



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde

SABRINA FERNANDES LIBERATORE

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM OBESIDADE
CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

São José do Rio Preto

2017

SABRINA FERNANDES LIBERATORE

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM OBESIDADE
CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki

São José do Rio Preto

2017

Liberatore, Sabrina F

Caracterização de pacientes com obesidade candidatos à cirurgia bariátrica/ Sabrina Fernandes Liberatore -- São José do Rio Preto, 2017. x, 36f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. Área de concentração: Psicologia e Saúde.

Characterization of obesity patients candidates for bariatric surgery.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki.

1.Obesidade; 2.Ansiedade; 3.Depressão; 4.Compulsão Alimentar; 5 Cirurgia Bariátrica.

SABRINA FERNANDES LIBERATORE

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM OBESIDADE
CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina O. S. Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

1º Examinador: Profa. Dra. Dra. Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz

2º Examinador: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 18 de agosto de 2017.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Anexos.....	vii
Apêndice.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Introdução.....	01
Objetivos.....	08
Material e Método.....	09
Análise de Dados.....	10
Aspectos Éticos.....	10
Resultados e Discussões.....	11
Conclusão.....	18
Referências.....	19

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, José e Marlene Fernandes, com todo meu amor e gratidão, por tudo que fizeram e fazem por mim, ao longo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta caminhada;

Aos meus pacientes, que confiaram em meu trabalho e me procuraram para fazer sua avaliação e o acompanhamento da cirurgia bariátrica;

À amiga e enfermeira Hilda Penachione, pelo incentivo esses anos todos em que trabalho com Cirurgia Bariátrica;

Ao Dr. Gilberto Borges Brito, que confiou seus pacientes a mim;

À minha orientadora, Maria Cristina Oliveira S. Miyazaki, que aceitou e confiou em mim, contribuindo para minha formação pessoal e profissional;

Aos professores da Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, agradeço imensamente pela dedicação e aprendizado;

Ao meu marido, Raphael Del Roio Liberatore Junior, com suas considerações e contribuições valiosas ao meu trabalho;

À minha irmã, que sempre está do meu lado me incentivando em tudo que faço;

Aos meus amigos, em especial à Flávia Cristina Rodrigues Lisoni, pelo exemplo de profissional e pelo carinho comigo, há mais de 27 anos.

À minha família, em especial à minha mãe, que sempre me dá força para que tudo seja possível em minha vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Descrição dos participantes em relação a sexo, IMC, estado civil.....	11
Tabela 2- Fase do início da obesidade e história de obesidade familiar de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.....	12
Tabela 3- Frequência, tipo de comorbidades e estilo de vida de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.....	13
Tabela 4- Sintomas de ansiedade, de depressão e compulsão alimentar.....	15

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP).....	28
Anexo B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	33

APÊNDICE

Questionário de identificação (ANAMNESE).....	34
---	----

Liberatore, S. F. (2017). *Caracterização de Pacientes com obesidade candidatos à cirurgia bariátrica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

RESUMO

Obesidade é uma doença crônica, multifatorial, que envolve questões psicológicas, genéticas e ambientais. Estudos têm sido realizados para analisar o perfil psicológico do paciente que será submetido à cirurgia bariátrica. **Objetivo:** Caracterizar pacientes com obesidade, candidatos à cirurgia bariátrica e identificar estilo de vida e a presença de sintomas de ansiedade, de depressão e de compulsão alimentar. **Método:** Estudo retrospectivo, realizado com base em dados de prontuários de pacientes em uma clínica particular do interior de São Paulo, candidatos à cirurgia bariátrica, avaliados pela psicologia, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. A avaliação psicológica incluiu um questionário de dados pessoais, o Índice de Massa Corporal (IMC) fornecido pelo médico, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o *Inventário de Depressão de Beck (BDI)* e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). **Resultados:** Foram analisados 188 prontuários. A idade variou de 16 a 65 anos (média 34,7; dp: 11,3), 73% (n=137) eram do sexo feminino, 48,4% (n=91) eram casados, e o IMC variou de 30 a 67 (média 42,8; dp: 6,5). Os resultados do BAI indicaram que 53% (n=100) tinham sintomas mínimos de ansiedade; do BDI que 52% (n=97) apresentaram sintomas de depressão de leve a severo; e do ECAP, que 26% (n=50) apresentaram compulsão alimentar. **Conclusão:** A maioria dos pacientes era do sexo feminino, sedentários, adultos jovens, com história de obesidade familiar e início da obesidade na infância. Hipertensão Arterial foi a comorbidade mais encontrada entre os participantes. Sintomas de ansiedade e depressão estiveram presentes, bem como compulsão alimentar.

Palavras-chave: Obesidade; ansiedade; depressão; compulsão alimentar; cirurgia bariátrica

Liberatore, S. F. (2017). *Characterization of obese Patients candidates for bariatric surgery*. (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, multifactorial disease that involves psychological, genetic and environmental issues. Studies have been conducted to analyze the psychological profile of the patient who will undergo bariatric surgery. **Objective:** To characterize obesity patients, candidates for bariatric surgery and to identify lifestyle and the presence of symptoms of anxiety, depression and binge eating. **Method:** A retrospective study was carried out based on data from patients' charts in a private clinic in the interior of São Paulo, who were candidates for bariatric surgery, evaluated by psychology between January 2010 and December 2015. The psychological evaluation included a data questionnaire (BMI), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Periodic Feed Compulsion Scale (ECAP). **Results:** 188 medical records were analyzed. Age ranged from 16 to 65 years (mean 34.7; SD: 11.3), 73% (n = 137) were female, 48.4% (n = 91) were married, and BMI ranged from 30 to 67 (mean 42.8; dp: 6.5). The BAI results indicated that 53% (n = 100) had minimal anxiety symptoms; of BDI that 52% (n = 97) presented symptoms of mild to severe depression; and ECAP, that 26% (n = 50) presented binge eating. **Conclusion:** Most of the patients were female, sedentary, young adults, with a history of family obesity and childhood obesity onset. Arterial Hypertension was the most common comorbidity among participants. Symptoms of anxiety and depression were present as well as binge eating.

