 | 11 | 21,57 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 2 | 33,33 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 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 |

Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 18. Deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | | | | | | |
| Nunca | 15 | 33,33 | 3 | 50,00 | 18 | 35,29 |
| Raramente | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 1 | 16,67 | 5 | 9,80 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 1 | 16,67 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 14 | 31,11 | 0 | 0,00 | 14 | 27,45 |
| 19. Sente-se excessivamente grande e arredondado? | | | | | | |
| Nunca | 5 | 11,11 | 2 | 33,33 | 7 | 13,73 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 1 | 16,67 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Sempre | 28 | 62,22 | 3 | 50,00 | 31 | 60,78 |
| 20. Já teve vergonha do seu corpo? | | | | | | |
| Nunca | 5 | 11,11 | 2 | 33,33 | 7 | 13,73 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Às vezes | 3 | 6,67 | 1 | 16,67 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Sempre | 29 | 64,44 | 2 | 33,33 | 31 | 60,78 |
| 21. A preocupação diante do seu físico levante a fazer dieta? | | | | | | |
| Nunca | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Raramente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Às vezes | 12 | 26,67 | 1 | 16,67 | 13 | 25,49 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 1 | 16,67 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 21 | 46,67 | 4 | 66,67 | 25 | 49,02 |
| 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 |
| Às vezes | 8 | 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? | | | | | | |
| Nunca | 7 | 15,56 | 2 | 33,33 | 9 | 17,65 |
| Raramente | 2 | 4,44 | 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 |
| Sempre | 23 | 51,11 | 1 | 16,67 | 24 | 47,06 |

Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(continuação)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 24. Preocupa-se que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | | | | | | |
| Nunca | 16 | 35,56 | 3 | 50,00 | 19 | 37,25 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às vezes | 3 | 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 | 33,33 | 24 | 47,06 |
| 25. Acha injusto que as outras pessoas sejam mais magras que você? | | | | | | |
| Nunca | 25 | 55,56 | 3 | 50,00 | 28 | 54,90 |
| Raramente | 5 | 11,11 | 2 | 33,33 | 7 | 13,73 |
| Às vezes | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 7 | 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 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Sempre | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 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 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 | 1 | 16,67 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| 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 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| 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 |
| Sempre | 25 | 55,56 | 3 | 50,00 | 28 | 54,90 |
| 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 |
| Às vezes | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 27 | 60,00 | 2 | 33,33 | 29 | 56,86 |

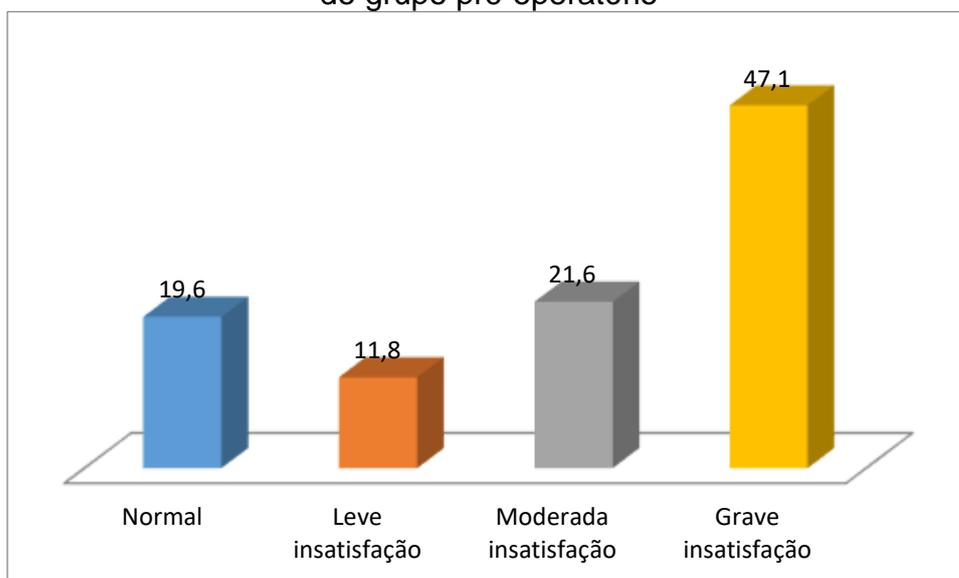
Tabela 11 – Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório
(conclusão)

| Variáveis | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 30. Belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | | | | | | |
| Nunca | 22 | 48,89 | 3 | 50,00 | 25 | 49,02 |
| Raramente | 3 | 6,67 | 2 | 33,33 | 5 | 9,80 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Sempre | 10 | 22,22 | 1 | 16,67 | 11 | 21,57 |
| 31. Evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | | | | | | |
| Nunca | 9 | 20,00 | 1 | 16,67 | 10 | 19,61 |
| Raramente | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 | 1 | 1,96 |
| Às vezes | 4 | 8,89 | 2 | 33,33 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 25 | 55,56 | 3 | 50,00 | 28 | 54,90 |
| 32. Toma laxantes para se sentir magro? | | | | | | |
| Nunca | 35 | 77,78 | 6 | 100,00 | 41 | 80,39 |
| 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 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Sempre | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| 33. Fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | | | | | | |
| Nunca | 8 | 17,78 | 2 | 33,33 | 10 | 19,61 |
| Raramente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 5 | 11,11 | 0 | 0,00 | 5 | 9,80 |
| Frequentemente | 4 | 8,89 | 0 | 0,00 | 4 | 7,84 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Sempre | 24 | 53,33 | 4 | 66,67 | 28 | 54,90 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | | | | | | |
| Nunca | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Raramente | 2 | 4,44 | 0 | 0,00 | 2 | 3,92 |
| Às vezes | 6 | 13,33 | 0 | 0,00 | 6 | 11,76 |
| Frequentemente | 6 | 13,33 | 1 | 16,67 | 7 | 13,73 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,67 | 0 | 0,00 | 3 | 5,88 |
| Sempre | 26 | 57,78 | 5 | 83,33 | 31 | 60,78 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Demonstra-se através do Gráfico 10, que 19,6% dos entrevistados não apresentaram algum tipo de insatisfação com a imagem corporal, 11,8% apresentaram uma leve insatisfação, 21,6% apresentaram moderada insatisfação e 47,1% apresentaram grave insatisfação com a imagem corporal.

Gráfico 10 - Resultado do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pré-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Na Tabela 12 são apresentadas as correlações do Questionário de Qualidade de Vida com o questionário BSQ-34. As limitações por aspectos físicos, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e a saúde mental apresentaram diferenças entre as médias da imagem corporal. 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).

Tabela 12 - Comparação das médias de Qualidade de Vida no Questionário sobre a Imagem Corporal para o grupo pré-operatório

(continua)

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Normal | 70,0 | 30,1 | 0,056 |
| | Leve insatisfação | 63,3 | 28,6 | |
| | Moderada insatisfação | 55,5 | 15,9 | |
| | Grave insatisfação | 44,2 | 25,4 | |
| Limitação por aspectos físicos | Normal | 80,0 ^b | 36,9 | 0,012 |
| | Leve insatisfação | 95,8^c | 10,2 | |
| | Moderada insatisfação | 47,7 ^a | 45,4 | |
| Dor | Grave insatisfação | 41,7 ^a | 45,2 | 0,059 |
| | Normal | 60,9 | 27,9 | |
| | Leve insatisfação | 52,7 | 24,4 | |
| | Moderada insatisfação | 43,7 | 19,0 | |
| | Grave insatisfação | 35,0 | 26,0 | |

Tabela 12 - Comparação das médias de Qualidade de Vida no Questionário sobre a Imagem Corporal para o grupo pré-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|-------------------|
| Estado geral de saúde | Normal | 46,0 | 31,0 | 0,121 |
| | Leve insatisfação | 49,2 | 17,8 | |
| | Moderada insatisfação | 46,0 | 24,0 | |
| | Grave insatisfação | 31,8 | 16,3 | |
| Vitalidade | Normal | 64,0 | 26,8 | 0,055 |
| | Leve insatisfação | 63,3 | 23,8 | |
| | Moderada insatisfação | 51,4 | 25,0 | |
| | Grave insatisfação | 40,2 | 24,2 | |
| Aspectos Sociais | Normal | 85,0^b | 15,4 | 0,014 |
| | Leve insatisfação | 83,3^b | 21,9 | |
| | Moderada insatisfação | 54,5 ^a | 33,2 | |
| | Grave insatisfação | 55,7 ^a | 30,6 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Normal | 90,0^b | 31,6 | 0,039 |
| | Leve insatisfação | 55,6 ^a | 45,5 | |
| | Moderada insatisfação | 69,7 ^a | 40,7 | |
| | Grave insatisfação | 45,8 ^a | 42,6 | |
| Saúde Mental | Normal | 87,6^b | 14,7 | < 0,001 |
| | Leve insatisfação | 79,3 ^{ab} | 12,8 | |
| | Moderada insatisfação | 57,8 ^a | 17,1 | |
| | Grave insatisfação | 45,7 ^a | 23,0 | |

* ANOVA;

^{abc} Letras diferentes indicam diferenças entre as médias (Teste de Tukey).

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Teste de Figura da Silhueta Corpórea, os entrevistados do grupo pré-operatório responderam que 100% deles estão insatisfeitos com a sua imagem corporal.

Na Tabela 13 são apresentadas as correlações entre todos os questionários aplicados e a sua relação com o Questionário de Qualidade de Vida: a Escala de CAP apresentou relação fraca positiva com o Teste de Atitudes Alimentares ($r = 0,287$), forte positiva para o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de risco ($r = 0,777$), moderada positiva para o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de gravidade ($r = 0,406$), moderada positiva para o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,560$).

O Teste de Atitudes Alimentares está correlacionado ao Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de risco, onde há uma relação moderada positiva ($r = 0,339$) e moderada positiva para o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,367$).

Houve relação entre o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de risco com o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de gravidade, onde esta foi moderada

positiva ($r = 0,442$) e moderada positiva para o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,569$). O Teste de Investigação Bulímica de Edinburg de gravidade apresentou relação moderada positiva com o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,409$).

Tabela 13 - Relação entre o Questionário de Qualidade de Vida com as Escalas BES, EAT, BITE: Risco, BITE: Gravidade, BSQ para o grupo pré-operatório

| | BES | EAT | BITE: Risco | BITE: Gravidade | BSQ |
|-----------------|---------|---------|----------------|--------------------|-----|
| BES | 1 | | | | |
| EAT | 0,287* | 1 | | | |
| BITE: Risco | 0,777** | 0,339* | 1 | | |
| BITE: Gravidade | 0,406** | 0,029 | 0,442** | 1 | |
| BSQ | 0,560** | 0,367** | 0,569** | 0,409** | 1 |

** . A correlação é significativa ao nível de 1%.

*. A correlação é significativa ao nível de 5%.

Nota: Correlação de Spearman.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

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 cm e média de 1,63 cm ($DP \pm 0,09$ cm), IMC mediano de 27,4 kg/m^2 e médio de 28,2 kg/m^2 ($DP \pm 4,0$ kg/m^2), 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 ($DP \pm 11,9$) e a circunferência de braço mediana de 30,5 cm e média de 31,1 cm ($DP \pm 3,8$) (Tabela 14).

Tabela 44 - Caracterização do peso, altura, IMC, idade e circunferências de cintura e braço do grupo Pós-operatório

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|--------------------------------|---------|-------|---------------|
| Peso (kg) | 75,0 | 75,0 | 12,9 |
| Altura (cm) | 1,64 | 1,63 | 0,09 |
| IMC (kg/m^2) | 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.

O peso antes da cirurgia teve mediana de 115 kg e médio de 117,4 kg ($DP \pm 17,1$), o tempo de cirurgia teve mediana de 28 meses e média de 36,98 meses ($DP \pm 28,94$),

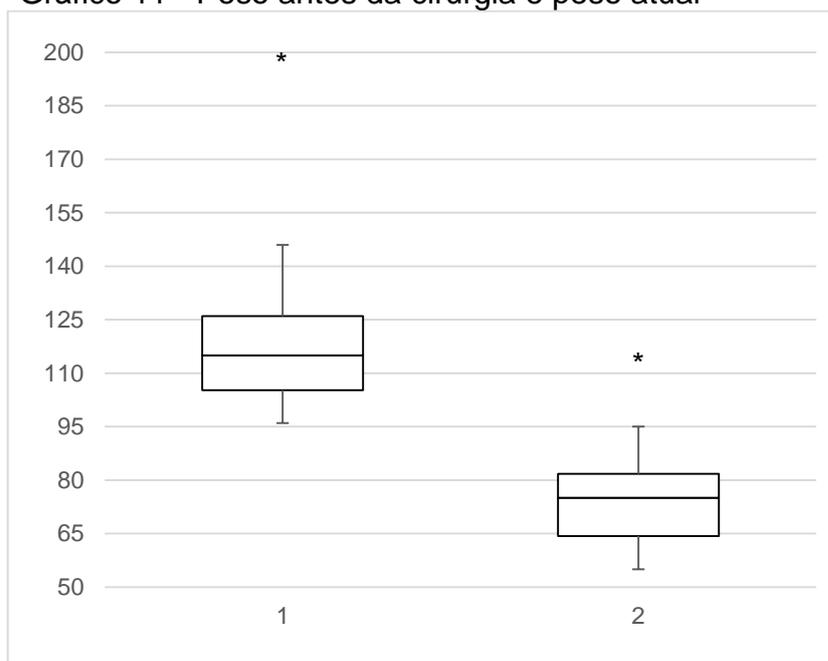
a quantidade mediana de peso perdido com a cirurgia foi de 45 kg e média de 46,6 kg (DP \pm 11,3) e a quantidade mediana de peso reganhado foi de 2 kg e média de 4,26 kg (DP \pm 6,35) (Tabela 15). As comparações entre o peso atual e de antes da cirurgia e quilos perdidos com a cirurgia e reganhados estão demonstradas nos Gráficos 11 e 12.

Tabela 55 – 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.

