UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO

Percepção de qualidade de vida, aspectos nutricionais e autoestima de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 5 anos

ZENAIDE VASCONCELOS MAY CARMO

São Paulo
2023

ZENAIDE VASCONCELOS MAY CARMO

Percepção de qualidade de vida, aspectos nutricionais e autoestima de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 5 anos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu como requisito obrigatório para a obtenção de título de mestre em Ciências do Envelhecimento.

Orientadora: Prof. Dra Adriana Machado Saldiba de Lima
Coorientadora: Prof. Dra. Sandra Regina Mota Ortiz

São Paulo

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Universidade São Judas
Bibliotecária: Marieta Rodrigues Brecht - CRB 8/10384

CDD 22 – 305.260981

C287 Carmo, Zenaide Vasconcelos May
Percepção de qualidade de vida, aspectos nutricionais e autoestima de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica após 5 anos / Zenaide Vasconcelos May Carmo. - São Paulo, 2023. f. XX: il.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Machado Saldiba de Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2023.

1. Obesidade. 2. Cirurgia Bariátrica. 3. Autoestima. 4. Qualidade de Vida. I. Lima, Adriana Machado Saldiba de. II. Universidade São Judas, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências do Envelhecimento. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eu, Prof. Dra Adriana Machado Saldiba de Lima, orientadora do trabalho realizado por Zenaide Vasconcelos May Carmo, declaro que a edição revisada desta dissertação cumpre os requisitos exigidos pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências do Envelhecimento

Adriana Saldiba

_____

Prof. Dra Adriana Machado Saldiba de Lima - Orientadora

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que por momentos, souberam compreender a minha ausência, principalmente em reuniões em família, amigos e trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força, coragem e determinação que senti para começar e terminar o mestrado, um curso que por muitas vezes me senti a prova, diante dos diversos desafios.

Ao meu esposo Moacyr Eduardo, pelo total apoio, sem ele eu não conseguiria realizar este sonho.

À minha orientadora Adriana Machado Saldiba de Lima, que me orientou brilhantemente, com muita paciência e profissionalismo, usando dos seus conhecimentos e da inteira disponibilidade, não tenho palavra para dizer da tamanha importância durante o curso inteiro.

À banca da minha qualificação, professor doutor José Maria Montiel, professora doutora Carla Helena Augustin Schwanke, sou muito grata pelas observações para aprimoramento do meu projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e a Universidade São Judas Tadeu (USJT), pelo apoio e oportunidade para a realização desse trabalho.

E por fim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se realizasse, muito obrigada.

RESUMO

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Autoestima. Qualidade de Vida

A obesidade caracteriza-se como um grande problema de saúde pública, se tornando uma doença crônica associada a várias comorbidades. Intervenções cirúrgicas têm sido empregadas com sucesso no tratamento da obesidade mórbida tardia**.** Estudos já comprovaram essa melhora a curto prazo, mas, novas pesquisas precisam ser realizadas para avaliar o efeito da cirurgia a longo prazo. Desta forma o objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção de qualidade de vida, os aspectos nutricionais, a autoimagem, e a autoestima em mulheres após 5 anos de cirurgia bariátrica. Foi realizado um estudo descritivo com 35 mulheres com mais de 18 anos que se submeteram, após 3 anos, à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089). Os participantes foram selecionados por conveniência. Foi utilizado os seguintes instrumentos: um questionário de identificação com perguntas sociodemográficas, sobre a cirurgia e sobre a saúde, a Escala de Autoestima, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica, Escala de Silhuetas (Rosenberg), e Escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref). Os dados foram compilados no *Software Excel* e submetidos a tratamento estatístico com auxílio do *Software GraphPad Prisma 9.0*. Foi considerado como significância $p<0,05$. A análise de dados evidenciou que as participantes apresentam sobrepeso e insatisfação corporal, com o desejo de perder peso, mas possuem autoestima satisfatória. Os resultados apresentados indicam que a maior parte dessas mulheres se encontram com sobrepeso, mesmo após 5 anos de cirurgia bariátrica, relataram que existe insatisfação corporal, demonstraram desejo de emagrecer, o que pode indicar aspectos emocionais envolvidos, mas consideram que se encontram com boa saúde atualmente, possuem autoestima e não apresentam compulsão alimentar. Além disso, apresentaram percepção satisfatória para a qualidade de vida, quando avaliados os aspectos físicos, os psicológicos, as relações sociais e o meio ambiente, evidenciando um resultado positivo da cirurgia bariátrica a longo prazo. Ressalta-se a importância do acompanhamento multidisciplinar mesmo a longo prazo.