Key words: Obesity; anxiety; depression; Binge eating; bariatric surgery

INTRODUÇÃO

O acúmulo anormal de gordura, que pode acarretar danos à saúde, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como obesidade (Nissen et al., 2012). Esse acúmulo está associado a doenças crônicas e problemas psicossociais, os quais podem surgir ou serem agravados em decorrência da obesidade (Marcelino & Patrício, 2011).

O índice de massa corporal (IMC) é o método utilizado para quantificar se peso (quilogramas) dividido pela altura (ao quadrado), está dentro dos limites recomendados pela OMS (WHO, 1995). O $IMC \geq 30$ caracteriza a obesidade (WHO, 2016), que ainda é subdividida, de acordo com a sua gravidade, em graus: grau I, obesidade leve, IMC entre 30 e 34,9; grau II, obesidade moderada, IMC entre 35 e 39,9; grau III, obesidade mórbida, IMC acima de 40 (Marcelino & Patrício, 2011). Caracterizada como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo atual, a obesidade vem avançando de forma rápida e progressiva. Os custos com a obesidade e comorbidades correspondem a aproximadamente 8% a 20% dos gastos mundiais destinados à saúde (WHO, 2012).

A prevalência de obesidade, no período entre 2006 a 2013, de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em adultos com IMC acima de 30, aumentou de 11,8% para 17,5% (Queiroz et al., 2017). Aproximadamente 39% das pessoas com idade acima de 18 anos foram classificadas com sobrepeso, em 2014, e 13% eram obesos (WHO, 2015).

Na obesidade, as recidivas e insucessos terapêuticos são frequentes, caracterizando-a como uma doença crônica e de difícil controle (WHO, 2016). Essa doença atinge parcela significativa das faixas etárias e socioeconômicas e é considerada grave, apresentando dimensões sociais e psicológicas, com predominância do sofrimento psicossocial (Lopes, Prado, & Colombo, 2010).

Alguns fatores determinantes para ocorrência da obesidade envolvem componentes psicológicos, ausência de atividade física e fatores genéticos, demonstrando sua característica multifatorial (Akamine & Ilias, 2013; Murtagh & Ludwig, 2011). Hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, desordens musculoesqueléticas, doenças metabólicas e diversos tipos de cânceres são exemplos de comorbidades, que podem surgir ou se intensificar, em decorrência da obesidade (Junges et al., 2017; Mendes, Ieker, Castro, Avelar, & Nardo Júnior, 2016; Queiroz et al., 2017).

Os fatores relacionados ao estilo de vida são os mais estudados da obesidade, principalmente aqueles que se relacionam à dieta e atividade física. O estilo de vida moderno trouxe redução da prática da atividade física e aumento do sedentarismo, bem como aumento da ingestão calórica (Wanderley & Ferreira, 2010; WHO, 2016; Witt & Schnider, 2011).

Todos os tratamentos propostos para a obesidade, em última instância, promovem uma mudança da matemática energética, gerando redução da ingestão calórica e aumento do gasto energético. Entretanto, os índices de sucesso das diferentes formas não cirúrgicas de tratamento para a obesidade são bastante reduzidos, principalmente quando o excesso de peso assume grandes proporções (Resende, Pinheiro, Paiva, Diogo & Navarro, 2012).

Apesar de várias doenças estarem associadas à obesidade, seu impacto mais pronunciado é na morbidade, ao invés da mortalidade. Obesos, particularmente crianças e adolescentes, apresentam baixa autoestima, que afeta seu desempenho na vida diária (Abrantes, Lamounier, & Colosimo, 2002; Freitas et al., 2013). O padrão de beleza, por exemplo, vem sendo modificado. Antigamente, a corpulência era associada à saúde, e nos tempos atuais, temos o corpo magro e/ou musculoso como padrão de beleza (Anjos, 2006; Paixão & Lopes, 2014; Witt & Schnider, 2011).

Vergonha e culpa são sentimentos frequentemente relatados por estes pacientes (Goldberg & Limbrunner, 2008). A qualidade de vida fica comprometida com o excesso de peso (Burgmer et al., 2007; NHS, 2011).

Sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares, de personalidade, e distúrbios da imagem corporal estão aumentados em pessoas obesas em tratamento (Wanderley & Ferreira, 2010), demonstrando que a sociedade contemporânea desrespeita as necessidades e características singulares de cada indivíduo, ao impor um padrão idealizado e homogêneo de beleza (Carvalho & Martins, 2004; Wanderley & Ferreira, 2010). Mudanças no estilo de vida, envolvendo dietas e exercícios físicos, constituem o método mais amplamente divulgado no tratamento da obesidade, apesar de existirem diversos métodos para essa finalidade (Nissen et al., 2012).

No combate à obesidade, muitos pacientes utilizam métodos que comprometem seu metabolismo, são inadequados e favorecem a recuperação do peso, tornando o processo de perda ainda mais difícil (Marcelino & Patrício, 2011). O tratamento da obesidade necessita diversos tipos de abordagem por se tratar de uma doença crônica de etiologia multifatorial. Os principais pilares empregados no manejo da obesidade são: orientação dietética, atividade física, fármacos antiobesidade e aconselhamento psicológico (Fandiño et al., 2004; Freitas et al., 2013; Mancini & Halpern, 2002; Mendes et al., 2016).

Apesar dos diversos tratamentos para a obesidade e as pesquisas buscarem desenvolver novos medicamentos e terapias, a dificuldade encontrada para seguir e manter a perda de peso estimulou os profissionais das ciências médicas a desenvolver um tratamento cirúrgico, como uma medida rápida e efetiva para reduzir a prevalência da obesidade (Marcelino & Patrício, 2011; Repetto, Rizzolli, & Bonatto, 2003). Assim, surgiu a cirurgia bariátrica, também denominada ‘redução de estômago’ e ‘gastroplastia’, uma alternativa aplicada àqueles pacientes que apresentam dificuldade nos métodos convencionais e/ou

possuem problemas crônicos relacionados à sua condição (Nissen et al., 2012; Repetto et al., 2003).