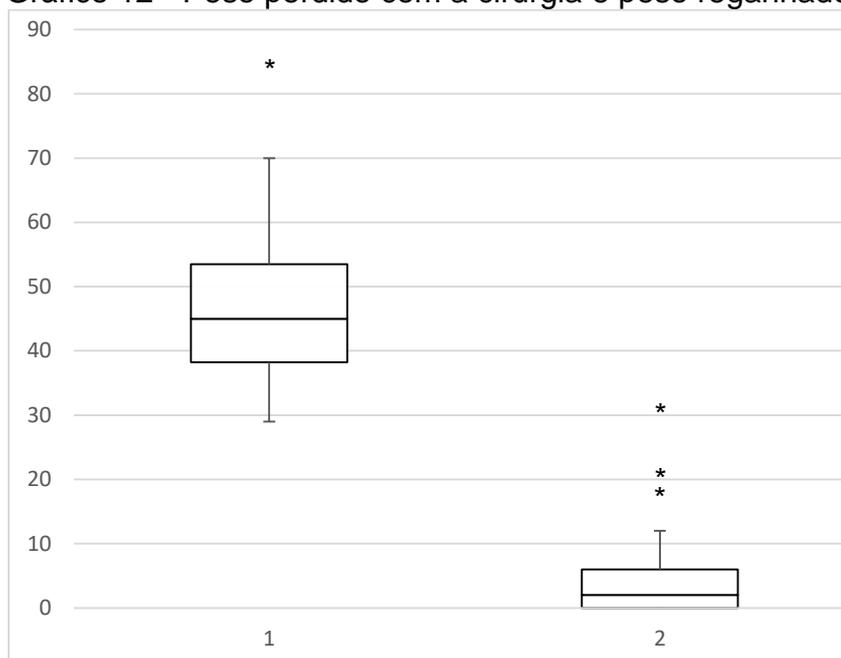
Gráfico 11 - Peso antes da cirurgia e peso atual



1. Peso antes da cirurgia; 2. Peso atual.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Gráfico 12 - Peso perdido com a cirurgia e peso reganhado



1. Peso perdido com a cirurgia; 2. Peso reganhado.
 Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

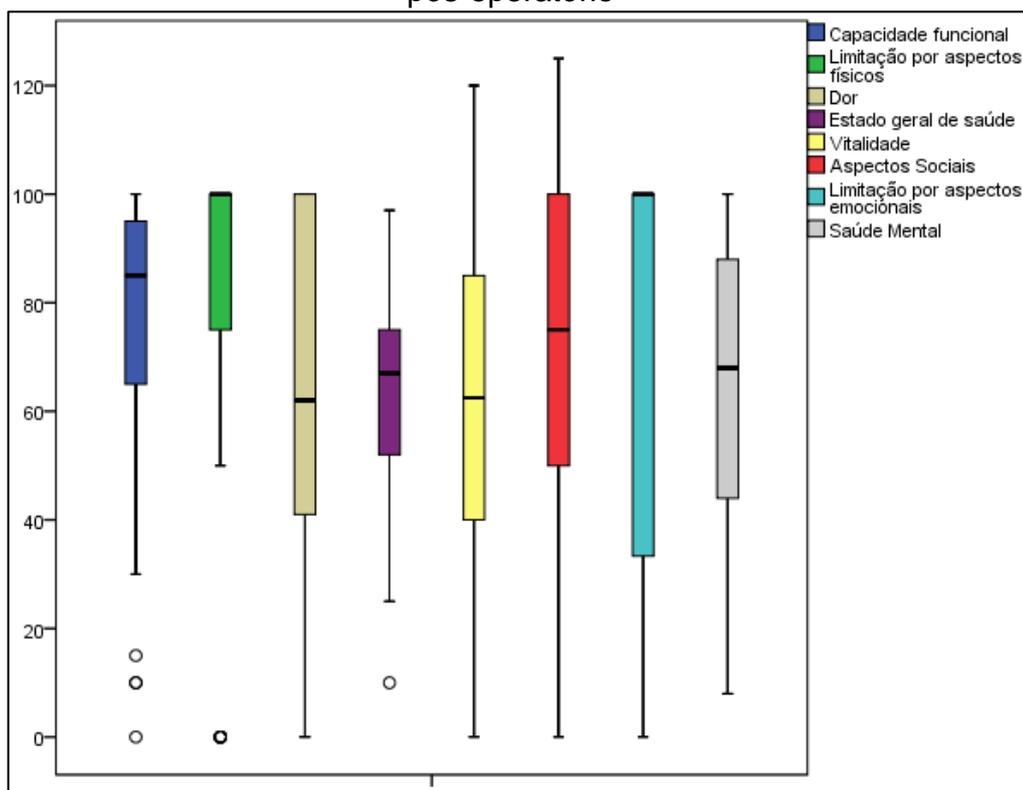
Os resultados obtidos através do Questionário de Qualidade de Vida (Tabela 16 e Gráfico 13) são: a capacidade funcional no pós-operatório obteve mediana de 85 e média de 76,4 (DP \pm 27,1), a limitação por aspectos físicos alcançou a mediana de 100 e média de 78,5 (DP \pm 35,4), a dor mediana foi de 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), a mediana dos aspectos sociais foi 75 e média de 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 16 - Caracterização do Questionário da Qualidade de Vida do grupo pós-operatório

| | Mediana | Média | Desvio Padrão |
|-----------------------------------|---------|-------|---------------|
| 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 13 – Boxplot do Questionário de Qualidade de Vida do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A correlação entre o IMC, a idade, a circunferência da cintura, quantidade de quilos perdidos com a cirurgia e a quantidade de quilos reganhados com o Questionário de Qualidade de Vida; demonstrou haver relação no cruzamento da idade com a capacidade funcional, que apresentou uma correlação negativa fraca ($\rho = -0,314$) e correlações negativas fracas entre o reganho de peso com a limitação por aspectos físicos ($\rho = -0,347$), dor ($\rho = -0,332$), vitalidade ($\rho = -0,317$) e a saúde mental ($\rho = -0,330$). Já as limitações por aspectos emocionais houve uma correlação negativa moderada com o reganho de peso (Tabela 17).

Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida com o IMC, idade, circunferência da cintura, quantidade de kg perdidos após a cirurgia e reganhados

| | IMC | Idade | Circunferência da cintura | Kg perdidos 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.

No questionário de Compulsão Alimentar Periódica (Tabela 18), 32% dos entrevistados, preocupam-se em como se parecem para os outros, mas isto normalmente não os fazem se sentir desapontados, 20% ficam constrangidos com a sua aparência e o seu peso, o que os fazem sentir desapontados consigo mesmos.

Às vezes, 54% dos entrevistados tendem a comer rapidamente, sentindo-se desconfortavelmente cheios depois ou tem o hábito de engolir a comida sem mastigá-la, sentindo-se mal fisicamente por comerem demais; 30% tem falhado em controlar o seu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.

Na questão sobre controlar os impulsos para comer, 18% se sentem totalmente incapazes de controlar seus impulsos para comer, ou não conseguem controlar o comportamento alimentar, entrando em desespero tentando manter o controle.

De vez em quando, 34% comem quando estão chateados, mas, frequentemente, são capazes de afastar a mente da comida. Regularmente 34% tem o hábito de comer quando estão chateados, mas, de vez em quando, podem usar alguma outra atividade para afastar a mente da comida.

Dos entrevistados, 38% relataram que comem às vezes alguma coisa por impulso, mesmo quando não estão realmente com fome. Cerca de 62% sentem culpa ou ódio depois de comerem demais. 34% às vezes, depois de comerem demais, tentam reduzir a ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeriram ou regularmente comem muito durante a noite.

Normalmente 32% dos entrevistados podem parar de comer quando se sentem cheios, mas, de vez em quando, quando comem demais ficam desconfortavelmente empanturrados. Aproximadamente 34% fazem três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições, 52% fazem três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancham entre as refeições.

Em algum momento, pelo menos 70% dos entrevistados sentem que os seus pensamentos estão preocupados em tentar controlar os impulsos para comer ou com frequência gastam muito tempo pensando no quanto comem ou tentando não comer mais, parece que a maior parte das horas que passam acordados estão com esses pensamentos sobre comer ou não comer. Sentem como se estivessem constantemente lutando contra isso.

Dos entrevistados, 62% deles tem fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. Destes, 12% parecem que tem dias que não podem pensar em mais nada a não ser em comida e 38% deles, de vez em quando, se sentem em dúvida para saber se estão ou não fisicamente com fome, nessas ocasiões é difícil saber o quanto deveriam comer para se satisfazerem. 18% destes, mesmo que soubessem quantas calorias deveriam ingerir, não teriam ideia da quantidade adequada de comida.

Tabela 18 – Questionário de Compulsão Alimentar do grupo pós-operatório
(continua)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| Questão 1 | | |
| Não sente constrangimento com o peso ou o tamanho do corpo quando está com outras pessoas. | 24 | 48,00 |
| Preocupa-se em como parece para os outros, mas isto normalmente não faz sentir-se desapontado. | 16 | 32,00 |
| Fica constrangido com a sua aparência e o seu peso, o que o faz sentir-se desapontado consigo mesmo. | 10 | 20,00 |
| Sente-se constrangido com o seu peso e frequentemente sente muita vergonha e desprezo por si mesmo. Tenta evitar contatos sociais por causa disso. | 0 | 0,00 |
| Questão 2 | | |
| Não tem nenhuma dificuldade para comer devagar de forma apropriada. | 18 | 36,00 |
| Embora pareça que devore os alimentos, não se sente empanturrado depois. | 5 | 10,00 |
| Às vezes come rapidamente sentindo-se desconfortavelmente cheio depois. | 18 | 36,00 |
| Engole a comida sem mastigá-la, sentindo-se mal fisicamente por comer demais. | 9 | 18,00 |

Tabela 18 – Questionário de Compulsão Alimentar do grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| Questão 3 | | |
| Sente-se capaz de controlar seus impulsos para comer quando quer. | 26 | 52,00 |
| Tem falhado em controlar o seu comportamento mais do que os outros. | 15 | 30,00 |
| Sente-se totalmente incapaz de controlar seus impulsos para comer. | 4 | 8,00 |
| Sente que é incapaz de controlar o comportamento alimentar, desespera-se tentando manter o controle. | 5 | 10,00 |
| Questão 4 | | |
| Não tem o hábito de comer quando está chateado(a). | 16 | 32,00 |
| Às vezes come quando está chateado(a) mas, frequentemente, é capaz de se ocupar e afastar a mente da comida. | 17 | 34,00 |
| Sempre come quando chateado, mas às vezes, pode afastar a mente da comida. | 8 | 16,00 |
| Tem o forte hábito de comer quando está chateado(a). Nada parece ajudar a parar com esse hábito. | 9 | 18,00 |
| Questão 5 | | |
| Quando come alguma coisa é porque está fisicamente com fome. | 22 | 44,00 |
| De vez em quando come alguma coisa por impulso, mesmo quando não está realmente com fome. | 19 | 38,00 |
| Sempre come alimentos sem gostar para satisfazer uma sensação de fome. | 5 | 10,00 |
| Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tem uma sensação de fome em sua boca que somente parece ser satisfeita quando come (...), em seguida cospe, assim não ganhará peso. | 4 | 8,00 |
| Questão 6 | | |
| Não sente qualquer culpa ou ódio de si depois de comer demais. | 19 | 38,00 |
| Às vezes sente culpa ou ódio depois de comer demais. | 27 | 54,00 |
| Quase o tempo todo sente muita culpa ou ódio depois de comer demais. | 4 | 8,00 |
| Questão 7 | | |
| Tem controle da alimentação quando em dieta, mesmo após comer demais. | 38 | 76,00 |
| Às vezes, quando em dieta e come um alimento proibido, sente como se estragasse tudo e come ainda mais. | 8 | 16,00 |
| Frequentemente, quando come demais durante uma dieta, pensa: “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim” e depois come ainda mais. | 3 | 6,00 |
| Sempre começa dietas rigorosas, mas as quebra entrando numa compulsão alimentar. Sua vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”. | 1 | 2,00 |
| Questão 8 | | |
| Raramente come tanta comida a ponto de se sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois. | 31 | 62,00 |
| Cerca de uma vez por mês, come uma tal quantidade de comida que acaba se sentindo muito empanturrado(a). | 12 | 24,00 |
| Tem períodos regulares durante o mês, que come grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições ou nos lanches. | 5 | 10,00 |
| Come tanta comida, que regularmente, sente-se bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a). | 2 | 4,00 |

Tabela 18 – Questionário de Compulsão Alimentar do grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|---|-------|-------|
| | N | % |
| Questão 9 | | |
| Em geral, a sua ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. | 32 | 64,00 |
| Às vezes, depois de comer demais, tenta reduzir a ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeriu. | 8 | 16,00 |
| Tem o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite. | 9 | 18,00 |
| Tem períodos, que duram semanas, onde praticamente se mata de fome, seguindo a períodos em que come demais. | 1 | 2,00 |
| Questão 10 | | |
| Normalmente é capaz de parar de comer quando quer. Sabe quando “já chega”. | 36 | 72,00 |
| De vez em quando, tem uma compulsão para comer que parece que não pode controlar. | 9 | 18,00 |
| Frequentemente tem fortes impulsos para comer sem controle, mas depois pode controlar seus impulsos. | 4 | 8,00 |
| Não controla impulsos para comer. Tem medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria. | 1 | 2,00 |
| Questão 11 | | |
| Sem problema para parar de comer quando está cheio(a). | 31 | 62,00 |
| Normalmente, pode parar de comer quando se sente cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais o deixa desconfortavelmente empanturrado(a). | 16 | 32,00 |
| Tem problema para parar de comer quando começa e sente-se mal, cheio, depois que faz uma refeição. | 1 | 2,00 |
| Por ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quer, às vezes tem que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar a sensação de empanturramento. | 2 | 4,00 |
| Questão 12 | | |
| Come tanto quanto está com os outros, quanto está só. | 33 | 66,00 |
| Às vezes, quando acompanhado, não come tanto quanto quer, pois fica constrangido com o seu comportamento. | 9 | 18,00 |
| Frequentemente come pouco quando outros estão presentes, pois se sente muito embaraçado(a) com o seu comportamento alimentar. | 8 | 16,00 |
| Envergonha-se por comer demais que escolhe horas para comer demais quando sabe que ninguém o verá. Sente-se como uma pessoa que se esconde para comer. | 0 | 0,00 |
| Questão 13 | | |
| Faz três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições. | 17 | 34,00 |
| Faz três refeições ao dia mas, normalmente, também lancha entre as refeições. | 26 | 52,00 |
| Quando faz lanches pesados, tem o hábito de pular as refeições regulares. | 4 | 8,00 |
| Há dias que parece estar sempre comendo, sem planejar. | 3 | 6,00 |