ABSTRACT

Key words: Obesity. Bariatric surgery. Self esteem. Quality of life

Obesity is characterized as a major public health problem, becoming a chronic disease associated with various comorbidities. Surgical interventions have been successfully employed in the treatment of late morbid obesity. Studies have already proven this improvement in the short term, but new researches need to be done to evaluate the long-term effect of surgery. Thus, the aim of this study was to evaluate the perception of quality of life, nutritional aspects, self-image, and self-esteem in women after 5 years of bariatric surgery. A descriptive study was carried out with 35 women over 18 years old who had undergone Roux-en-Y bypass bariatric surgery after 3 years. This project was approved by the Ethics Committee of São Judas Tadeu University (CAAE 46628521.5.0000.0089). The participants were selected by convenience and a form (http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica) with the following instruments was used: an identification questionnaire with sociodemographic, surgery, and health questions, the Self-Esteem Scale, the Periodic Eating Compulsion Scale, the Silhouette Scale (Rosenberg), and the Quality of Life Scale (WHOQOL-bref). The data were compiled in Excel Software and submitted to statistical treatment with the aid of GraphPad Prisma 9.0 Software. Significance was considered $p<0.05$. The data analysis showed that the participants are overweight and have body dissatisfaction, with the desire to lose weight, but have satisfactory self-esteem. The results presented indicate that most of these women are overweight, even after 5 years of bariatric surgery, reported that there is body dissatisfaction, showed a desire to lose weight, but consider themselves currently in good health, have high self-esteem and no binge eating. In addition, they presented a satisfactory perception of quality of life when the physical, psychological, social relationships, and environmental aspects were evaluated, showing a positive long-term result from bariatric surgery.

ÍNDICE

1-Introdução.....10
2-Referencial teórico.....13
2.1 Envelhecimento populacional e no Brasil e no mundo.....13
2.2 Obesidade no Brasil e no mundo.....13
2.3 Cirurgia Bariátrica.....14
2.4 Procedimentos cirúrgicos.....15
2.5 Orientações nutricionais para pacientes submetidos à cirurgia.....17
2.6 Efeitos da cirurgia bariátrica e curto e longo prazo.....21
2.7 Sucesso e riscos da cirurgia bariátrica.....22
3- Justificativa.....26
4- Objetivo.....27
5- Materiais e métodos.....28
5.1. Apreciação Ética 28
5.2. Desenho do estudo.....28
5.3. Instrumentos de coleta virtual.....28
5.3.1 Questionário de identificação.....28
5.3.2 Escala de autoestima 39
5.3.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica 39
5.3.4 Escalas das Silhuetas.....31
5.3.5 Instrumento WHOQOL-bref para avaliar a Qualidade de vida 31
5.4. Procedimentos de Análise dos Dados.....32
6. Resultados.....33
7. Discussão.....40
8. Considerações finais.....47
9. Referências.....48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados descritivos do estado civil, escolaridade e renda familiar, tabagismo, drogas, situação de saúde, acompanhamento psicológico, cirurgia plástica, alimentação, estresse, ansiedade, autoestima, interferência das redes sociais, participantes 34

Tabela 2: Dados descritivos das participantes e perguntas específicas sobre a Cirurgia Bariátrica 37

Tabela 3: Autoestima, compulsão alimentar e imagem corporal das participantes...38

Tabela 4: Valores de média ± desvio padrão dos escores obtidos pela aplicação do WHOQOL-bref para avaliação da Qualidade de vida 38

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Parecer e aprovação do Comitê de Ética 59

Anexo 2: Escala de Autoestima (Rosemberg).....68

Anexo 3: Escala de compulsão alimentar periódica.....71

Anexo 4: Escalas de Silhuetas.....76

Anexo 5: WHOQOL-Bref (qualidade de vida) 77

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice 1: TCLE Virtual.....66

Apêndice 2: Carta Convite.....88

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Para o diagnóstico em adultos, o parâmetro utilizado mais comumente é o do índice de massa corporal (IMC) que é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. É o padrão utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), que identifica o peso normal quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9. Para ser considerado obeso, o IMC deve estar acima de 30. O excesso de peso pode estar ligado a hábitos alimentares inadequados, a condições genéticas ou a disfunções endócrinas. Atualmente, a obesidade pode ser definida como uma doença crônica, não contagiosa, de difícil controle, caracterizada por excessivo acúmulo de gordura nos tecidos adiposos (Tavares et al, 2010). Todavia, para além da ênfase nos fatores genéticos e fisiológicos, a obesidade também pode ser analisada sob o enfoque dos diferentes significados socioculturais a ela atribuídos, os quais se referem a aspectos como beleza, saúde e doença (Vasconcelos & Costa Neto, 2008)