Essa cirurgia se caracteriza por diminuir a ingestão de alimentos e acarretar a saciedade e/ou diminuir a absorção de calorias dos alimentos. É uma técnica que vem, cada dia mais se aprimorando e se tornando menos invasiva (Mariano, Monteiro, & Paula, 2013). Após o procedimento, espera-se que haja significativa perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e aumento da qualidade de vida geral (Marcelino & Patrício, 2011). É evidenciado que, apesar da utilização de medicamentos e cirurgias, a mudança no estilo de vida e o auxílio de estratégias cognitivo-comportamentais são fundamentais para auxiliar na manutenção do peso, durante e após o tratamento (Nissen et al., 2012).

Equipe multidisciplinar, composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões, avalia esses pacientes no pré e no pós-operatório. Para que haja indicação de uma cirurgia bariátrica, o paciente tem que apresentar IMC (Índice de Massa Corporal) $\geq 40\text{kg/m}^2$ ou entre 35 e 40kg/m^2 , associado a comorbidades (WHO, 2012; Garrett & McNolty, 2010; Fandiño et al., 2004) e cinco anos de evolução da obesidade, período em que métodos terapêuticos tradicionais, com acompanhamento de profissionais qualificados, não tiveram êxito (D'Ávila & Batista e Silva, 2010; Ferraz et al., 2015). Além disso, não apresentar história de alcoolismo ou transtornos mentais graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, cirrose hepática e risco cirúrgico aceitável são também requisitos (Baxter, 2010; Santos, Oliveira, Peters, & Conde, 2010).

No Brasil, esse tratamento começou a ser realizado em maior escala a partir do ano 2000 (Marcelino & Patrício, 2011). Apesar da busca pelo tratamento estar mais ligada a fatores psicossociais, pois o obeso frequentemente tem problemas de aceitação, a bariátrica auxilia significativamente na diminuição das comorbidades (Marcelino & Patrício, 2011). O

tratamento para obesidade visa perda de peso e sua manutenção, e nesse quesito, a cirurgia bariátrica é apontada como eficaz (Arasaki, 2005; Chaim, Pareja, Gestic, Utrini, & Cazzo, 2017; Segal & Fandiño, 2002). Assim como outras cirurgias, a bariátrica apresenta riscos, sendo eles: mortalidade (1%), morbidade (40%), podendo surgir, em longo prazo, problemas que demandem re-operação (Ilias, 2011; LABS et al., 2009). Alcoolismo, gastos excessivos, depressão, ansiedade, suicídio e dificuldades no relacionamento conjugal são alguns transtornos mentais que o paciente pode estar propenso a desenvolver, em decorrência do emagrecimento súbito. Esses quadros estão associados com o histórico prévio do paciente (Ferreira, Santos, Raimundo, Pegacho, & Carvalho, 2013; Leal & Baldin, 2007).

Ferreira e colaboradores (2013) mostraram que, após a cirurgia, alguns pacientes relataram que a diminuição do IMC não foi o que esperavam e estudos também mostraram comprometimento emocional dos pacientes, após procedimento (Capitão & Tello, 2004; Fandiño et al., 2004; Fandiño & Appolinario, 2006). O período mais difícil, segundo os pacientes, é logo após a cirurgia, quando têm que se adaptar à nova dieta e, associada a isso, há ainda grande expectativa, gerando ansiedade e insegurança em relação à nova situação (Marcelino & Patrício, 2011). Mesmo após meses da cirurgia, os pacientes continuam percebendo-se como obesos, condição que deve ser tratada, pois há uma repercussão nas dimensões psicossociais do indivíduo (Magdaleno Jr., Chaim, & Turato, 2009; Marcelino & Patrício, 2011), e assim, vemos a importância do acompanhamento com equipe composta por diferentes profissionais.

Aspectos psicológicos podem ser afetados com o aumento de peso (Akamine & Ilias, 2013), podendo surgir sintomas de depressão e ansiedade e sensação de inadequação social (Freitas et al., 2013). Estudos avaliaram a obesidade em relação à qualidade de vida em diversas vertentes, e todos concluíram que o peso é inversamente relacionado à qualidade de vida, onde o aumento de peso diminui a qualidade de vida, e o contrário também é verdadeiro

(Brilmann, Oliveira, & Thiers, 2007; Faria et al., 2002; Queiroz et al., 2017; Seidl & Zannon, 2004; Souto, Meinhardt, & Stein, 2004).

Muitos autores enfatizam a necessidade de considerar fatores psicológicos na avaliação pré-cirúrgica e seu impacto sobre os resultados do procedimento (Flores, 2014; Snyder, 2009). A decisão de realizar a cirurgia é feita após avaliação intensiva com diferentes profissionais de saúde e é vista como uma opção após outras abordagens não apresentarem resultados permanentes (Kelles, Machado, & Barreto, 2014; Marcelino & Patrício, 2011).

A participação do profissional da psicologia na equipe de avaliação pré-operatória foi iniciada nos Estados Unidos, a partir de 1991 (Nassif et al., 2011). No Brasil, o Consenso Bariátrico Brasileiro e o Conselho Federal de Medicina orientaram sobre a necessidade da inclusão do Psicólogo na equipe multidisciplinar, cabendo a esse profissional, avaliar se o candidato possui nível intelectual e cognitivo para entender os riscos da cirurgia, as precauções pós-operatórias e de manutenção, bem como identificar ausência do uso de substâncias nocivas, quadros de psicose ou demência e investigar aspectos emocionais, tudo que possa causar comprometimento no resultado da cirurgia (Flores, 2014). O psicólogo assume diferentes papéis, motivando e gerenciando as emoções dos pacientes, providenciando informações sobre a cirurgia e coletando dados para estudos que favoreçam a melhor compreensão desses pacientes (Flores, 2014; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005).

Aspectos comportamentais, como comer excessivamente e não aderir à dieta prescrita, transtornos mentais ou uma auto-imagem distorcida, presentes em muitos destes pacientes, também têm um impacto negativo no pós-operatório (Bagdade & Grothe, 2012; D'Ávila & Batista e Silva, 2010; Rutledge, Adler, & Friedman, 2011). Assim, uma avaliação ampla no pré-operatório pode identificar problemas e possibilitar o seu manejo, prevenindo complicações futuras (Langaro, Vieira, Poggere, & Trentini, 2011). A principal intervenção psicológica em pacientes obesos é pautada em mudanças do comportamento, visando a

modificar hábitos alimentares, estilo de vida e também aumentar a atividade física (Martins & Vieira, 2011).