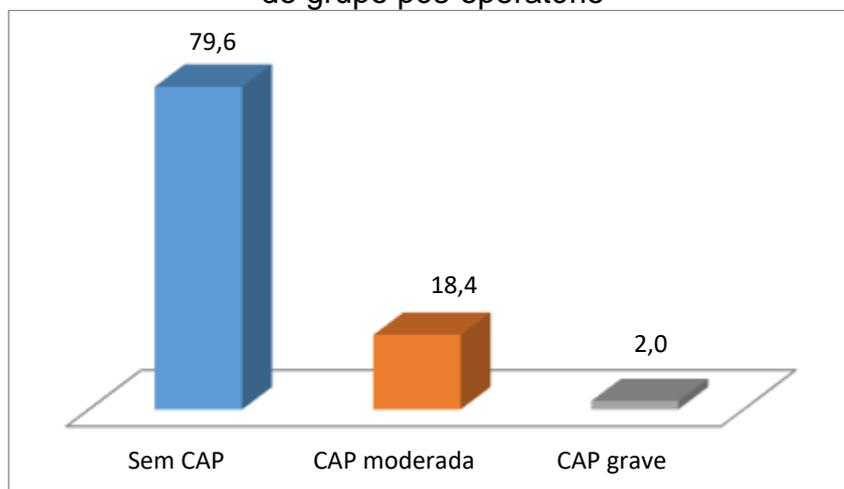
Tabela 18 – Questionário de Compulsão Alimentar do grupo pós-operatório
(conclusão)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| Questão 14 | | |
| Não pensa muito em controlar impulsos para comer. | 15 | 30,00 |
| Pelo menos, em algum momento, sente que os pensamentos estão “pré-ocupados” em tentar controlar os impulsos para comer. | 21 | 42,00 |
| Frequentemente, gasta muito tempo pensando no quanto come ou tentando não comer mais. | 11 | 22,00 |
| Parece que a maior parte das horas que passa acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sente como se estivesse constantemente lutando para não comer. | 3 | 6,00 |
| Questão 15 | | |
| Não pensa muito sobre comida. | 19 | 38,00 |
| Tem fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. | 25 | 50,00 |
| Há dias em que parece que não pode pensar em mais nada a não ser comida. | 6 | 12,00 |
| Na maioria dos dias, seus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sente como se vivesse para comer. | 0 | 0,00 |
| Questão 16 | | |
| Sabe se está ou não fisicamente com fome. Come a porção certa de comida para se satisfazer. | 31 | 62,00 |
| De vez em quando sente-se em dúvida para saber se está ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto deveria comer para se satisfazer. | 10 | 20,00 |
| Mesmo que soubesse quantas calorias deveria ingerir, não teria idéia da quantidade “normal” de comida. | 9 | 18,00 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante disso, verifica-se através do Gráfico 14, que 79,6% dos entrevistados não apresentaram compulsão alimentar e que 18,4% possuem a compulsão alimentar da forma moderada e da forma grave apenas 2% da amostra.

Gráfico14 - Descrição da Compulsão Alimentar Periódica do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve diferenças entre as médias da Qualidade de Vida na CAP (Tabela 19).

Tabela 19 - Comparação das médias da Qualidade de Vida na Escala de Compulsão Alimentar Periódica para o grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|--------------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Sem CAP | 79,7 | 22,6 | 0,080 |
| | CAP moderada | 58,3 | 39,8 | |
| | CAP grave | 95,0 | | |
| Limitação por aspectos físicos | Sem CAP | 79,5 | 34,8 | 0,942 |
| | CAP moderada | 75,0 | 43,3 | |
| | CAP grave | 75,0 | | |
| Dor | Sem CAP | 66,9 | 27,6 | 0,742 |
| | CAP moderada | 62,0 | 33,4 | |
| | CAP grave | 84,0 | | |
| Estado geral de saúde | Sem CAP | 64,7 | 17,8 | 0,051 |
| | CAP moderada | 46,1 | 17,3 | |
| | CAP grave | 77,0 | | |
| Vitalidade | Sem CAP | 64,2 | 27,7 | 0,313 |
| | CAP moderada | 48,3 | 28,5 | |
| | CAP grave | 60,0 | | |
| Aspectos Sociais | Sem CAP | 76,2 | 26,6 | 0,093 |
| | CAP moderada | 54,2 | 39,5 | |
| | CAP grave | 100,0 | | |
| Limitação por aspectos emocionais | Sem CAP | 73,5 | 39,9 | 0,299 |
| | CAP moderada | 51,9 | 50,3 | |
| | CAP grave | 100,0 | | |
| Saúde Mental | Sem CAP | 65,4 | 24,9 | 0,267 |
| | CAP moderada | 52,0 | 28,0 | |
| | CAP grave | 84,0 | | |

* ANOVA.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Teste de Atitudes Alimentares para a identificação da AN, são apresentados na Tabela 20. No quesito sobre ficar apavorado com a ideia de estar engordando, 68% dos entrevistados relataram ficar sempre apavorados com esse pensamento e 32% disseram que ficam às vezes ou raramente apavorados. Dos entrevistados 60% sentem-se frequentemente preocupados com os alimentos, ou quase sempre se preocupam com isso e 40% disseram que às vezes se sentem ou quase nunca se sentem preocupados.

Na questão sobre cortar os alimentos, 70% cortam os alimentos em pequenos pedaços, sendo que 48% responderam que sempre tem esse comportamento, sendo que desses, 22% disseram que isso ocorre com muita frequência.

Sobre evitar alimentos ricos em carboidratos, 58% dos entrevistados responderam que às vezes ou quase nunca os evitam, sendo que desses; 30% às vezes evitam, 12% raramente evitam e 16% responderam que nunca evitam. 64% dos entrevistados preocupam-se com o desejo de ser mais magro, sendo que desses, 48% sempre se preocupam e 16% preocupam-se com frequência. 58% dos entrevistados responderam que quando se exercitam, pensam em queimar calorias a mais.

Tabela 20 – Teste de Atitudes Alimentares no grupo pós-operatório (continua)

| Variáveis | Total | | Variáveis | Total | |
|---|-------|----|---|-------|----|
| | N | % | | N | % |
| 1. Fica apavorado com a idéia de estar engordando. | | | 5. Corta os alimentos em pequenos pedaços. | | |
| Sempre | 30 | 60 | Sempre | 24 | 48 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 2 | 4 | Frequentemente | 9 | 18 |
| Às vezes | 10 | 20 | Às vezes | 7 | 14 |
| Raramente | 3 | 6 | Raramente | 3 | 6 |
| Nunca | 3 | 6 | Nunca | 5 | 10 |
| 2. Evita comer quando está com fome. | | | 6. Presta atenção na quantidade de kcal que come. | | |
| Sempre | 4 | 8 | Sempre | 12 | 24 |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 2 | 4 | Frequentemente | 0 | 0 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 10 | 20 |
| Raramente | 8 | 16 | Raramente | 7 | 14 |
| Nunca | 27 | 54 | Nunca | 19 | 38 |
| 3. Sente-se preocupado com os alimentos. | | | 7. Evita alimentos ricos em carboidratos | | |
| Sempre | 18 | 36 | Sempre | 13 | 26 |
| Muito frequentemente | 4 | 8 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 8 | 16 | Frequentemente | 6 | 12 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 15 | 30 |
| Raramente | 5 | 10 | Raramente | 6 | 12 |
| Nunca | 6 | 12 | Nunca | 8 | 16 |
| 4. Continuar a comer em exagero faz com que sintam que não é capaz de parar. | | | 8. Sente que os outros gostariam que comesse demais. | | |
| Sempre | 7 | 14 | Sempre | 10 | 20 |
| Muito frequentemente | 1 | 2 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 4 | 8 | Frequentemente | 2 | 4 |
| Às vezes | 6 | 12 | Às vezes | 12 | 24 |
| Raramente | 10 | 20 | Raramente | 3 | 6 |
| Nunca | 22 | 44 | Nunca | 21 | 42 |

Tabela 20 – Teste de Atitudes Alimentares no grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | | Variáveis | Total | |
|---|-------|----|---|-------|----|
| | N | % | | N | % |
| 9. Vomita depois de comer. | | | 14. Preocupa-se com a ideia de haver mais gordura em seu corpo. | | |
| Sempre | 1 | 2 | Sempre | 27 | 54 |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | Muito frequentemente | 3 | 6 |
| Frequentemente | 3 | 6 | Frequentemente | 8 | 16 |
| Às vezes | 14 | 28 | Às vezes | 8 | 16 |
| Raramente | 6 | 12 | Raramente | 1 | 2 |
| Nunca | 26 | 52 | Nunca | 3 | 6 |
| 10. Sente-se extremamente culpado depois de comer. | | | 15. Demora mais tempo para fazer as refeições que as outras pessoas. | | |
| Sempre | 9 | 18 | Sempre | 25 | 50 |
| Muito frequentemente | 1 | 2 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 1 | 2 | Frequentemente | 10 | 20 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 4 | 8 |
| Raramente | 9 | 18 | Raramente | 5 | 10 |
| Nunca | 21 | 42 | Nunca | 4 | 8 |
| 11. Preocupa-se com o desejo de ser mais magro (a). | | | 16. Evita comer alimentos que contenham açúcar. | | |
| Sempre | 24 | 48 | Sempre | 22 | 44 |
| Muito frequentemente | 1 | 2 | Muito frequentemente | 3 | 6 |
| Frequentemente | 7 | 14 | Frequentemente | 9 | 18 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 8 | 16 |
| Raramente | 2 | 4 | Raramente | 3 | 6 |
| Nunca | 7 | 14 | Nunca | 5 | 10 |
| 12. Pensa em queimar calorias a mais quando se exercita. | | | 17. Costuma comer alimentos dietéticos | | |
| Sempre | 22 | 44 | Sempre | 17 | 34 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 5 | 10 | Frequentemente | 7 | 14 |
| Às vezes | 6 | 12 | Às vezes | 11 | 22 |
| Raramente | 4 | 8 | Raramente | 6 | 12 |
| Nunca | 12 | 24 | Nunca | 7 | 14 |
| 13. As pessoas me acham muito magro (a). | | | 18. Sente que os alimentos controlam minha vida. | | |
| Sempre | 5 | 10 | Sempre | 7 | 14 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 7 | 14 | Frequentemente | 2 | 4 |
| Às vezes | 17 | 34 | Às vezes | 11 | 22 |
| Raramente | 4 | 8 | Raramente | 7 | 14 |
| Nunca | 15 | 30 | Nunca | 21 | 42 |

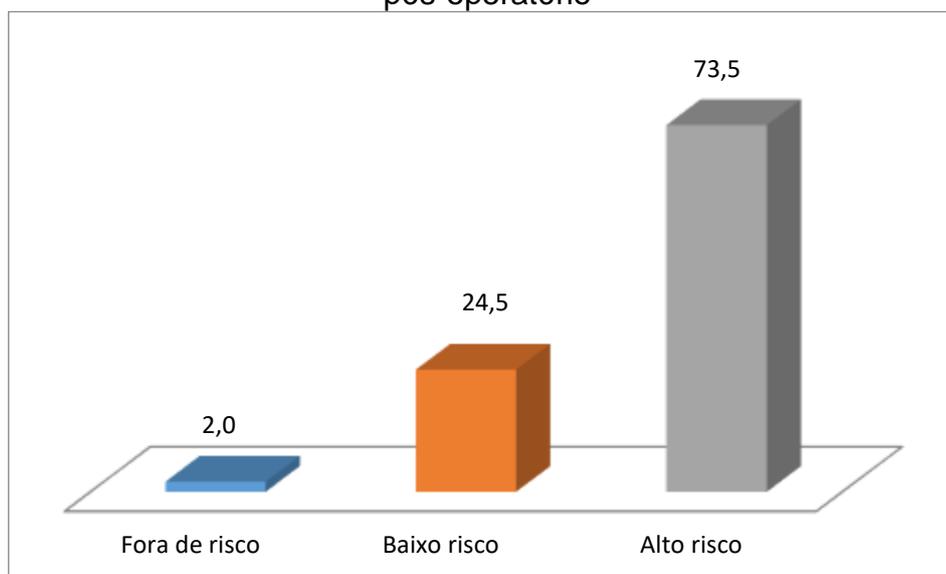
Tabela 20 – Teste de Atitudes Alimentares no grupo pós-operatório
(conclusão)

| Variáveis | Total | | Variáveis | Total | |
|---|-------|----|---|-------|----|
| | N | % | | N | % |
| 19. Demonstra autocontrole diante dos alimentos. | | | 23. Faz regimes para emagrecer. | | |
| Sempre | 18 | 36 | Sempre | 11 | 22 |
| Muito frequentemente | 5 | 10 | Muito frequentemente | 3 | 6 |
| Frequentemente | 8 | 16 | Frequentemente | 4 | 8 |
| Às vezes | 11 | 22 | Às vezes | 8 | 16 |
| Raramente | 6 | 12 | Raramente | 7 | 14 |
| Nunca | 2 | 4 | Nunca | 17 | 34 |
| 20. Sente que os outros a pressionam para comer | | | 24. Gosta de sentir seu estômago vazio | | |
| Sempre | 4 | 8 | Sempre | 7 | 14 |
| Muito frequentemente | 2 | 4 | Muito frequentemente | 4 | 8 |
| Frequentemente | 5 | 10 | Frequentemente | 1 | 2 |
| Às vezes | 9 | 18 | Às vezes | 7 | 14 |
| Raramente | 10 | 20 | Raramente | 6 | 12 |
| Nunca | 20 | 40 | Nunca | 25 | 50 |
| 21. Passo muito tempo pensando em comer. | | | 25. Gosta de experimentar novos alimentos ricos em calorias. | | |
| Sempre | 1 | 2 | Sempre | 2 | 4 |
| Muito frequentemente | 0 | 0 | Muito frequentemente | 2 | 4 |
| Frequentemente | 1 | 2 | Frequentemente | 1 | 2 |
| Às vezes | 11 | 22 | Às vezes | 6 | 12 |
| Raramente | 17 | 34 | Raramente | 12 | 24 |
| Nunca | 20 | 40 | Nunca | 27 | 54 |
| 22. Sente desconforto após comer doces. | | | 26. Sente vontade de vomitar após as refeições. | | |
| Sempre | 20 | 40 | Sempre | 1 | 2 |
| Muito frequentemente | 1 | 2 | Muito frequentemente | 0 | 0 |
| Frequentemente | 7 | 14 | Frequentemente | 3 | 6 |
| Às vezes | 12 | 24 | Às vezes | 15 | 30 |
| Raramente | 2 | 4 | Raramente | 10 | 20 |
| Nunca | 8 | 16 | Nunca | 21 | 42 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Demonstra-se através do Gráfico 15, que 73,65% dos entrevistados apresentam alto risco para a NA, sendo que 24,5% possuem baixo risco para o transtorno e 2% não apresentaram risco para a AN.

Gráfico 15 - Resultado do Teste de Atitudes Alimentares do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Observa-se na tabela 21, que não houve diferença significativa entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Atitudes Alimentares.