Assim a cirurgia bariátrica (CB) tem sido reconhecida como um tratamento eficaz para a obesidade mórbida, por manter uma redução ponderal estável em longo prazo e reduzir comorbidades com impacto favorável na mortalidade (Buchwald et al, 2004; Ocón, García et al, 2010). A cirurgia tem se mostrado uma das principais estratégias de perda de peso em pacientes que não conseguem obter sucesso com o tratamento clínico e mudança nos hábitos de vida (Lucas et al, 2020).

Dessa forma, embora com taxas de sucesso cirúrgico sejam altas, a cirurgia bariátrica ainda oferece determinados riscos, podendo refletir em consequências à saúde e à qualidade de vida do paciente. Alguns efeitos controversos podem ser: pacientes que tinham compulsão alimentar podem passar a fazer o abuso de substâncias toxica e gastos excessivos (Ehrenbrink et al, 2009); além disso, pode haver alterações emocionais, como sintomas ansiosos e depressivos (Leal & Baldin, 2007). O emagrecimento rápido provocado pela cirurgia bariátrica, ainda pode trazer complicações quanto à imagem corporal, levando o paciente ao não reconhecimento de si mesmo. Dessa forma, salienta-se a extrema importância no acompanhamento nutricional e psicológico a longo prazo (Hrabosky et al, 2006). A definição do sucesso do tratamento cirúrgico para a obesidade deve transcender a simples mensuração da curva de peso, deve ampliar fatores como a melhora das condições clínicas

associadas e a melhoria da qualidade de vida, aspectos de autoestima, estado físico, condição social, capacidade de trabalho e desempenho sexual (Farias et al, 2006; Buchwald et al, 2004; Jama, 2005).

As mudanças na forma física do corpo podem não ser acompanhadas por mudanças imediatas na imagem corporal, uma vez que as mudanças psicológicas podem ocorrer mais lentamente, existindo então a possibilidade de que, mesmo com uma perda significativa do peso, ainda persista uma percepção de imagem corporal de obeso, exigindo uma lenta reestruturação perceptiva (Pruzinsky & Edgerdon, 1990, Tavares, 2003).

A compulsão alimentar ocorre quando um indivíduo come muito mais do que se é indicado. Outra característica marcante é a sensação de falta de controle sobre o que está sendo ingerido, o que traz um sentimento de tristeza, culpa ou vergonha após (Bernardi et al, 2005). É um tipo de transtorno alimentar, e pode estar relacionado à depressão, à ansiedade. De modo geral, os transtornos alimentares podem reduzir a qualidade de vida dos indivíduos.

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1998). A autoestima corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo (Schultheisz & Aprile, 2013). Portanto “A avaliação da qualidade de vida relacionada ao estado de saúde é um fator importante na verificação do impacto causado pela doença no bem-estar do indivíduo, em especial naqueles que apresentam outras comorbidades” (Barros et al, 2014), bem como pelo tratamento médico indicado, por exemplo, realizando comparativos antes e depois do procedimento cirúrgico, no caso da cirurgia bariátrica. Desse modo, a necessidade crescente de analisar sistematicamente a qualidade de vida das pessoas na sua relação com o estado de saúde foi terreno fértil para impulsionar a construção de instrumentos psicométricos voltados para essa temática (Kolotkin et al, 2001; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

Sobre os aspectos emocionais, a autoestima reflete-se na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas nos outros. Está relacionada ao quanto o sujeito está satisfeito ou insatisfeito em relação a sua vida, suas experiências, sua forma de viver e ver o mundo. A baixa autoestima é uma condição que pode funcionar como fator de vulnerabilidade e insegurança

individual, por regular as emoções negativamente, o que pode levar o indivíduo a episódios de compulsão alimentar. A relação do indivíduo com seu corpo ganhou Importância significativa, fruto da expressão psíquica, de uma identidade social e de um modo de vida (Campos & Rosa, 2008).