Assim, com base nessas considerações, estabeleceu-se como objetivo deste estudo caracterizar aspectos sociodemográficos e psicológicos de pacientes pré cirurgia bariátrica que apresentaram obesidade grau I, II e III.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar aspectos sociodemográficos e psicológicos em pacientes com obesidade, candidatos à cirurgia bariátrica, a partir da avaliação psicológica pré cirurgia.

Objetivos Específicos

- 1- Estilo de vida.
- 2- Identificar a presença de sintomas de ansiedade.
- 3- Identificar a presença de sintomas de depressão.
- 4- Identificar a presença de sintomas de compulsão alimentar.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo retrospectivo e descritivo, com análise de dados de prontuários.

Foram revisados dados resgatados de prontuários de portadores de obesidade, que realizaram avaliação psicológica em clínica particular em uma cidade do interior de São Paulo, antes de serem submetidos à cirurgia bariátrica. As avaliações analisadas nos prontuários foram realizadas entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015.

O protocolo de avaliação psicológica analisada nos prontuários incluiu uma anamnese elaborada pela pesquisadora (Apêndice).

Os seguintes instrumentos de avaliação psicológica foram também utilizados no protocolo:

-Inventário de Ansiedade Beck (BAI), que contém 21 itens, que apresentam informações descritivas dos sintomas de ansiedade. Esses devem ser avaliados pelo sujeito, em referência a si mesmo, em razão da gravidade e frequência de cada item, numa escala de 0 a 3 pontos. Quanto maior é o escore, maior a gravidade dos sintomas (Cunha, 2001).

-Inventário de Depressão Beck (BDI), com 21 afirmações, que se referem a sintomas cognitivos e afetivos, sensações somáticas e desempenho. Cada afirmação é composta por quatro alternativas, que expressam níveis dos sintomas depressivos. Quanto maior é o escore, maior a gravidade dos sintomas (Cunha, 2001).

-Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), contém 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. Cada afirmativa corresponde a uma pontuação (0 a 3), abrangendo desde a ausência (0) até a gravidade máxima (3) da CAP. O escore final é o resultado da soma dos

pontos de cada item. O escore ≤ 17 significa ausência de compulsão alimentar (Gormally et al). (Anexo A)

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados com estatística descritiva e quantitativa.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Associação Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto, CAAE: 53140815.1.0000.5629. (Anexo B)

Foi pedido a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ser pesquisa de prontuários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram revisados 188 prontuários. A idade dos participantes variou de 16 a 65 anos com média de 34,6 e o IMC variou de 30 a 67 com média de 42,8. A mediana em relação ao número de filhos foi 1, sendo 0, mínimo e 3, máximo.

A cirurgia bariátrica é oferecida no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela saúde suplementar (convênios e caráter privado) desde 2000. O procedimento é oferecido/subsidiado, devido ao fracasso nos métodos tradicionais, onde mais de 90% dos pacientes não conseguem obter resultados com medidas nutricionais e mudanças nos hábitos de vida (Kelles et al., 2014; Wadden, Butryn, & Wilson, 2007). Os pacientes atendidos pelo SUS possuem perfil pré-operatório distinto daqueles assistidos por clínicas particulares (Kelles, Diniz, Machado, & Barreto, 2015). Em seu estudo, Kelles e colaboradores (2015) observaram que os pacientes atendidos pelo SUS tinham a média de idade foi de 41,4 anos, e a média do IMC foi de 48,6.

Observou-se neste estudo que a média de idade encontrada era de 34,6 anos e a média do IMC foi de 42,8 mostrando ser uma população adulto-jovem onde os indivíduos encontram-se em plena produtividade e sua aparência física são mais preocupantes. Essa diferença talvez exista pelo fato de pacientes do SUS ficarem anos em uma fila de espera antes da cirurgia diferentemente de pacientes de clínica particular.

As características dos participantes, em relação ao IMC, sexo e estado civil estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1

Descrição dos dados de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica avaliados em clínica particular em relação a IMC, sexo e estado civil.

	IMC							
	Ob. Grau I		Ob. Grau II		Ob. Grau III		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sexo								
Feminino	10	100%	33	75%	94	70%	137	73%
Masculino	0	0%	11	25%	40	30%	51	27%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%
Estado Civil								
Amasiado	0	0%	0	0%	4	3%	4	2%
Casado	4	40%	23	52%	64	49%	91	48%
Separado	2	20%	2	5%	3	2%	7	4%
Solteiro	3	30%	18	41%	60	44%	81	43%
Viúvo	1	10%	1	2%	3	2%	5	3%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%

A amostra estudada foi composta predominantemente por mulheres (73 %), assim como no estudo de Oliveira e Pinto (2015), o que pode significar que o padrão de beleza, cultivadas atualmente pela sociedade, atinge muito mais as mulheres. Entretanto, tanto homens como mulheres não aprovam seus padrões físicos (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012).

Ao analisar o estado civil, foi observado como no estudo de Harbottle (2011) que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica era casada (48%). É importante ressaltar que 43% eram solteiros confirmando novamente ser uma população adulto-jovem.

A procura de pessoas casadas por este tipo de cirurgia talvez se deva ao fato de terem uma maior segurança afetiva e financeira, além do apoio encontrado no parceiro para a realização da cirurgia no tratamento da obesidade.

A fase de início da obesidade e a história de obesidade familiar estão apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2

A fase de início da obesidade e a história de obesidade familiar de dados de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica avaliados em clínica particular.

Início da Obesidade	Frequência	Porcentagem
Infância	96	51,1
Adolescência	35	18,6
Adulto	57	30,3
Total	188	100
Obesidade Familiar		
Não	39	20,7
Sim	149	79,3
Total	188	100

A maioria dos participantes iniciou o ganho de peso na infância (51,1%), bem como possui história de obesidade familiar (79,3%). Sichieri e Souza (2008) publicaram em seu estudo que o ambiente familiar tem um importante papel na obesidade. Filhos de pais obesos têm 80% de chances de se tornarem crianças obesas, estas chances caem pela metade se apenas um dos pais for obeso, e é apenas de 7% se nenhum dos pais for obeso (Fagundes et al., 2008).