Tabela 21 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Atitudes Alimentares para o grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|-------------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Baixo risco | 95,0 | 25,4 | 0,552 |
| | Alto risco | 78,8 | | |
| Limitação por aspectos físicos | Baixo risco | 100,0 | 22,5 | 0,546 |
| | Alto risco | 85,4 | | |
| Dor | Baixo risco | 84,0 | 19,7 | 0,347 |
| | Alto risco | 63,8 | | |
| Estado geral de saúde | Baixo risco | 67,0 | 13,2 | 0,957 |
| | Alto risco | 67,8 | | |
| Vitalidade | Baixo risco | 80,0 | 27,8 | 0,567 |
| | Alto risco | 62,9 | | |
| Aspectos Sociais | Baixo risco | 100,0 | 20,4 | 0,152 |
| | Alto risco | 67,3 | | |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixo risco | 100,0 | 33,2 | 0,585 |
| | Alto risco | 80,6 | | |
| Saúde Mental | Baixo risco | 52,0 | 19,5 | 0,632 |
| | Alto risco | 62,0 | | |

* Teste *t* de Student para amostras independentes.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Os resultados obtidos através do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh para a identificação da BN, são apresentados na Tabela 22. Cerca de 20% dos entrevistados relataram que se sentem gordos, outros 78% responderam que se sentem médios, relação ao seu peso. 60% das mulheres relataram que não tem períodos menstruais regulares.

Da amostra, 90% nunca teve alguma orientação para fazer regime ou sobre alimentação e 80% nunca pertenceram a algum grupo de emagrecimento. 36% já tiveram algum tipo de problema alimentar e 80% não seguem uma dieta rígida.

Cerca de 76% dos entrevistados sentem que estão fracassando quando quebram sua dieta uma vez; 34% disseram que já jejuaram por um dia inteiro, sendo que desses, 35,29% jejuam de vez em quando e 41,18% jejuaram somente uma vez.

Dos entrevistados, 44% relataram que sentem como se a comida tivesse dominado a sua vida, 46% já sentiram incontrolável desejo para comer sem parar. 54% relataram que quando se sentem ansiosos, tendem a comer muito. Do grupo, 94% disseram que o pensamento de se tornarem gordos os apavoram.

Da amostra, 54% relataram que já comeram grandes quantidades de comida muito rapidamente, não em uma refeição. Na questão sobre preocuparem-se com o fato de não terem controle sobre o quanto eles comem, 66% disseram que tem essa preocupação.

Com relação a voltarem-se para a comida para aliviar algum tipo de desconforto, 34%, disseram que se comportam assim. Cerca de 44% relataram que o quanto eles comem não é determinado pela fome que sentem. No quesito sobre terem tido episódios exagerados de alimentação, 68% disseram que já tiveram esses episódios e 100% desses, relataram que esses episódios os deixaram se sentindo muito mal. Na questão sobre se sentirem culpados quando comem demais, 82% disseram que se sentem assim.

Tabela 22 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh no grupo pós-operatório

| Variáveis | Total | |
|---|-------|-------|
| | N | % |
| 6. Você se sente em relação ao seu peso: | | |
| Muito gordo | 0 | 0,00 |
| Gordo | 10 | 20,00 |
| Médio | 39 | 78,00 |
| Abaixo do peso | 1 | 2,00 |
| Muito abaixo do peso | 0 | 0,00 |
| 7. (Mulheres) você tem períodos menstruais regulares? | | |
| SIM | 20 | 40,00 |
| NÃO | 30 | 60,00 |
| 9. Teve orientação nutricional para fazer regime ou sobre alimentação? | | |
| SIM | 45 | 90,00 |
| NÃO | 5 | 10,00 |
| 10. Alguma vez foi membro de grupo de emagrecimento? | | |
| SIM | 10 | 20,00 |
| NÃO | 40 | 80,00 |
| 11. Já teve algum tipo de problema alimentar? | | |
| SIM | 18 | 36,00 |
| NÃO | 32 | 64,00 |
| 1. Padrão de alimentação diário regular? | | |
| SIM | 38 | 76,00 |
| NÃO | 12 | 24,00 |
| 2. Segue uma dieta rígida? | | |
| SIM | 10 | 20,00 |
| NÃO | 40 | 80,00 |
| 3. Sente fracassando quando quebra sua dieta uma vez? | | |
| SIM | 38 | 76,00 |
| NÃO | 12 | 24,00 |
| 4. Conta as calorias do que come, mesmo quando não está em dieta? | | |
| SIM | 5 | 10,00 |
| NÃO | 45 | 90,00 |
| 5. Já jejuou por um dia inteiro? | | |
| SIM | 17 | 34,00 |
| NÃO | 33 | 66,00 |
| 6. Se sim, qual a frequência? | | |
| Dias alternados | 0 | 0,00 |
| De vez em quando | 6 | 35,29 |
| De 2 a 3 vezes por semana | 1 | 5,88 |
| Uma vez por semana | 3 | 17,65 |
| Somente 1 vez | 7 | 41,18 |
| 8. Seu padrão de alimentação prejudica severamente a sua vida? | | |
| SIM | 5 | 11,11 |
| NÃO | 40 | 88,89 |
| 9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida? | | |
| SIM | 22 | 44,00 |
| NÃO | 28 | 56,00 |
| 10. Você come sem parar até ser obrigado a parar por sentir-se mal? | | |
| SIM | 6 | 12,00 |
| NÃO | 44 | 88,00 |
| 11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? | | |
| SIM | 21 | 42,00 |
| NÃO | 29 | 58,00 |

Tabela 22 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh no grupo pós-operatório

(continuação)

| Variáveis | Total | |
|---|-------|--------|
| | N | % |
| 12. Você come moderadamente na frente dos outros mas exagera em particular? | | |
| SIM | 5 | 10,00 |
| NÃO | 45 | 90,00 |
| 13. Você sempre pode parar de comer quando quer? | | |
| SIM | 46 | 92,00 |
| NÃO | 4 | 8,00 |
| 14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? | | |
| SIM | 23 | 46,00 |
| NÃO | 27 | 54,00 |
| 15. Quando você se sente ansioso, você tende a comer muito? | | |
| SIM | 27 | 54,00 |
| NÃO | 23 | 46,00 |
| 16. O pensamento de tornar-se gordo o apavora? | | |
| SIM | 47 | 94,00 |
| NÃO | 3 | 6,00 |
| 17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não em 1 refeição)? | | |
| SIM | 27 | 54,00 |
| NÃO | 23 | 46,00 |
| 18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? | | |
| SIM | 13 | 26,00 |
| NÃO | 37 | 74,00 |
| 19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? | | |
| SIM | 33 | 66,00 |
| NÃO | 17 | 34,00 |
| 20. Você se volta para a comida para aliviar algum tipo de desconforto? | | |
| SIM | 17 | 34,00 |
| NÃO | 33 | 66,00 |
| 21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? | | |
| SIM | 46 | 92,00 |
| NÃO | 4 | 8,00 |
| 22. Você engana os outros sobre quanto come? | | |
| SIM | 5 | 10,00 |
| NÃO | 45 | 90,00 |
| 23. O quanto você come é determinado pela fome que você sente? | | |
| SIM | 28 | 56,00 |
| NÃO | 22 | 44,00 |
| 24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? | | |
| SIM | 34 | 68,00 |
| NÃO | 16 | 32,00 |
| 25. Se sim, esses episódios deixaram você sentindo-se mal? | | |
| SIM | 34 | 100,00 |
| NÃO | 0 | 0,00 |
| 26. Se você tem esses episódios, eles só ocorrem quando você está sozinho? | | |
| SIM | 15 | 44,12 |
| NÃO | 19 | 55,88 |

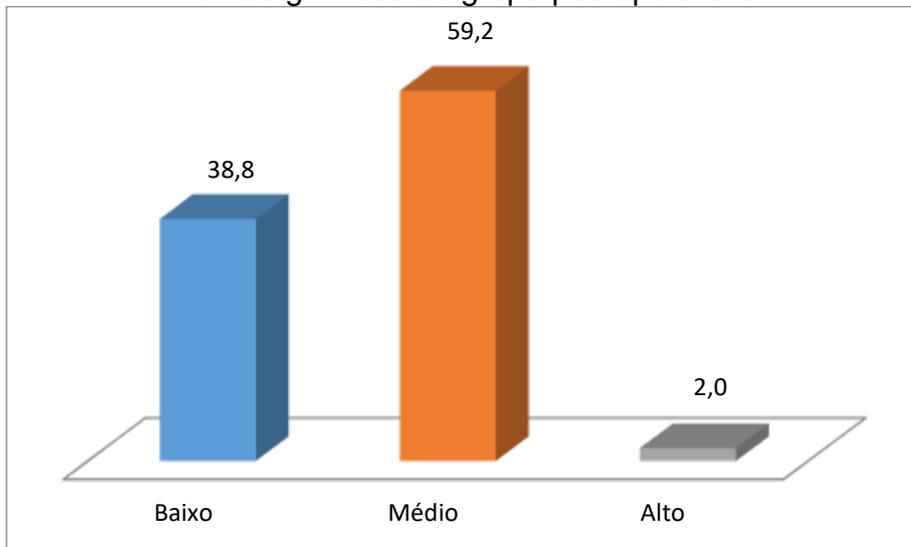
Tabela 22 – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh no grupo pós-operatório

| Variáveis | (conclusão) | |
|--|-------------|--------|
| | N | % |
| 27. Se você tem esses episódios, qual a frequência? | | |
| Quase nunca | 22 | 64,71 |
| Uma vez por mês | 3 | 8,82 |
| Uma vez por semana | 1 | 2,94 |
| Duas a três vezes por semana | 4 | 11,76 |
| Diariamente | 4 | 11,76 |
| Duas a três vezes por dia | 0 | 0,00 |
| 28. Iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado? | | |
| SIM | 0 | 0,00 |
| NÃO | 50 | 100,00 |
| 29. Se você come demais, você se sente muito culpado? | | |
| SIM | 41 | 82,00 |
| NÃO | 9 | 18,00 |
| 30. Você já comeu escondido? | | |
| SIM | 19 | 38,00 |
| NÃO | 31 | 62,00 |
| 31. Seus hábitos alimentares são os que você poderia considerar normais? | | |
| SIM | 39 | 78,00 |
| NÃO | 11 | 22,00 |
| 32. Você se considera alguém que come compulsivamente? | | |
| SIM | 7 | 14,00 |
| NÃO | 43 | 86,00 |
| 33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em 1 semana? | | |
| SIM | 8 | 16,00 |
| NÃO | 42 | 84,00 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Gráfico 16, destaca-se o escore final do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh, em que 38,8% dos entrevistados apresentaram baixo risco para desenvolver a BN, 59,2% apresentaram o risco médio para o TA e 2% da amostra tem um alto risco para desenvolver o transtorno.

Gráfico 16 – Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve diferença significativa entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh de risco (Tabela 23).

Tabela 23 - Comparação das médias de Qualidade de Vida e do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco para o grupo pós-operatório

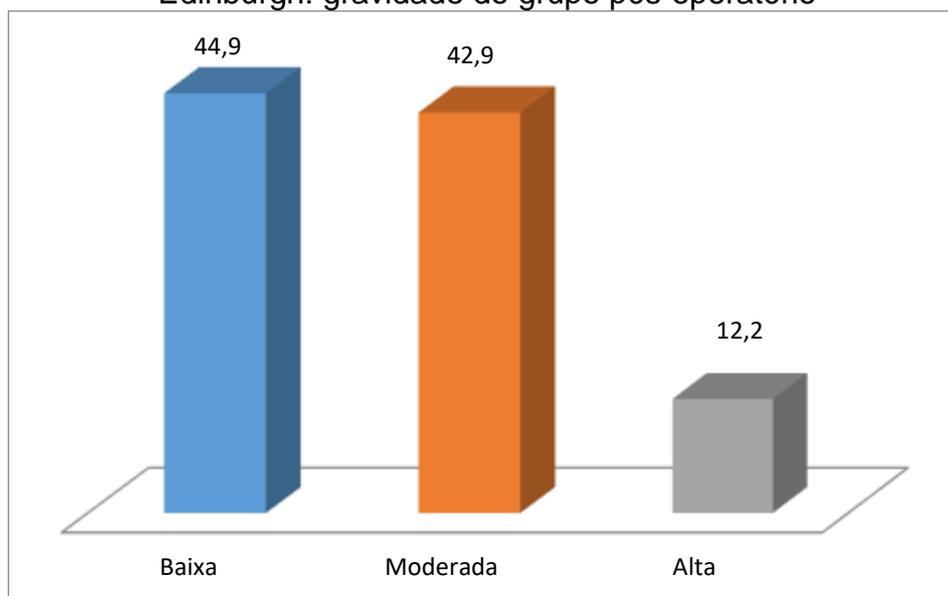
| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|-------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Baixo | 75,8 | 24,3 | 0,790 |
| | Médio | 75,7 | 29,7 | |
| | Alto | 95,0 | | |
| Limitação por aspectos físicos | Baixo | 73,7 | 41,2 | 0,743 |
| | Médio | 81,9 | 32,7 | |
| | Alto | 75,0 | | |
| Dor | Baixo | 61,4 | 29,4 | 0,549 |
| | Médio | 69,0 | 28,0 | |
| | Alto | 84,0 | | |
| Estado geral de saúde | Baixo | 63,0 | 20,8 | 0,633 |
| | Médio | 60,1 | 18,0 | |
| | Alto | 77,0 | | |
| Vitalidade | Baixo | 58,7 | 29,2 | 0,880 |
| | Médio | 62,9 | 28,0 | |
| | Alto | 60,0 | | |
| Aspectos Sociais | Baixo | 72,4 | 32,4 | 0,665 |
| | Médio | 71,8 | 29,3 | |
| | Alto | 100,0 | | |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixo | 63,2 | 44,3 | 0,554 |
| | Médio | 73,6 | 41,2 | |
| | Alto | 100,0 | | |
| Saúde Mental | Baixo | 62,7 | 25,8 | 0,725 |
| | Médio | 63,0 | 26,1 | |
| | Alto | 84,0 | | |

* ANOVA.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Gráfico 17, destaca-se o escore final do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo: gravidade, em que 44,9% dos entrevistados apresentaram baixa gravidade para BN, 42,9% apresentaram resultado moderado e 12,2% da amostra apresentaram alta gravidade.

Gráfico 17 - Resultado do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo: gravidade do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Não houve diferença significativa entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo de gravidade (Tabela 24).

Tabela 24 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo: gravidade no grupo pós-operatório (continua)

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|--------------------------------|----------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Baixa | 75,2 | 24,5 | 0,229 |
| | Moderada | 81,7 | 23,7 | |
| | Alta | 60,0 | 44,1 | |
| Limitação por aspectos físicos | Baixa | 79,6 | 35,9 | 0,980 |
| | Moderada | 77,4 | 36,2 | |
| | Alta | 79,2 | 40,1 | |
| Dor | Baixa | 67,1 | 29,4 | 0,968 |
| | Moderada | 65,2 | 25,7 | |
| | Alta | 68,0 | 37,4 | |
| Estado geral de saúde | Baixa | 63,6 | 13,0 | 0,627 |
| | Moderada | 61,3 | 23,3 | |
| | Alta | 55,0 | 22,4 | |

Tabela 24 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo: gravidade no grupo pós-operatório (conclusão)

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|----------|-------|---------------|----------|
| Vitalidade | Baixa | 65,2 | 28,8 | 0,466 |
| | Moderada | 55,5 | 29,8 | |
| | Alta | 66,7 | 14,7 | |
| Aspectos Sociais | Baixa | 71,4 | 27,2 | 0,966 |
| | Moderada | 73,8 | 30,6 | |
| | Alta | 72,9 | 43,6 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Baixa | 75,8 | 40,1 | 0,701 |
| | Moderada | 65,1 | 42,8 | |
| | Alta | 66,7 | 51,6 | |
| Saúde Mental | Baixa | 61,6 | 28,3 | 0,642 |
| | Moderada | 62,5 | 24,5 | |
| | Alta | 72,7 | 20,0 | |

* ANOVA; Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Questionário sobre a Imagem Corporal (Tabela 25), ressaltam-se as respostas dos participantes que realizaram 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.

Cerca de 32% dos entrevistados 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%).

Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(continua)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| 1. Sentir-se entediado faz você se preocupar com sua forma física? | | |
| Nunca | 13 | 26,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 12 | 24,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 13 | 26,00 |
| 2. Você tem estado tão preocupado com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | | |
| Nunca | 12 | 24,00 |
| Raramente | 3 | 6,00 |
| Às vezes | 10 | 20,00 |
| Frequentemente | 7 | 14,00 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,00 |
| Sempre | 14 | 28,00 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | | |
| Nunca | 25 | 50,00 |
| Raramente | 8 | 16,00 |
| Às vezes | 5 | 10,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 8 | 16,00 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gordo (ou mais gordo)? | | |
| Nunca | 6 | 12,00 |
| Raramente | 1 | 2,00 |
| Às vezes | 4 | 8,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,00 |
| Muito frequentemente | 8 | 16,00 |
| Sempre | 27 | 54,00 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | | |
| Nunca | 5 | 10,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 6 | 12,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 29 | 58,00 |
| 6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo? | | |
| Nunca | 14 | 28,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 8 | 16,00 |
| Frequentemente | 6 | 12,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 15 | 30,00 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | | |
| Nunca | 14 | 28,00 |
| Raramente | 7 | 14,00 |
| Às vezes | 12 | 24,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 10 | 20,00 |

Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | | |
| Nunca | 23 | 46,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 6 | 12,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 10 | 20,00 |
| 9. Estar com pessoas magras faz você se sentir preocupado em relação ao seu físico? | | |
| Nunca | 22 | 44,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 6 | 12,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 4 | 8,00 |
| Sempre | 12 | 24,00 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | | |
| Nunca | 23 | 46,00 |
| Raramente | 2 | 4,00 |
| Às vezes | 7 | 14,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 12 | 24,00 |
| 11. Você já se sentiu gordo, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | | |
| Nunca | 16 | 32,00 |
| Raramente | 2 | 4,00 |
| Às vezes | 17 | 34,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 10 | 20,00 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres/homens e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | | |
| Nunca | 14 | 28,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 16 | 32,00 |
| Frequentemente | 1 | 2,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 12 | 24,00 |
| 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 | 52,00 |
| Raramente | 9 | 18,00 |
| Às vezes | 5 | 10,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 |
| Sempre | 6 | 12,00 |

Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| 14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo? | | |
| Nunca | 16 | 32,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 9 | 18,00 |
| Frequentemente | 7 | 14,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 12 | 24,00 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo? | | |
| Nunca | 18 | 36,00 |
| Raramente | 7 | 14,00 |
| Às vezes | 9 | 18,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 10 | 20,00 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | | |
| Nunca | 6 | 12,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 1 | 2,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 8 | 16,00 |
| Sempre | 26 | 52,00 |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo? | | |
| Nunca | 6 | 12,00 |
| Raramente | 6 | 12,00 |
| Às vezes | 13 | 26,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 6 | 12,00 |
| Sempre | 17 | 34,00 |
| 18. Deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | | |
| Nunca | 29 | 58,00 |
| Raramente | 6 | 12,00 |
| Às vezes | 5 | 10,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 3 | 6,00 |
| 19. Sente-se excessivamente grande e arredondado? | | |
| Nunca | 29 | 58,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 9 | 18,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 5 | 10,00 |
| 19. Sente-se excessivamente grande e arredondado? | | |
| Nunca | 29 | 58,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 9 | 18,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 5 | 10,00 |

Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|---|-------|-------|
| | N | % |
| 20. Já teve vergonha do seu corpo? | | |
| Nunca | 7 | 14,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 6 | 12,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 6 | 12,00 |
| Sempre | 21 | 42,00 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | | |
| Nunca | 8 | 16,00 |
| Raramente | 6 | 12,00 |
| Às vezes | 7 | 14,00 |
| Frequentemente | 9 | 18,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 17 | 34,00 |
| 22. Sente-se mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? | | |
| Nunca | 14 | 28,00 |
| Raramente | 7 | 14,00 |
| Às vezes | 3 | 6,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 21 | 42,00 |
| 23. Acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | | |
| Nunca | 19 | 38,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 14 | 28,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 8 | 16,00 |
| 24. Preocupa-se que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | | |
| Nunca | 18 | 36,00 |
| Raramente | 4 | 8,00 |
| Às vezes | 6 | 12,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 16 | 32,00 |
| 25. Acha injusto que as outras pessoas sejam mais magras que você? | | |
| Nunca | 35 | 70,00 |
| Raramente | 3 | 6,00 |
| Às vezes | 5 | 10,00 |
| Frequentemente | 1 | 2,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 4 | 8,00 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magro? | | |
| Nunca | 42 | 84,00 |
| Raramente | 1 | 2,00 |
| Às vezes | 2 | 4,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 |
| Sempre | 3 | 6,00 |

Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(continuação)

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| 27. Quando acompanhado, fica preocupado em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá?) | | |
| Nunca | 25 | 50,00 |
| Raramente | 7 | 14,00 |
| Às vezes | 8 | 16,00 |
| Frequentemente | 1 | 2,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 7 | 14,00 |
| 28. Preocupa-se com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | | |
| Nunca | 10 | 20,00 |
| Raramente | 5 | 10,00 |
| Às vezes | 11 | 22,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 18 | 36,00 |
| 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 | 20 | 40,00 |
| Raramente | 6 | 12,00 |
| Às vezes | 10 | 20,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 10 | 20,00 |
| 30. Belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | | |
| Nunca | 19 | 38,00 |
| Raramente | 6 | 12,00 |
| Às vezes | 10 | 20,00 |
| Frequentemente | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 |
| Sempre | 12 | 24,00 |
| 31. Evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | | |
| Nunca | 19 | 38,00 |
| Raramente | 2 | 4,00 |
| Às vezes | 5 | 10,00 |
| Frequentemente | 5 | 10,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 |
| Sempre | 19 | 38,00 |
| 32. Toma laxantes para se sentir magro? | | |
| Nunca | 42 | 84,00 |
| Raramente | 2 | 4,00 |
| Às vezes | 3 | 6,00 |
| Frequentemente | 0 | 0,00 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,00 |
| Sempre | 3 | 6,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 33 | 66,00 |

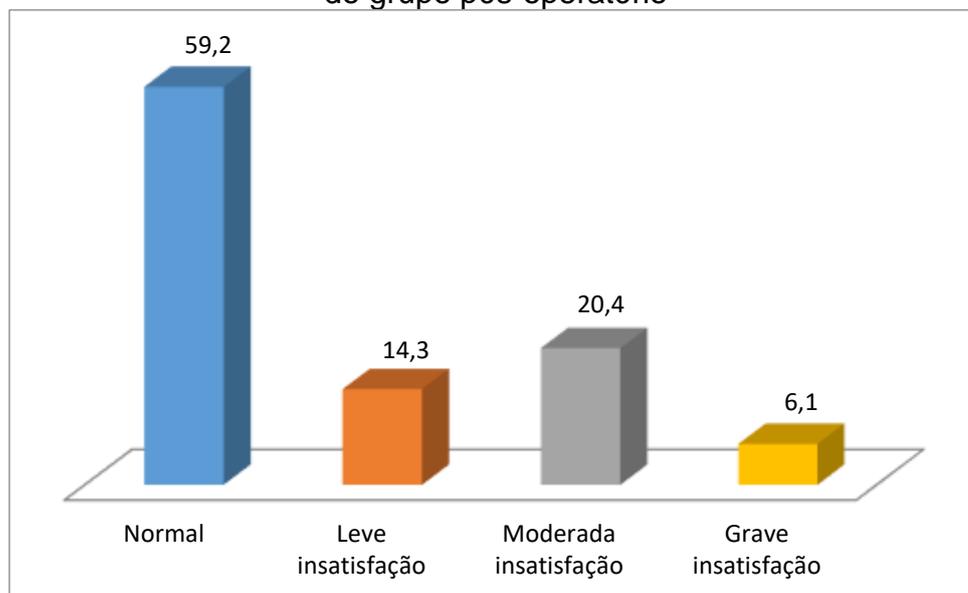
Tabela 25 – Questionário sobre Imagem Corporal no grupo pós-operatório
(conclusão)

| Variáveis | Total | |
|---|-------|-------|
| | N | % |
| 33. Fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | | |
| Nunca | 13 | 26,00 |
| Raramente | 7 | 14,00 |
| Às vezes | 12 | 24,00 |
| Frequentemente | 2 | 4,00 |
| Muito frequentemente | 2 | 4,00 |
| Sempre | 14 | 28,00 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | | |
| Nunca | 5 | 10,00 |
| Raramente | 2 | 4,00 |
| Às vezes | 3 | 6,00 |
| Frequentemente | 4 | 8,00 |
| Muito frequentemente | 3 | 6,00 |
| Sempre | 33 | 66,00 |

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

No Gráfico 18, destaca-se o escore final do Questionário sobre Imagem Corporal, em que 59,2% dos entrevistados não apresentaram insatisfação com a sua imagem corporal, 14,3% apresentaram leve insatisfação com a sua imagem corporal, 20,4% apresentaram moderada insatisfação com a sua imagem corporal e 6,1% da amostra tem uma grave insatisfação com a sua imagem corporal. Totalizando 40,8% de indivíduos com algum grau de insatisfação.

Gráfico 18 – Resultado do Questionário sobre a Imagem Corporal do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Na Tabela 26 é demonstrada a comparação das médias do questionário de qualidade de vida com o questionário sobre a Imagem Corporal. As limitações por aspectos físicos e as limitações por aspectos emocionais apresentaram diferenças entre as médias da imagem corporal. Logo, as médias da limitação por aspectos físicos normais (73,3; DP \pm 38,3), leve (100,0; DP \pm 0,0) e moderada (92,5; DP \pm 12,1) satisfação foram semelhantes, as médias da limitação por aspectos emocionais normais (70,1; DP \pm 41,2), leve (100,0; DP \pm 0,0) e moderada (70,0; DP \pm 42,9) satisfação também foram semelhantes.

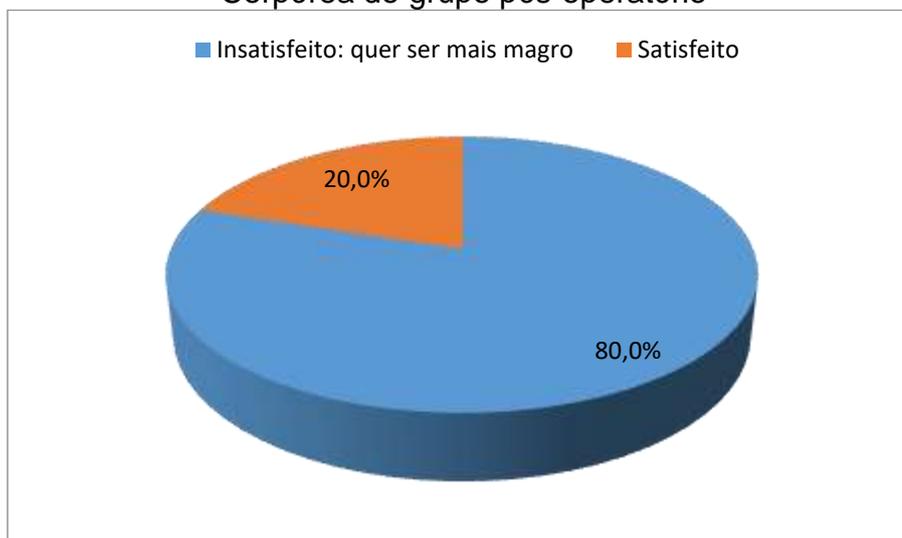
Tabela 26 - Comparação das médias da Qualidade de Vida no Questionário sobre a Imagem Corporal para o grupo pós-operatório

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

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

No Gráfico 19 são apresentados os resultados do Teste da Figura da Silhueta Corpórea, no qual evidencia-se uma insatisfação de 80% com a imagem corporal e em 20% da amostra, demonstraram satisfação com a sua imagem corporal.

Gráfico 19 - Resultado do Teste da Figura da Silhueta Corpórea do grupo pós-operatório



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

Não houve diferença significativa entre as médias dos escores do Questionário da Qualidade de Vida na Figura da Silhueta Corpórea, conforme é demonstrado na Tabela 27.