Em relação à frequência, tipo de comorbidades e estilo de vida estão apresentados na tabela 3.

TABELA 3

Frequência, tipo de comorbidades e estilo de vida de dados de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica avaliados em clínica particular .

	IMC							
	Ob. Grau I		Ob. Grau II		Ob. Grau III		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Doenças								
Apneia	0	0%	5	11%	17	13%	22	12%
Diabetes	1	10%	7	16%	16	12%	24	13%
Dislipidemia	2	20%	9	20%	17	13%	28	15%
Esteatose	1	10%	5	11%	6	4%	12	6%
Hipertensão Arterial	3	30%	15	34%	46	34%	64	34%
Nenhuma	7	70%	24	55%	72	54%	103	55%
Estilo de Vida								
Ativo	4	40%	10	23%	20	15%	34	18%
Sedentário	6	60%	34	77%	114	85%	154	82%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%

O aumento da incidência da obesidade transformou a doença na desordem nutricional mais importante, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Wanderley & Ferreira, 2010) e no principal fator de risco para enfermidades como: dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo 2 e alguns tipos de câncer (Junges et al., 2017; Mendes et al., 2016; Queiroz et al., 2017). O presente estudo mostrou que 45% dos pacientes possuía alguma comorbidade relacionada com a obesidade, onde hipertensão arterial foi a que se destacou em 34% na amostra. No estudo de Quesada e colaboradores (2015) dados semelhantes foram encontrados apontando a hipertensão como principal comorbidade em obesos graves.

É sabido que o acúmulo de gordura, principalmente abdominal e visceral, está associado com o desenvolvimento e agravamento de doenças (Silva et al., 2015). Um dos benefícios da cirurgia é que ela está associada à diminuição das comorbidades normalmente associadas ao excesso de peso (Queiroz et al., 2017).

As modificações advindas da tecnologia, como o uso do automóvel, longos períodos em frente a televisores e computadores, agravam o quadro de obesidade, visto que interferem no comportamento ativo dos indivíduos, fazendo com que o sedentarismo aumente (Anjos, 2006; Lopes et al., 2010; Mendonça & Anjos, 2004).

Sedentarismo ocorreu em 82% da amostra, o que é compatível com a literatura, que indica que o grau de obesidade e o sedentarismo estão diretamente relacionados. É observado também que a condição de 'ser ativo' diminui conforme a obesidade aumenta (WHO, 2016), e que a qualidade de vida diminui conforme o peso aumenta (Tavares, Nunes, & Santos, 2010) dado este não avaliado no presente.

O aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, e a diminuição da prática de exercícios físicos, são os principais fatores relacionados ao meio ambiente. Oliveira e colaboradores verificaram que a obesidade infantil foi inversamente relacionada com a prática da atividade física sistemática, com a presença de TV, computador e videogame nas residências (Oliveira & Fisberg 2003).

Sintomas de ansiedade, de depressão e compulsão alimentar de dados de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica avaliados em clínica particular estão apresentados na Tabela 4.

TABELA 4

Sintomas de ansiedade, de depressão e compulsão alimentar.

	IMC							
	Ob. Grau I		Ob. Grau II		Ob. Grau III		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Grau de ansiedade								
Mínimo	3	30%	25	57%	72	54%	100	53%
Leve	1	10%	12	27%	35	26%	48	26%
Moderado	5	50%	6	14%	16	12%	27	14%
Grave	1	10%	1	2%	11	8%	13	7%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%
Grau de depressão								
Sem depressão	4	40%	21	48%	66	49%	91	48%
Leve a Moderado	3	30%	18	41%	52	39%	73	39%
Moderado a Severo	2	20%	3	7%	14	10%	19	10%
Severo	1	10%	2	4%	2	1%	5	3%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%
Compulsão Alimentar								
Ausência de CA	4	40%	34	77%	100	75%	138	74%
Moderada	2	20%	6	14%	30	22%	38	20%
Grave	4	40%	4	9%	4	3%	12	6%
Total	10	100%	44	100%	134	100%	188	100%

Todos os pacientes estudados tinham algum grau de ansiedades, sendo a maioria (53%) dos participantes classificados com nível mínimo de ansiedade, 26% apresentaram grau leve, 14% grau moderado e 7% grau grave. Em relação a sintomas de depressão 52% tinham algum grau de depressão sendo sintomas de leve a moderada com maior índice (39%).

Almeida e colaboradores (2012) também observaram que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentaram níveis mínimos de ansiedade e depressão.

Os padrões impostos pela sociedade interferem na qualidade de vida das pessoas. Os obesos se sentem inferiores e muitas vezes não se julgam capazes de realizar algumas atividades, devido à pressão que sentem. Papadopoulos e colaboradores (2015) observaram que a ansiedade e depressão são diagnosticadas com maior frequência em pessoas obesas, que possuem estigma por essa condição.

Diferentemente de outros estudos, como de M. Opolski e colaboradores (2015) onde 45% da amostra apresentaram compulsão alimentar, neste estudo a minoria dos pacientes, 26% apresentou compulsão alimentar.

O comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come, é conhecido como compulsão alimentar periódica (CAP). Quando esses episódios ocorrem, pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem uma síndrome denominada atualmente de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP).

Esse resultado pode sugerir que alguns obesos não comem em excesso em uma refeição, e/ou curto período de tempo, ou com descontrole e sim que eles comem durante todo o seu dia e talvez sem qualidade alimentar, justificando assim um aumento de peso.

Acredito que os dados encontrados nos teste para ansiedade, depressão e compulsão alimentar deste estudo talvez estejam atenuados pelos pacientes já que eles precisam de um laudo da psicóloga para poder realizar a cirurgia. A aplicação de um teste de personalidade como o Comrey (CPS) ajudaria a identificar se está tendo por parte dos pacientes a intenção de "manipular" a avaliação psicológica.