Tabela 27 - Comparação das médias da Qualidade de Vida na Figura de Silhueta Corpórea para o grupo pós-operatório

| | | Média | Desvio padrão | Valor p* |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|---------------|----------|
| Capacidade funcional | Insatisfeito: quer ser mais magro | 78,8 | 24,2 | 0,223 |
| | Satisfeito | 67,0 | 36,7 | |
| Limitação por aspectos físicos | Insatisfeito: quer ser mais magro | 75,6 | 38,2 | 0,088 |
| | Satisfeito | 90,0 | 17,5 | |
| Dor | Insatisfeito: quer ser mais magro | 67,3 | 29,4 | 0,898 |
| | Satisfeito | 66,0 | 25,4 | |
| Estado geral de saúde | Insatisfeito: quer ser mais magro | 61,4 | 18,3 | 0,844 |
| | Satisfeito | 62,7 | 21,8 | |
| Vitalidade | Insatisfeito: quer ser mais magro | 59,1 | 29,7 | 0,231 |
| | Satisfeito | 68,0 | 17,4 | |
| Aspectos Sociais | Insatisfeito: quer ser mais magro | 73,3 | 30,7 | 0,848 |
| | Satisfeito | 71,3 | 28,3 | |
| Limitação por aspectos emocionais | Insatisfeito: quer ser mais magro | 68,3 | 44,6 | 0,914 |
| | Satisfeito | 70,0 | 36,7 | |
| Saúde Mental | Insatisfeito: quer ser mais magro | 61,2 | 26,7 | 0,146 |
| | Satisfeito | 74,4 | 17,7 | |

* Teste *t* de Student para amostras independentes.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

A correlação entre as escalas de CAP, Teste de Atitudes Alimentares, Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh: risco e gravidade e o Questionário sobre a Imagem Corporal são apresentadas na Tabela 28.

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica apresentou relação moderada positiva com a Escala de Investigação Bulímica de Edinburgh de risco ($r = 0,449$), fraca positiva para a Investigação Bulímica de Edinburgh de gravidade ($r = 0,284$) e moderada positiva para o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,546$).

Houve relação entre a Investigação Bulímica de Edinburgh de risco e o Questionário sobre a Imagem Corporal, onde esta foi considerada moderada positiva ($r = 0,339$). A Investigação Bulímica de Edinburgh de gravidade apresentou relação moderada positiva com o Questionário sobre a Imagem Corporal ($r = 0,486$).

Tabela 28 - Relação entre a Qualidade de Vida com as Escalas BES, EAT, BITE: Risco, BITE: Gravidade, BSQ para o grupo pós-operatório

| | EAT | BITE: Risco | BITE: Gravidade | BSQ | BFS |
|-----------------|--------|----------------|--------------------|-------|-----|
| BES | | | | | |
| EAT | 1 | | | | |
| BITE: Risco | -0,087 | 1 | | | |
| BITE: Gravidade | 0,176 | 0,240 | 1 | | |
| BSQ | 0,158 | 0,339* | 0,486** | 1 | |
| BFS | -0,257 | 0,075 | 0,136 | 0,028 | 1 |

** . A correlação é significativa ao nível de 1%.

* . A correlação é significativa ao nível de 5%.

Nota: Correlação de Spearman.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor.

4.2 DISCUSSÃO

Neste presente estudo, foram realizadas entrevistas, antes da cirurgia, com 51 candidatos à CB, 45 destes (88%) do sexo feminino e 6 (12%) do sexo masculino. Após a CB foram entrevistados 50 candidatos, 49 (98%) do sexo feminino e 1 (2%) do sexo masculino. Esse dado aponta uma maior procura das mulheres pelo procedimento.

Segundo dados de Farinholt e colaboradores (2013) os homens não procuram a cirurgia tanto quanto deveriam e demoram mais tempo do que as mulheres para

buscar o tratamento cirúrgico. Vale ressaltar que essa pesquisa foi realizada nos Estados Unidos entre 2002 e 2006 com 1.386 candidatos, 82% desses eram do sexo feminino. A pesquisa comprovou que a procura pela CB é quatro vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Estes, quando as procuram, já estão mais velhos, mais obesos e com maiores complicações causadas pela obesidade.

Com relação ao IMC do grupo pré-operatório deste estudo, encontrou-se uma média de $44,2 \pm 7,1$ kg/m². Estudos anteriores confirmam dados superiores de IMC: No estudo realizado por Oliveira, Passos e Marques (2013), a média foi de $48,05 \pm 6,9$ Kg/m² e no estudo de Lima e colaboradores (2009) a média foi de $47,5 \pm 7,2$ kg/m².

O IMC médio das entrevistadas, após a cirurgia, teve uma redução significativa de $44,2$ Kg/m² para $27,4$ Kg/m². Esses dados confirmam o estudo realizado por Queiroz e colaboradores (2014), em que houve uma diminuição do IMC de $40,4$ kg/m² para $30,4$ kg/m² e também de outros parâmetros, como, dobras cutâneas bicipital e subescapular, após a cirurgia.

Em outro estudo desenvolvido por Rocha e colaboradores (2009), houve uma redução do IMC de $49,4$ kg/m² para $32,9$ kg/m² após 1 ano de cirurgia. Os autores verificaram também uma diminuição na circunferência da cintura dos pacientes: de 130 cm para $99,5$ cm, após 12 meses de cirurgia. Assim, a CB, após promover a perda de peso, se mostra eficaz na redução de parâmetros antropométricos.

Apesar das reduções de IMC, poucos são os pacientes que alcançam um IMC dentro da normalidade, entre $18,5$ e $24,9$ kg/m² e no caso da CC com a amostra prevalente de mulheres (98%), a mediana foi de $86,5$ cm e média de $88,8$ cm (DP $\pm 11,9$), houve uma redução, mas ainda ficou fora dos limites aceitáveis para diminuição do risco de complicações metabólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Cordás, Lopes Filho e Segal (2004), relataram em seus estudos, que pacientes que realizaram a cirurgia de by-pass gástrico em até três anos, obtiveram um ganho de peso rápido após dois anos de cirurgia. Uma melhora do quadro de comportamento alimentar pode ocorrer precocemente após a cirurgia, contudo, deve-se atentar para o possível retorno dos transtornos alimentares.

Segundo estudo de Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) a prevalência de CAP em obesos mórbidos é de 33% a 50%. Em outro estudo desenvolvido por Quadros,

Bruscato e Branco Filho (2006) com obesos mórbidos para a detecção da CAP, verificou-se que a prevalência desse transtorno foi de 53,2% (grave e moderada).

Os dois estudos citados, confirmam os achados deste presente estudo, onde a prevalência de CAP antes da cirurgia foi de 44,3%, sendo 11% (CAP moderada) e 33,3% (CAP grave).

Segundo estudo de Gaillemín e colaboradores (2011) o transtorno mais prevalente entre os operados foi a TCAP, que se não for diagnosticado e tratado, pode impactar negativamente no resultado da cirurgia, levando a uma menor perda de peso e pior qualidade de vida. Neste presente estudo, a prevalência de CAP após a cirurgia foi de 18,4% (CAP moderada) e 2% (CAP grave).

Em relação aos escores do Questionário de Qualidade de Vida antes da cirurgia, os resultados demonstraram uma baixa pontuação em todos os domínios, com exceção dos quesitos: dor e capacidade funcional, neste estudo, demonstrando a precária percepção de qualidade de vida destes indivíduos.

Já no estudo realizado por Petribu e colaboradores (2006) com obesos mórbidos candidatos a CB, os autores encontraram que pacientes com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica apresentaram os piores escores em todos os domínios do questionário de qualidade de vida, quando comparados ao grupo sem CAP.

Em um estudo semelhante, realizado por Costa e Pinto (2015) com 96 entrevistados, candidatos à CB, o objetivo foi avaliar a presença ou não da CAP e associá-la com a qualidade de vida. O resultado encontrado foi: 44,2% da amostra apresentaram CAP, 29% na forma moderada e 14,3% na forma grave. Os resultados apontaram um grande número de pacientes com TCAP, que em todos os domínios do Questionário de Qualidade de Vida, tiveram os piores resultados.

Também neste presente trabalho, ainda no pré-operatório, o Questionário de Qualidade de Vida, no domínio sobre limitação por aspectos físicos, a CAP grave influenciou os escores negativamente, trazendo um maior prejuízo neste domínio. Além disso, os domínios que obtiveram maior relevância estatística ($p = <0,001$ a $0,002$) relacionados à CAP foram os de aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Estes dados confirmam os achados de Marchesini e

colaboradores (2000) que encontraram uma correlação positiva entre a CAP e a Qualidade de Vida nesse último domínio.

Com relação à auto percepção da imagem corporal, obtida através do Teste da Figura da Silhueta corpórea, 100% dos entrevistados mostraram-se insatisfeitos no período pré-operatório. No grupo pós-operatório, observou-se que a prevalência de insatisfação com a percepção imagem corporal foi de 40 candidatos (80%), apesar da perda de peso alcançada. Segundo Cordás e Ascecio (2006) mais de um terço de mulheres obesas, mesmo após a redução de peso, não possuem uma boa percepção da sua imagem corporal e caso não tenham um tratamento anterior à cirurgia, pode levar ao insucesso ou críticas ao tratamento.

Com relação à AN, foram encontrados neste estudo, no pré-operatório, uma tendência à AN de 92,2%, sendo 37,3% de baixo risco e 54,9% de alto risco. No grupo pós-operatório foi encontrado uma prevalência de 98,8%, sendo que 73,5% de alto risco e 24,5% de baixo risco.

Um dos critérios diagnósticos da AN, segundo o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014), é o baixo peso. Neste trabalho, este critério, não foi verificado, pois se trata de um público obeso ou com sobrepeso. As questões relacionadas a compulsão alimentar do tipo purgativa, presentes no Teste de Atitude Alimentares, pode ter levado a um equivocado diagnóstico de AN. Além do mais, os estudos apontam que este instrumento é mais recomendado para um público infantil ou de adolescentes, não sendo o instrumento mais adequado para o público adulto, obeso.

Poucos estudos comprovam a prevalência da AN no pré e após o procedimento cirúrgico, porém com o aumento do número de cirurgias realizadas, pode haver um aumento desses casos. Cordás, Lopes Filho e Segal (2004), apresentaram um caso clínico de uma paciente que preenchia quase todos os critérios para um quadro de AN exceto o peso inferior ao normal, levando ao diagnóstico de transtorno alimentar não especificado – TANE.

Em uma pesquisa realizada por Peixoto e Ganem (2010) na cidade de Maringá – PR, com 30 pacientes que realizaram a CB; foram utilizados os dois questionários utilizados neste presente estudo, para a identificação de TA: O Teste de Atitudes Alimentares e o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg. Dos entrevistados, 87%

apresentaram algum risco para a AN. Em relação à presença de risco para a BN, 36,7% dos pacientes apresentaram risco para o transtorno. Na escala BITE: gravidade para a BN, 10% apresentaram escala de gravidade significativa.

Com relação à BN, foram encontrados neste estudo, no pré-operatório, um risco de 52,9%, para a BN, sendo 39,2% de risco moderado e 13,7% de alto risco. No grupo pós-operatório foi encontrado uma prevalência de 61,2 %, sendo que 59,2% de risco moderado e 2% de alto risco. Segundo pesquisa realizada por Kalarchian e Brolin (1998) 40% de um grupo de 64 obesos mórbidos, candidatos à CB, tiveram o diagnóstico de BN.

Power e colaboradores (1999), em um estudo realizado com 116 voluntários, submetidos à CB, por 10 anos, verificaram que 52% dos casos, apresentaram episódios bulímicos.

Apesar de ter sido encontrado uma tendência à BN neste trabalho, segundo o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014), o transtorno é mais comum em indivíduos com o peso normal ou com sobrepeso; a ocorrência em obesos é incomum.

Em relação ao Questionário sobre a Imagem Corporal BSQ-34, no grupo pré-operatório, 11,8% apresentaram uma leve insatisfação, 21,6% apresentaram uma insatisfação moderada e 47,1% apresentaram uma grave insatisfação com a imagem corporal. No grupo pós-operatório, 14,3% apresentaram uma leve insatisfação, 20,4% apresentaram moderada insatisfação e 6,1% apresentaram uma grave insatisfação.

Neste mesmo trabalho, na relação entre as médias dos Questionários sobre a Imagem Corporal e o Questionário de Qualidade de Vida, observou-se significância estatística para os domínios: limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental, no qual os grupos de pessoas que pontuaram menos para esses domínios, tinham algum grau de insatisfação com a imagem corporal.

No trabalho de Sarwer, Thompson e Cash (2005) realizado com 200 voluntários, antes e após a CB, comparando-se a qualidade de vida e imagem corporal, verificou-se que os pacientes obesos têm dificuldades na auto-percepção da imagem corporal, são mais insatisfeitos e preocupados com a aparência física, evitando o contato social, em função do desconforto sentido com o seu tamanho corporal.

Verificou-se que no período após a cirurgia, que os domínios que tiveram significância na comparação do Questionário de Qualidade de Vida com o Questionário sobre a Imagem Corporal, foram os aspectos físicos e os aspectos emocionais; pessoas que tiveram menor pontuação nesses domínios, apresentaram grave insatisfação com a imagem corporal.

Enquanto que nos estudos de Fandiño e Appolinário (2006), apontam que a diminuição de peso após a cirurgia, contribui de forma positiva com a imagem corporal, na melhora da autoestima, da depressão e da ansiedade, para Cordás e Ascesio (2006), essa perda brusca e intensa, após a cirurgia, pode levar a dificuldades na autopercepção da imagem corporal.

A CB traz muitos benefícios na vida do paciente, principalmente a melhora das doenças associadas à obesidade; que sofrem a sua remissão parcial, ou total, após a perda ponderal, como o DM II, a HAS e outras mais (PIMENTA et al., 2013).

Apesar dos benefícios alcançados com a cirurgia, complicações clínicas, metabólicas e problemas em função da perda de peso, podem surgir. Com relação aos aspectos nutricionais, as alterações físicas e fisiológicas acarretam prejuízos na ingestão alimentar, na absorção de nutrientes, levando a deficiências nutricionais. Destaca-se a importância do acompanhamento nutricional tanto no preparo para a cirurgia, quanto após o procedimento, pela importância da suplementação nutricional de forma sistemática e adequação do plano alimentar para evitar as doenças que podem surgir em decorrência da má nutrição (ILIAS, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CB promove uma série de mudanças na vida dos pacientes, por isso se faz necessário tanto para eles, quanto para os seus familiares a devida orientação da equipe multiprofissional, antes da cirurgia e após a mesma, passando todas as informações vitais sobre o procedimento, conhecendo as reais expectativas do paciente e adequando-as às possíveis limitações do tratamento. O paciente bem preparado para uma reeducação alimentar, tem uma melhor consciência da quantidade de alimentos ingeridos para a perda de peso sustentável e sabe como lidar com as complicações decorrentes da cirurgia.

A maior ocorrência de transtornos alimentares e psíquicos podem ocorrer em função das inúmeras tentativas frustradas do paciente em obter a perda de peso desejada e na sua dificuldade de controlar o seu comportamento alimentar, bem como da auto percepção negativa da sua imagem corporal. A insatisfação com a imagem corporal interfere negativamente no tratamento clínico da obesidade, influenciando no comportamento e no bem-estar psíquico e na qualidade de vida.

Em relação à qualidade de vida, ao comparar os resultados encontrados nos dois grupos: pré-operatório e no pós-operatório deste presente estudo, percebeu-se que houve uma melhora significativa na qualidade de vida após a CB em todos os aspectos. É importante destacar que se o estudo fosse longitudinal, expressaria a realidade do mesmo grupo. Como o estudo foi realizado após 1 ano de cirurgia, é importante um acompanhamento após um tempo maior, para avaliar se a melhora da qualidade de vida se mantém após esse período.

Em função do crescente aumento da obesidade e conseqüentemente das comorbidades associadas a ela e dos aspectos emocionais e psíquicos envolvidos, o diagnóstico precoce do transtorno alimentar, antes do procedimento cirúrgico, pode contribuir para um melhor prognóstico e tratamento da obesidade. O acompanhamento periódico por uma equipe multiprofissional, promove uma melhor adesão ao tratamento. O suporte clínico, psicológico e nutricional são de extrema importância, pois, na avaliação antes da cirurgia, podem surgir pacientes com transtornos alimentares, que se não bem acompanhados, podem prejudicar o sucesso cirúrgico e a adesão ao tratamento, não atingindo o sucesso tão esperado e levando ao reganho de peso.

Novos estudos devem ser realizados com pacientes bariátricos, no intuito de avaliar se haverá ou não a manutenção da melhora da qualidade de vida e da presença de transtornos alimentares a longo prazo.

REFERÊNCIAS

ABDO, A.H. Psicoeducação em obesidade. Monografia. **Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de psiquiatria da UNIFESP-EPM**. São Paulo. 2006. Acesso em: junho de 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**, 2010. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 24 maio de 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso**, 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>>. Acesso em: 27 maio de 2016.

ALVES, Dina et al. Cultura e imagem corporal. **Motricidade**, v. 5, n. 1, p. 1-20, 2009. Acesso em: junho de 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Artmed Editora, 2014. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaeducador/2015/DSM%20V.pdf>> Acesso em: junho de 2016.

AMUNA, P.; ZOTOR F. B. **Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development**. Proc Nutr Soc 2008 Feb 1;67(1): 82-90. Acesso em: junho de 2016.

ANJOS L.; MULLER, C. Prevalência da desnutrição e obesidade em escolares do ensino fundamental do município de Vitória ES - dada à condição socioeconômica. **Revista Digital**. Buenos Aires – v 11, N°95, 2006.

APPOLINÁRIO, J. C. (2004). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica: Uma Entidade Clínica Emergente que Responde ao Tratamento Farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(2). Acesso em: junho de 2016.

ARAÚJO BERTULINO DA SILVA, Tatiana. **Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses**. Tese de Mestrado. 2012. Acesso em 24 de agosto de 2016.

BECK, J.S. (2011). **Pense magro por toda a vida**. Porto Alegre: Artmed. Brasil.

BONAZZI, Christiane Lima et al. A intervenção nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 5, 2012. Acesso em: junho de 2016.

BORDALO, Livia A.; MOURÃO, Denise Machado; BRESSAN, Josefina. Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica: por que ocorrem?. **Revista de Exemplo**, v. 24, p. 1021-8, 2011.

BOUCHARD C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole; 2003.

BRASIL. **Desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional**. Disponível em: <<http://obesidadenobrasil.com.br/estatisticas>>. Acesso em 23 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425 de 19 de março de 2013**. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Acesso em: junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Acesso em: junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde . **Resolução 196/96**. Disponível em: <Http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ve rsao_final_196_ENCEP2012.pdf > Acesso em: junho de 2016.

_____. **Resolução RDC nº 24/2010**, publicada em 29 de junho de 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33864/284972/RDC24_10_Publicidade%2Bde%2Balimentos.pdf/c406d0df-e88b-407a-9c0f-30da652f4a44>. Acesso em: 24 abr de 2016.

_____. **Lei nº 11947**, publicada em 16 de junho de 2009. Disponível em: <https://www.fnnde.gov.br/fndelegis/action/UriPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&sgl_tipo=LEI&num_ato=00011947&seq_ato=000&vlr_ano=2009&sgl_orgao=NI >. Acesso em: 24 abr de 2016.

_____. **Brasil defende agenda global contra obesidade infantil**. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35533-brasil-defende-agenda-global-contr-obesidade-infantil> >. Acesso em: 23 abr de 2016.

BUCHWALD, Henry et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. **Jama**, v. 292, n. 14, p. 1724-1737, 2004. Acesso em: junho de 2016.

BUCHWALD, Henry et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. **The American journal of medicine**, v. 122, n. 3, p. 248-256. e5, 2009.

CAMBI, Maria Paula Carlini; MICHELS, G.; MARCHESINI, J. B. Aspectos nutricionais e de qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 18, n. 1, p. 8-15, 2003.

CARVALHO, Elaine Alvarenga de Almeida et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.23.1, 2013.

CARVALHO, Perseu Seixas de et al. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?. **Arq. bras. endocrinol. metab**, v. 51, n. 1, p. 79-85, 2007.

CIRURGIA DIGESTIVA, Colégio Brasileiro; PRESIDENTE, S.B.C.B.. **Consenso Bariátrico**, 2006. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/imagens/pdf/consenso_baraitrico_brasileiro.pdf> Acesso em: julho de 2016.

COLQUITT, Jill L. et al. Surgery for obesity. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, n. 2, 2009.

BRASIL CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96**. Disponível em: <[Http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ve rsao_final_196_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ve rsao_final_196_ENCEP2012.pdf) > Acesso em: junho de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.942/2010**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1942_2010.pdf>. Acesso em jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.131/15**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf>. Acesso em: junho de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **OMS quer estratégia global contra crise de obesidade infantil**. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2014/oms-quer-estrategia-global-contra-crise-de-obesidade-infantil>. Acesso em: setembro de 2016.

CONSUMO ALIMENTAR VIGITEL – 2014. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Guia-Alimentar-da-Populacao-Brasileira.pdf>>. Acesso em maio de 2016.

CORDÁS, Táki Athanássios. (2002). **Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase peri operatória**: a participação do psiquiatra. In A. B. Garrido Junior (Ed.). Cirurgia da obesidade (pp. 71-74). São Paulo: Atheneu.

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

CORDÁS, Táki Athanássios.; LOPES FILHO, Arnaldo P.; SEGAL, Adriano. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 4, p. 564-71, 2004.

COSTA, Ana Júlia Rosa Barcelos; PINTO, Sônia Lopes. Binge eating disorder and quality of life of candidates to bariatric surgery. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, p. 52-55, 2015.

CUNNEEN, Scott A. Review of meta-analytic comparisons of bariatric surgery with a focus on laparoscopic adjustable gastric banding. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 3, p. S47-S55, 2008.

DOMENE, C. E. et al. Derivação Biliopancreática Com Preservação Gástrica Videolaparoscópica Para Tratamento da Obesidade Mórbida. **Rev bras videocir** 2005; 3 (3): 143-151. Acesso em: junho de 2016.

FANDINO, J. N.; APOLINÁRIO, J. C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. **Transtornos alimentares e obesidade**, p. 365-354, 2006.

FARIAS, J. M. **Orientação para a prevenção e controle da obesidade juvenil**: um estudo de caso. 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Acesso em: junho de 2016.

FARINHOLT, Gina N. et al. A call to arms: obese men with more severe comorbid disease and underutilization of bariatric operations. **Surgical endoscopy**, v. 27, n. 12, p. 4556-4563, 2013.

FERRAZ, Edmundo Machado. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein (São Paulo)**, v. 4, n. supl. 1, p. S71-S72, 2006.

FERREIRA, S. R. G. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 31-33, 2010. Acesso em: junho de 2016.

FRÜHBECK, Gema et al. The decrease in plasma ghrelin concentrations following bariatric surgery depends on the functional integrity of the fundus. **Obesity surgery**, v. 14, n. 5, p. 606-612, 2004.

FORTES, R.C., et al. (2006). Orlistat e sibutramina: bons coadjuvantes para perda e manutenção de peso? **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 21(3), 244-251. Acesso em: junho de 2016.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001. Acesso em: junho de 2016.

FRÜHBECK, Gema et al. The decrease in plasma ghrelin concentrations following bariatric surgery depends on the functional integrity of the fundus. **Obesity surgery**, v. 14, n. 5, p. 606-612, 2004.

GAGNER M. et al. The Second International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy. **Surg Obes Relat Dis**. 2009;5(4):476-85. Acesso em: junho de 2016.

GAILLEMIN, B. C. et al. Comparación de resultados previos y posteriores a la aplicación de um protocolo de actuación en cirugía bariátrica. **Nutr. Hosp.[online]**, v.26, n.1, p. 116-21, 2011.

GASTROPLASTIA é a solução para a obesidade mórbida. Brasília, DF; 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em 16 maio 2016.

GAZOLLA, F. et al. Fatores de risco cardiovasculares em crianças obesas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9795>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

GELONEZE, Bruno; PAREJA, José Carlos. Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica?. **Arq. bras. endocrinol. metab**, v. 50, n. 2, p. 400-407, 2006.

GOMES, Marina. De dieta em dieta: O que a ciência diz sobre as soluções milagrosas?. **ComCiência**, n. 145, p. 0-0, 2013.

GRACIA, J. A. et al. Obesity surgery results depending on technique performed: long-term outcome. **Obesity surgery**, v. 19, n. 4, p. 432-438, 2009. Acesso em: junho de 2016.

GUEDES, D.P. Recursos antropométricos para análise da composição corporal. **Rev Bras Educ Fís Esp**. 2006; 20(5):115-9. Acesso em: junho de 2016.

GUEDES, D.P.; GONÇALVES, L.A. **Impact of the habitual physical activity on lipid profile in adults**..Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(1):72-8. Acesso em: junho de 2016.

_____. **Guia Alimentar para População Brasileira**. 2 ed. Normas e manuais técnicos. 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: julho de 2016.

HESS, Douglas S.; HESS, Douglas W.; OAKLEY, Richard S. The biliopancreatic diversion with the duodenal switch: results beyond 10 years. **Obesity surgery**, v. 15, n. 3, p. 408-416, 2005.

HOJO, V. E. S., MELO, J. M., & Nobre, L. N. Alterações hormonais após cirurgia bariátrica. **Rev Bras Nutr Clin**, 22(1), 77-82, 2007

HU, Frank. **Obesity epidemiology**. Oxford University Press, 2008.

HYDOCK, C.M. A Brief overview of bariatric surgical procedures currently being used to treat the obese patients. **Critical Care Nursing Quarterly**. 2005;28(5):217-26. Acesso em: junho de 2016.

ILIAS, Elias Jirjoss. Conseqüências fisiológicas, psicológicas e metabólicas da cirurgia bariátrica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 98-98, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <

http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008-2009_encaa/default.shtm>. Acesso em 24 abr. 2016

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://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008-2009_encaa/default.shtm>. Acesso em 24 abr. 2016

JOMORI, Manuela Mika; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa; CALVO, Maria Cristina Marino. Determinantes de escolha alimentar:[revisão]. **Rev. nutr**, v. 21, n. 1, p. 63-73, 2008.

KALARCHIAN, Melissa A. et al. Binge eating in bariatric surgery patients. **International Journal of Eating Disorders**, v. 23, n. 1, p. 89-92, 1998.

KELLES, Silvana Marcia Bruschi et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1587-1601, 2015. Acesso em: junho de 2016.

LIMA, Alysson Diego Pereira de et al. Alterações nos parâmetros antropométricos e bioquímicos em pacientes pós cirurgia bariátrica ambos submetidos à dietoterapia. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 3, n. 14, p. 4, 2009.

LÓPEZ, Valcárcel, B. González. La obesidad como problema de salud y como negocio. **Gestión clínica y sanitaria**, v. 7, p. 83-87, 2005.

LUZ, Felipe Quinto da; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, n. 40, p. 159-173, 2013.

MACHADO, N. M. V. et al. **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família**. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf>. Acesso em: 27 maio 2016.

MAGRO, D. O. et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. **Obesity Surgery**, v.18, p.648-651, 2008. Acesso em: junho de 2016.

MANCINI, Márcio C. **Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade**. Cirurgia da obesidade, p. 1-7, 2002.

MANCINI, M. C. Obesidade e doenças associadas. Mancini MC, Gelonze B, Salles JEN, Lima JG, Garra MK. **Tratado de obesidade**. Itapevi (SP): AC Farmacêutica, 2010.

MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Tratamento farmacológico da obesidade. **Arq. bras. endocrinol. metab**, v. 46, n. 5, p. 497-513, 2006.

MARCHESINI, G. et al. Health-related quality of life in obesity: the role of eating behaviour. **Diabetes, nutrition & metabolism**, v. 13, n. 3, p. 156-164, 2000.

MARIATH, A. B. et al. Obesity and risk factors for the development of chronic nontransmissible diseases among consumers in a foodservice unit. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr. 2007. Acesso em: junho de 2016.

MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 4, n. supl. 1, p. S29-S43, 2006.

MATTOS, M. I. P. Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. **Contemp Psicanál Transdisciplinaridade**, v. 1, n. 2, p. 78-98, 2007. Acesso em: junho de 2016.

MENDES, M.J.F.L. et al. Risk factors for cardiovascular diseases in adolescents and their parentes. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, 2006 (1). Acesso em: junho de 2016.

MILLER, Karl A. Evolution of gastric band implantation and port fixation techniques. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 3, p. S22-S30, 2008.

MIRANDA, João Marcelo de Queiroz; ORNELAS, Elisabete de Marco; WICHI, Rogério Brandão. Obesidade infantil e fatores de risco cardiovasculares. **Conscientiae saúde**, v. 10, n. 1, p. 175-180, 2011.

MONTEIRO, Carlos A.; CONDE, Wolney L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 3, p. 186-194, 1999.

MORAES, J.C.C.. **A mulher obesa enfrentando a própria obesidade: um estudo clínico psicológico**. Dissertação de Mestrado. São Paulo. PUC. 2004. p. 46-52. Acesso em: julho de 2016.

MORGAN, Christina Marcondes; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002.

MOURA, Grec, Patrícia Garcia et al. Consequências sistêmicas da cirurgia bariátrica e suas repercussões na saúde bucal. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 25, n. 3, p. 173-177, 2012.

NGUYEN NT, et al. **Trends in use of bariatric surgery**, 2003-2008. *J Am Coll Surg*. 2011; 213 (2): 261-266. Acesso em: agosto de 2016.