A participação do psicólogo na equipe multidisciplinar é muito importante para que os pacientes que serão submetidos à cirurgia estejam psicologicamente preparados para as grandes mudanças que esse método traz, e também para acompanhar o paciente no pós-operatório, prevenindo qualquer risco de comprometer o resultado e permitindo que os resultados obtidos sejam permanentes, influenciando na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

CONCLUSÃO

A descrição do perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é importante para aumentar o conhecimento na área e auxiliar na melhoria dos métodos utilizados.

Os resultados apresentados neste estudo nos permitem concluir que a maioria dos pacientes atendidos em clínica particular era do sexo feminino (73%), casados (48,4%), sedentários (82%), adultos- jovens, com história de obesidade familiar (79,3%) e início da obesidade na infância (51,1%).

Comorbidades foram encontradas na maioria dos participantes, sendo a mais relatada, a hipertensão arterial (34%). Os transtornos psicológicos, como sintomas de ansiedade e de depressão, estiveram presentes. A ansiedade apareceu em todos os participantes, sendo, na maioria, classificada como mínima (53%). A depressão apareceu em mais da metade dos participantes (52%), sendo a maioria classificada como leve a moderada (39%). A compulsão alimentar esteve ausente (74%) na maioria dos pacientes.

Ainda não há um consenso na literatura sobre os critérios para avaliação psicológica nos candidatos à cirurgia bariátrica. O emprego de diferentes instrumentos e estratégias de avaliação pré-cirurgia pode dificultar a comparação entre os resultados dos vários estudos sobre o assunto.

A elaboração de um protocolo unificado de avaliação psicológica, que permita agrupar e discutir dados de diferentes centros é de grande relevância, bem como acompanhar longitudinalmente a evolução dos pacientes após o procedimento.

Medidas preventivas para ansiedade e depressão de pessoas com obesidade e um acompanhamento com psicólogo para a melhoria da qualidade de vida durante todo o processo da realização da cirurgia poderia ser fundamental.

REFERÊNCIAS

- Abrantes, M. M., Lamounier, J. A., & Colosimo, E. A. (2002). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões sudeste e nordeste. *Jornal de Pediatria*, 78(4), 335–340. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000400014>
- Akamine, A. M. B. C., & Ilias, E. J. (2013). Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 59(4), 316–317. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.001>
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 153–160. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>
- Anjos, L. A. D. (2006). *Obesidade e saúde pública*. Editora Fiocruz.
- Arasaki, C. H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (1st ed., pp. 287–296). São Paulo: Manole.
- Bagdade, P. S., & Grothe, K. B. (2012). Psychosocial Evaluation, Preparation, and Follow-Up for Bariatric Surgery Patients. *Diabetes Spectrum*, 25(4), 211–216. <https://doi.org/10.2337/diaspect.25.4.211>
- Baxter, J. (2010). The place of bariatric surgery in the new decade. *British Journal of Hospital Medicine*, 71(6), 304–305. <https://doi.org/10.12968/hmed.2010.71.6.48428>
- Brilmann, M., Oliveira, M. da S., & Thiers, V. de O. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, 15(1), 39–54. Retrieved from http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2007_1/artigos/IESC_2007-01_Artigo_3.pdf
- Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, M., de Zwaan, M., Wolf, A. M., & Herpertz, S. (2007).

- Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17(6), 785–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17879579>
- Capitão, C. G., & Tello, R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 0–0.
- Carvalho, M. C., & Martins, A. (2004). A obesidade como objeto complexo: Uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1003–1012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400021>
- Cavagioni, L. C., Pierin, A. M. G., & Pierin, G. (2010). Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 455–460. Retrieved from <http://producao.usp.br/handle/BDPI/4014>
- Chaim, E. A., Pareja, J. C., Gestic, M. A., Utrini, M. P., & Cazzo, E. (2017). Preoperative multidisciplinary program for bariatric surgery: a proposal for the Brazilian Public Health System. *Arquivos de Gastroenterologia*, 54(1), 70–74. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.2017v54n1-14>
- D'Ávila, R. L., & Batista e Silva, H. (2010). Resolução CFM Nº 1.942/2010. *Revista CREMESC*, 15. Retrieved from http://arquivos.cremesc.org.br/publicacao/Revista_112_2010/Revista_112_2010/files/assets/downloads/page0015.pdf
- Do Leito, À. B. (2011). Quais as complicações mais frequentes da gastroplastia a Fobi-Capella? como tratá-las?. *Rev Assoc Med Bras*, 57(4), 365-366.
- Fagundes, A. L. N., Ribeiro, D. C., Naspitz, L., Garbelini, L. E. B., Vieira, J. K. P., Silva, A. P. D., ... & Juliano, Y. (2008). Prevalence of overweight and obesity in school children of Parelheiros region in São Paulo city, Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), 212-217.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Do Rio*

Grande Do Sul, 26(1), 47–51. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>

- Fandiño, J. N., & Appolinario, J. C. (2006). Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão, & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (2º, pp. 367–374). Artmed Editora. Retrieved from https://books.google.com.br/books?id=dNHhg3o-bM0C&pg=PR5&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Faria, O. P., Pereira, V. A., Gangoni, C. M. C., Lins, R. D., Leite, S., Rassi, V., & Arruda, S. L. de M. (2002). Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de roux: Análise de 160 pacientes. *Brasília Méd*, 39(1/4), 26–34. Retrieved from <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-356402>
- Ferraz, Á. A. B., Siqueira, L. T. de, Noronha, C. G., Holanda, D. B. R. de, Araújo-Júnior, J. G. C. de, & Muniz, M. G. (2015). Surgical Treatment of Severe Obesity in Teens: late results. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 28, 7–10. <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500S10004>
- Ferreira, A., Santos, O., Raimundo, G., Pegacho, M., & Carvalho, M. (2013). Psychological characterisation of severely obese patients: pre- and post-bariatric surgery. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*, 10(1), 31–42. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Osvaldo_Santos2/publication/258225304_Psychological_characterization_of_severely_obese_patients_pre_and_post-bariatric_surgery/links/00b7d52776bf205573000000.pdf?origin=publication_detail
- Flores, C. A. (2014). Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: Práticas atuais. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 27(Suplemento 1), 59–62.
- Freitas, C. R. M., do Prado, M. C. L., Gomes, P. P., de Almeida, N. C. N., de Lima Ferreira, M. D. N., & do Prado, W. L. (2013). Efeito da intervenção multidisciplinar sobre a insatisfação da imagem corporal em adolescentes obesos. *Revista Brasileira de Atividade*

Física & Saúde, 17(5), 449-456.