NICARETA, J. R.; MARCHESINI, J. B. Comparação de cinco técnicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com o BAROS. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, São Paulo**, v. 1, n. 2, p. 74-81, 2007. Acesso em: agosto de 2016.

NONINO, Borges, Carla B.; BORGES, Ricardo M.; SANTOS, José Ernesto. Tratamento clínico da obesidade. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 39, n. 2, p. 246-252, 2006. Acesso em: agosto de 2016.

NÚMERO de capixabas que recorrem às cirurgias de redução do estômago é cada vez maior. Folha de Vitória. 2016. Disponível em: <<http://www.folhavitoria.com.br/geral/noticia/2016/02/numero-de-capixabas-que-recorrem-as-cirurgias-de-reducao-do-estomago-e-cada-vez-maior.html>> Acesso em 19 maio de 2016.

NUNES, Maria Angélica et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Artmed Editora, 2009.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados Intervention levels for abdominal obesity: prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, 2006.

OLIVEIRA, Michelle Santos et al. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013. Acesso em: junho de 2016.

OLIVEIRA, Rebeca Marçal Machado; PASSOS, Xisto Sena; MARQUES, Marlice Silva. Perfil do indivíduo candidato à cirurgia bariátrica no Hospital Geral de Goiânia-GO. 2013.

OLIVEIRA, Verenice Martins de; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. Ministro da saúde do Brasil elogia 'Mais Médicos' em 68º Assembleia Mundial da Saúde da OMS. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/ministro-da-saude-do-brasil-destaca-programa-mais-medicos-em-68o-assembleia-mundial-da-saude-da-oms>>. Acesso em: 24 de abr. 2016.

PEIXOTO, Jessica Sereno; GANEM, Keila Mary Gabriel. Prevalência de Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica. **Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, 2010.

PETRIBU, Kátia et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

PIERACCI, Fredric M et al. Critical care of the bariatric patient. **Critical care medicine**, v. 34, n. 6, p. 1796-1804, 2006.

PIMENTA, G. P. et al. Avaliação da qualidade de vida tardia após gastroplastia vertical. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 6, p. 453-7, 2013.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Ver Nutr 2004 Out-Dez 17(4): 53-66. Acesso em: agosto de 2016.

PLANO ALIMENTAR: O PAPEL DO NUTRICIONISTA. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/plano-alimentar-o-papel-do-nutricionista/>>. Acesso em: 27/05/2016

POWERS PS, PEREZ A, BOYD F, ROSEMURGY A. Eating Pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25:293-300.

PRATT, Michael et al. Project GUIA: A Model for Understanding and Promoting Physical Activity in Brazil and Latin America. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 7, n. 2, p. S131-S134, 2010. Acesso em: junho de 2016.

QUADROS, Magda Rosa Ramos; BRUSCATO, Giovanna Teresa; BRANCO FILHO, Alcides José. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 45, p. 59-65, 2006.

QUEIROZ, Isis Lemos de et al. Perfil antropométrico de pacientes antes e após gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux. **J Health Sci Inst**. 2014;32(4):419-23.

RADAELLI, Maqueli; PEDROSO, Roberto Costa; MEDEIROS, Liciane Fernandes. Farmacoterapia da obesidade: Benefícios e Riscos. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, p. p. 101-115, 2016. Acesso em: 24 de abr. 2016.

RANGÉ, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 2, p. 0-0, 2007.

REZENDE, F.A.C., et al. Aplicabilidade de equações na avaliação da composição corporal da população brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.3, p.357-667, 2006. Acesso em: 24 de abr. 2016.

REZENDE, F. et al. Critical revision of the available methods for evaluate the body composition in population-based and clinical studies. **Archivos latino americanos de nutrición**. 2007. Acesso em: 24 de abr. 2016.

RIBEIRO FILHO, Fernando F. et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arq. bras. endocrinol. metab**, v. 50, n. 2, p. 230-238, 2006.

ROCHA, Fabiana Alonso et al. Tratamento da obesidade: possibilidades atuais do procedimento cirúrgico e do convencional-DOI: 10.4025/reveducfis. v20i1. 3481. **Journal of Physical Education**, v. 20, n. 1, p. 131-143, 2009.

SANCHES, G. D. et al. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 2, p. 205-9, 2007. Acesso em: 24 de agosto de 2016.

SARWER, David B.; THOMPSON, J. Kevin; CASH, Thomas F. Body image and obesity in adulthood. **Psychiatric Clinics**, v. 28, n. 1, p. 69-87, 2005.

SEABRA, André F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 721-736, 2008.

SILVA, M. M et al Complicações Psicológicas Tardias Após 5 anos de Cirurgia Bariátrica. In R, Rubens, **Avanços em sonos e seus distúrbios** (pp. 78- 80). Rio de Janeiro: ABRASCO. 2005. Acesso em 24 de agosto de 2016.

SILVEIRA, E. A. et al. **Prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica**. TCC de graduação de Nutrição, Goiânia, 2009. Acesso em 24 de agosto de 2016.

SJOSTROM, Lars et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. **New England journal of medicine**, v. 357, n. 8, p. 741-752, 2007.

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. Acesso em 24 de agosto de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA.

Consenso bariátrico. 2008. Disponível em:

<http://www.sbcbr.org.br/imagens/pdf/consenso_baraitrico_brasileiro.pdf Brasil; 2008>. Acesso em agosto de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **História da cirurgia bariátrica no Brasil**. 20???. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/>> Acesso em 16 jun. de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Ações contra a obesidade**. 201? Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/acoes-contra-obesidade>>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

SOUSA, Ruth et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. **Rev. Nutr.**, Campinas, 20(5):473-482, set./out., 2007

SOUZA, J.L.M. Derivação intestinal seletiva: Ponto. **Rev. Einstein**. V.4, Supl. 1: S151-S156, 2006

SPERANZINI, Manlio Basilio et al. **Manual de diagnóstico e tratamento para o residente de cirurgia**. Edição revista e ampliada (2 volumes). 2013.

STEFFEN, Rudolf et al. Successful multi-intervention treatment of severe obesity: a 7-year prospective study with 96% follow-up. **Obesity surgery**, v. 19, n. 1, p. 3-12, 2009.

SZEGO, T.; MENDES, C. J. L.; BITRAN, A. Derivação gastrojejunal por laparoscopia com e sem anel. **Garrido AB Jr. Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, p. 189-96, 2002.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006. Acesso em maio de 2016.

TERRES, N.G. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pú** 2006; 40: 627-633. Acesso em agosto de 2016.

TIRONE, A. M. et al. Transtornos alimentares em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 14, n. 77, p. 11-14, mar./abr. 2006. Acesso em agosto de 2016.

TRAVADO, L.; PIRES, R.; MARTINS, V. **Abordagem psicológica da obesidade mórbida**: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Aná. Psicológica*, set. 2004, vol.22, no.3, pp. 533-550. ISSN 0870-8231. Acesso em agosto de 2016.

TURKIEWICZ, G. et al. Viabilidade, aceitação e eficácia do tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes: um estudo observacional no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 32, n. 2, p. 169-172, 2010. Acesso em agosto de 2016.

VIANA, Elaine Cristina. **Impacto da Cirurgia Bariátrica em dados Antropométricos, na Ingestão Alimentar e nos Níveis Plasmáticos de Citocinas**: estudo prospectivo controlado. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo. Acesso em setembro de 2016.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Technical Report Series 854, 1995. Acesso em agosto de 2016.

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, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário

____/____/_____
Data

Assinatura do Responsável pelo Estudo

____/____/_____
Data

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO 1 - BITE

1. Qual é a sua altura? _____

2. Qual é o seu peso **atual**? _____

3. Qual é o peso **máximo** que você já apresentou?

4. Qual é o peso **mínimo** que você já apresentou?

5. Qual é, no seu entender, seu **peso ideal**?

6. Você se sente em relação ao seu peso:

muito gordo ⁽¹⁾

gordo ⁽²⁾

médio ⁽³⁾

abaixo do peso ⁽⁴⁾

muito abaixo do peso ⁽⁵⁾

7. (Mulheres) Você tem períodos menstruais regulares?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?

(Circule ou marque um "x" a opção)

| | todos os dias | 5 dias/sem. | 3 dias/sem. | 1 dia/sem. | nunca |
|---------------|---------------|-------------|-------------|------------|-------|
| café da manhã | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| almoço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|
| jantar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| lanches entre refeições | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser orientado quanto à sua alimentação?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

10. Você foi alguma vez membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

12. Caso, sim, descreva com detalhes:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

2. Você segue uma dieta rígida?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

3. Você se sente fracassando quando quebra sua dieta uma vez?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

5. Você já jejuou por um dia inteiro?

sim ⁽¹⁾

não ⁽²⁾

6. Se sim, qual a frequência?

dias alternados ⁽¹⁾

de vez em quando ⁽²⁾

2 a 3 vezes/semana ⁽³⁾

1 vez por semana ⁽⁴⁾

somente 1 vez ⁽⁵⁾

7. Você usa uma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

(Circule ou marque um "x" a opção)

| | nunca | de vez em quando | 1x/sem. | 2a3x/sem. | diariamente dia | 2a3x/sem. | 5 ou+ vezes/dia |
|-------------------|-------|------------------|---------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
| tomar comprimidos | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| tomar diuréticos | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| tomar laxantes | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| vômitos | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

10. Você come sem parar até ser obrigado a parar por sentir-se mal fisicamente?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

12. Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

13. Você sempre pode parar de comer quando quer?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

15. Quando você se sente ansioso, você tende a comer muito?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

16. O pensamento de tornar-se gordo o apavora?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

20. Você se volta para a comida para aliviar algum tipo de desconforto?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

22. Você engana os outros sobre quanto come?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

23. O quanto você come é determinado pela fome que você sente?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

25. Se sim, esses episódios deixaram você sentindo-se mal?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

26. Se você tem esses episódios, eles só ocorrem quando você está sozinho?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?

quase nunca⁽¹⁾

1 vez por mês⁽²⁾

1 vez por semana⁽³⁾

2 a 3 vezes por semana⁽⁴⁾

diariamente⁽⁵⁾

2 a 3 vezes por dia⁽⁶⁾

28. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

29. Se você come demais, você se sente muito culpado?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

30. Você já comeu escondido?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

31. Seus hábitos alimentares são os que você poderia considerar normais?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

32. Você se considera alguém que come compulsivamente?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?

sim ⁽¹⁾ não⁽²⁾

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO 2 - EAT

| Por favor, escolha uma resposta para as questões abaixo: | <i>Sempre</i> | <i>Muito freqüentemente</i> | <i>Freqüentemente</i> | <i>Às vezes</i> | <i>Raramente</i> | <i>Nunca</i> |
|--|---------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1. Fico apavorado com a idéia de estar engordando. | | | | | | |
| 2. Evito comer quando estou com fome. | | | | | | |
| 3. Sinto-me preocupado com os alimentos. | | | | | | |
| 4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar. | | | | | | |
| 5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços. | | | | | | |
| 6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como. | | | | | | |
| 7. Evito particularmente alimentos ricos em carboidratos (ex.: pão, arroz, batatas, etc.). | | | | | | |
| 8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais. | | | | | | |
| 9. Vomito depois de comer. | | | | | | |
| 10. Sinto-me extremamente culpado depois de comer. | | | | | | |
| 11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro. | | | | | | |
| 12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito. | | | | | | |
| 13. As pessoas me acham muito magro. | | | | | | |
| 14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo. | | | | | | |
| 15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas. | | | | | | |
| 16. Evito comer alimentos que contenham açúcar. | | | | | | |
| 17. Costumo comer alimentos dietéticos. | | | | | | |
| 18. Sinto que os alimentos controlam minha vida. | | | | | | |
| 19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos. | | | | | | |
| 20. Sinto que os outros me pressionam para comer. | | | | | | |
| 21. Passo muito tempo pensando em comer. | | | | | | |
| 22. Sinto desconforto após comer doces. | | | | | | |
| 23. Faço regimes para emagrecer. | | | | | | |
| 24. Gosto de sentir meu estômago vazio. | | | | | | |
| 25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias. | | | | | | |
| 26. Sinto vontade de vomitar após as refeições. | | | | | | |

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões - **Muito obrigada pela sua contribuição!**

ANEXO C – ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR - BES

Instruções: Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

#1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

#2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir a minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isso acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

#3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

#4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

#5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

#6

- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

#7

- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

#8

- 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- 4. Eu como tanta comida, que regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

#9

- 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenho começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

() 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

*Por favor, verifique se respondeu a **todos** os questionamentos.*

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO D – 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 frequentemente 6. Sempre

Nas últimas quatro semanas:

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

Continuação...

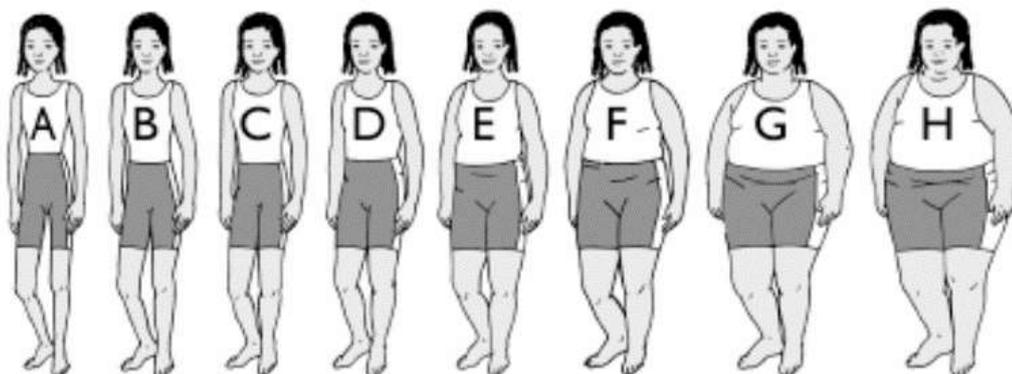
1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

*Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.
Muito obrigada pela sua contribuição!*

ANEXO E – TESTE DA FIGURA DA 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 | B | 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 F – 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 G – FICHA PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICO-NUTRICIONAL (CIASC)

| | | |
|--|---|-------|
| 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 alterações no peso | | |
| Alergia alimentar Ou intolerância alimentar () Não () Sim, qual? _____ | | |
| Atividade física () Não | () Sim 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-avós, 4-outros) () Não há problemas de doenças cardiovasculares na família. | | |
| Outra patologia na família: _____ Qual: _____ Grau de parentesco: _____ | | |
| 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? _____ | | |
| Queixa atual: | | |