Goldberg, M. C., & Limbrunner, H. M. (2008). Therapists in Search of a Treatment Model: Adapting a Cognitive Behavioral Therapy Model for Eating Disorders to a Bariatric Surgery Population. *Bariatric Times: Clinical Developments and Metabolic Insights in Total Bariatric Patient Care*, 17. Retrieved from <http://bariatrictimes.com/therapists-in-search-of-a-treatment-model-adapting-a-cognitive-behavioral-therapy-model-for-eating-disorders-to-a-bariatric-surgery-population/>

Gregori, F. de, Ziulkoski, A. L., Andrighetti, L. H., Lourenço, E. D., & Perassolo, M. S. (2013). Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes dislipidêmicos de um lar de idosos da cidade de Novo Hamburgo-RS. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 16(1), 171–180. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100017>

Harbottle, L. (2011). Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(3), 198–204. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00737.x>

Junges, V. M., Cavalheiro, J. M., Fam, E. F., Closs, V. E., Moraes, J. F., & Gottlieb, M. G. (2017). Impact of roux-en-y gastric bypass surgery (RYGB) on metabolic syndrome components and on the use of associated drugs in obese patients. *Arquivos de Gastroenterologia*. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201700000-11>

Kelles, S. M. B., Machado, C. J., & Barreto, S. M. (2014). Ten-years of bariatric surgery in Brazil: in-hospital mortality rates for patients assisted by universal health system or a health maintenance organization. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27(4), 261-267.

Kelles, S. M. B., Diniz, M. de F. H. S., Machado, C. J., & Barreto, S. M. (2015). Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: Revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 31(8), 1587–1601.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00022714>

- LABS, L. A. of B. S. C., Flum, D. R., Belle, S. H., King, W. C., Wahed, A. S., Berk, P., ... Wolfe, B. (2009). Perioperative Safety in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*, 361(5), 445–454. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0901836>
- Langaro, F., Vieira, A. P. K., Poggere, L. C., & Trentini, C. M. (2011). Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 71–79. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100008
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(3), 324–327. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300013>
- Lopes, P. C. S., Prado, S. R. L. de A., & Colombo, P. (2010). Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 73–78. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100012>
- Magdaleno Jr., R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 31(1), 73–78. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100013>
- Mancini, M. C., & Halpern, A. (2002). Tratamento farmacológico da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(5), 497–513.
- Marcelino, L. F., & Patrício, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12).
- Mariano, M. L. L., Monteiro, C. S., & Paula, M. A. B. de. (2013). Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 38–45.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300005>

- Martins, C. E., & Vieira, F. M. (2011). Consulta de Psicologia no Per-Operatório da Obesidade. *Cadernos de Saúde*, 4(especial Obesidade), 65–67. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70497/2/87921.pdf>
- Mendes, A. A., Ieker, A. S. D., Castro, T. F. de, Avelar, A., & Nardo Júnior, N. (2016). Multidisciplinary programs for obesity treatment in Brazil: A systematic review. *Revista de Nutrição*, 29(6), 867–884. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000600011>
- Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. dos. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 20(3), 698–709. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300006>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–27. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Murtagh, L., & Ludwig, D. S. (2011). State intervention in life-threatening childhood obesity. *JAMA*, 306(2), 206–7. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.903>
- Nassif, D. S. B., Malafaia, O., Nassif, P. A. N., Kuretzki, C. H., Lucas, R. W. das C., & Pinto, J. S. de P. (2011). Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 24(3), 215–218. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000300007>
- NHS. (2011). Obesity and mental health. *National Obesity Observatory*, 1–28. Retrieved from [http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_10266_Obesity and mental health_FINAL_070311_MG.pdf](http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_10266_Obesity_and_mental_health_FINAL_070311_MG.pdf)
- Nissen, L. P., Vieira, L. H., Bozza, L. F., da Veiga, L. T., Biscaia, B. F. L., Pereira, J. H., & Furlan, L. H. P. (2012). Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(24), 184-190.

- Nozaki, V. T., & Rossi, N. M. (2010). Imagem corporal: Cirurgia bariátrica. *Saúde E Pesquisa*, 3(2).
- Oliveira, C. L. D., & Fisberg, M. (2003). Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2), 107-108.
- Opolski, M., Chur-Hansen, A., & Wittert, G. (2015). The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical obesity*, 5(4), 165-197.
- Paixão, J. A. da, & Lopes, M. de F. (2014). Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias. *Saúde Em Debate*, 38(101), 267–276. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140024>
- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*, 23(9), 1743–1760. <https://doi.org/10.1002/oby.21187>
- Pires, C. G. da S., & Mussi, F. C. (2016). Excess weight in nursing junior and senior undergraduate students. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(4). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160098>
- Queiroz, C. de, Sallet, J. A., De Barros e Silva, P. G. M., Queiroz, L. da G. P. de S., Pimentel, J. A., & Sallet, P. C. (2017). Application of BAROS' questionnaire in obese patients undergoing bariatric surgery with 2 years of evolution. *Arquivos de Gastroenterologia*, 54(1), 60–64. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.2017v54n1-12>
- Repetto, G., Rizzolli, J., & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: here, there, and everywhere. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(6), 633-635.
- Resende, A. B. M., Pinheiro, B. P., Paiva, J. V. C., Diogo, M. C., Navarro, F. (2012). A importância do exercício físico no pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Revista*

Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. 3(16), 316-327.

file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/162-639-1-PB.pdf

- Rutledge, T., Adler, S., & Friedman, R. (2011). A Prospective Assessment of Psychosocial Factors Among Bariatric Versus Non-bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 21(10), 1570–1579. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0287-8>
- Santos, L. M. P., Oliveira, I. V. de, Peters, L. R., & Conde, W. L. (2010). Trends in Morbid Obesity and in Bariatric Surgeries Covered by the Brazilian Public Health System. *Obesity Surgery*, 20(7), 943–948. <https://doi.org/10.1007/s11695-008-9570-3>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639–648. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.71>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 6(6), 608–14. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.07.015>
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(SUPPL. 3), 68–72. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580–588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Silva, P. T. de, Patias, L. D., Alvarez, G. da C., Kirsten, V. R., Colpo, E., & Moraes, C. M. B. de. (2015). Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 28(4), 270–273. <https://doi.org/DOI: /10.1590/S0102-6720201500040013> Artigo

- Snyder, A. G. (2009). Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. *The Ochsner Journal*, 9(3), 144–148. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096263/>
- Souto, K. E. P., Meinhardt, N. G., & Stein, A. T. (2004). Evaluation of quality of life and metabolic improvement after jejunoileal bypass in a community of low socioeconomic status. *Obesity Surgery*, 14(6), 823–828. <https://doi.org/10.1381/0960892041590872>
- Tavares, M. da C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal - Conceito e desenvolvimento* (1st ed.). São Paulo: Manole Editora.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. de O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: Revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359–366.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, 132(6), 2226–38. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.03.051>
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: Uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185–194. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>
- WHO. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Technical Report Series*. <https://doi.org/854>
- WHO. (2012). WHO | Obesity and overweight. *WHO*, (311). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO. (2015). WHO | Overweight and obesity. *WHO*.
- WHO. (2016). WHO | Obesity and overweight. *WHO*.
- Witt, J. da S. G. Z., & Schnider, A. P. (2011). Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3909–3916. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000027>

ANEXO A

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

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, freqüentemente, 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 minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto 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, freqüentemente, 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. Freqüentemente, 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 ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão 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 tenha 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.

ANEXO B

HOSPITAL INFANTE D.
HENRIQUE / ASSOCIAÇÃO
BENEFICÊNCIA PORTUGUESA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Caracterização de uma amostra de pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica

Pesquisador: SABRINA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53140815.1.0000.5629

Instituição Proponente: IMPI - INSTITUTO DE MEDICINA E PEDIATRIA INTEGRADAS S/S

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.667.413

Apresentação do Projeto:

A mesma, sendo alterado somente o n de pacientes analisados no Projeto com justificativa plausível de uma melhor análise estatística.

Objetivo da Pesquisa:

O mesmo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O mesmo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O mesmo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Rua Luiz Vaz de Camões, 3150

Bairro: VILA REDENTORA

CEP: 15.015-750

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)2139-1800

Fax: (17)2139-1800

E-mail: cep@beneriopreto.com.br

APÊNDICE

ANAMNESE BARIÁTRICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____
IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ DATA NASC: ____/____/____
FILHOS: _____ PROFISSÃO: _____
IMC ATUAL: PESO ____ X 2.ALT. ____ = ____ MÉDICO: _____
DATA CIRURGIA: ____/____/____ () CONVÊNIO _____ () PARTICULAR
TIPO DA CIRURGIA: _____ NUTRICIONISTA: _____

HISTÓRIA FAMILIAR:

HISTÓRIA DA OBESIDADE:

INÍCIO: () INFÂNCIA _____ () ADOLESCÊNCIA _____ () ADULTO _____

TRATAMENTOS REALIZADOS:

1-() PSICOLOGA 2-() PSIQUIÁTRICO 3-() NUTRICIONISTA 4-() ENDOCRINOLOGISTA

1/ _____ 2/ _____
_____ 3/ _____
_____ 4/ _____

() OBESIDADE FAMILIAR QUEM?? _____

HÁBITOS ALIMENTARES:

() BELISCOS () DOCE () SALGADO
() VORACIDADE () SENTE FOME () VÔMITOS OU LAXANTES
() VONTADE DE COMER _____ () REFRIGERANTE _____

DIÁRIO: _____

DOENÇAS ASSOCIADAS:

() HIPERTENSÃO () DIABETES () DISLIPIDEMIA

() APNEIA DO SONO () PROBL. CARD. () OUTRO _____

MEDICAÇÃO ATUAL: _____

VC ACHA QUE TEM ALGUMA COMPULSÃO? _____

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR/ PESSOAL:

() DEPRESSÃO _____

() ANSIEDADE _____

() ÁLCOOL _____

() CIGARRO _____

() OUTRAS DROGAS _____ () OUTROS TRANSTORNOS _____

ANÁLISE DO MODO DE VIDA:

() SEDENTÁRIO _____ () ATIV. FÍSICA _____

MOTIVAÇÃO PARA A CIRURGIA: _____

MUDANÇAS PÓS CIRURGIA EM SUA VIDA: _____

VERIFICAÇÃO DO APOIO:

() FAMILIAR () AMIGOS () TRABALHO

() CONHECE ALGUÉM QUE FEZ CIRURGIA () ESCLARECIDO SOBRE ASSUNTO

() FOI PALESTRA: _____

ORIENTAÇÃO PÓS CIRURGIA: () SIM () NÃO

SAUDE MENTAL:

Você se considera uma pessoa nervosa? Já procurou melhorar/ ajuda como?

SINTOMAS SOMÁTICOS:

Você tem sentido alguma dor, mal estar, indisposição ultimamente? E você procurou tratamento? (medicação)

IRRITABILIDADE:

Você tem se sentido irritado ou perdido a paciência facilmente? Por quê?

ELAÇÃO:

As vezes você se sente muito alegre, eufórico e entusiasmado, sem que haja uma boa razão pra isso? Ou tem épocas que fica cheio de energia, com muitas idéias?

IDEIAS DE REFERÊNCIA:

Quando você está no meio das pessoas, você sente que as vezes os outros ficam olhando pra você de um jeito diferente, ou com mais atenção? Por quê? E o que você acha que essas pessoas comentam?

ENCAMINHEI PARA: () PSICOTERAPIA () PSIQUIATRIA

ENTREVISTA COM FAMÍLIA: ___/___/___ QUEM? _____

Estas respostas foram dadas pelo candidato e são válidos para o presente momento. Ele está ciente da responsabilidade do mesmo e sobre as intercorrências que podem acontecer durante todo o processo e assume os riscos juntamente com sua família.

ASSINATURAS: _____