Do ponto de vista psicossocial os indivíduos obesos vivenciam prejuízos significativos os quais afetam múltiplos aspectos de suas vidas (Paul, 2001). Em função desses diversos prejuízos, bem como das diferentes formas de discriminação, as pessoas obesas têm experimentado problemas relacionados à depreciação e à insatisfação com a imagem corporal (Nogueira et al, 2005). Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, e essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas (Cash & Pruzinsky, 2002). A percepção do peso corporal é um fator central nos transtornos alimentares (Nunes et al, 2001). Kakeshita (2004) considera a autoimagem um importante componente da autoestima. Elas refletem os papéis sociais ocupados pelo indivíduo e, desta forma, estão sempre em mudança na medida em que a pessoa adquire experiências na vida cotidiana, ocupacional e de lazer.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo

O envelhecimento populacional é um dos fatos mais relevantes do século XXI. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano e, estima-se que, em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compondo essa faixa etária (*United Nations Population Fund*, 2012), Fundo de População das Nações Unidas, organismo da ONU responsável por questões populacionais.

Atualmente, 55,7% da população adulta do Brasil estão com excesso de peso e 19,8% é obesa, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel/MS), de 2018. Esse inquérito mostra ainda que 7,7% da população adulta apresenta diabetes e 24,7%, hipertensão – doenças que podem estar relacionadas à obesidade. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, indica que, dentre os adultos com diabetes, 75,2% têm excesso de peso e, entre os adultos com hipertensão, 74,4% têm excesso de peso. Assim, o Brasil atingiu a maior prevalência de obesidade (19,8%) em adultos nos últimos treze anos. Entre 2006 e 2018, o percentual cresceu 67,8% (Vigitel Brasil, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, foram realizadas em 2008 um total de 3.195 operações bariátricas em hospitais que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando aumento significativo de 542% desde o ano de 2001(Ministério da Saúde, 2009).

2.2 Obesidade no Brasil e no mundo

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Para o diagnóstico em adultos, o parâmetro utilizado mais comumente é o do índice de massa corporal (IMC). O IMC é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. É o padrão utilizado pela Organização Mundial

da Saúde (OMS) (1995), que identifica o peso normal quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9. Para ser considerado obeso, o IMC deve estar acima de 30. A obesidade é fator de risco para uma série de doenças. A obesidade é um dos principais fatores de risco para várias doenças não transmissíveis (DNTs), como diabetes tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral e várias formas de câncer. O excesso de peso pode estar ligado ao patrimônio genético da pessoa, a maus hábitos alimentares ou, por exemplo, a disfunções endócrinas (Brasil, 2014; OMS, 1995).

No Brasil, a pesquisa entre os anos de 2008 e 2009 de Orçamentos Familiares do IBGE demonstrou prevalência de obesidade na população brasileira de 16,9% e 12,4% entre as mulheres e os homens respectivamente (IBGE, 2010; Júnior et al., 2011). O predomínio de mulheres na amostra provavelmente decorre do fato destas procurarem mais o tratamento para o controle da obesidade (Francischi et al., 2000; Vieira et al., 2009). A média da idade encontrada na população estudada mostra valor semelhante a outros estudos realizados com obesos mórbidos, evidenciando população relativamente jovem já necessitando de um procedimento tão complexo para o tratamento da obesidade (Alvarado et al., 2005; Balduf et al., 2009; Lima & Sampaio,2007).

2.3 Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica é o método mais eficiente de tratamento da obesidade grave. A perda de peso varia de 20 a 40% do peso inicial, ou de 60 a 80% do excesso de peso, dependendo do método cirúrgico empregado que pode ser puramente restritivo, misto com maior componente restritivo ou disabsortivo (Machanick et al., 2010). A perda máxima de peso ocorre entre 18 e 24 meses de pós-operatório, mas, com o passar dos anos, uma recuperação de 10 a 15% do peso mínimo atingido é considerada normal (Sjöström, 2018).

Sabe-se que nas operações de derivação gastrojejunal (bypass gástrico) ou de derivação biliopancreática ocorre aumento da secreção de GLP-1, que estimula a hiperplasia da célula beta pancreática e a produção de insulina (ação incretínica) e tem ação sacietógena (Laferrère, 2009).

A cirurgia tem se mostrado uma das principais estratégias de perda de peso em pacientes que não conseguem obter sucesso com o tratamento clínico e mudança

nos hábitos de vida (Lucas et al., 2020). Existem diversas variáveis que influenciam no emagrecimento, pois sabe-se que os diferentes indivíduos com IMC semelhantes, mesmo quando submetidos à mesma técnica de cirurgia bariátrica, apresentam diferentes resultados na perda de peso a longo prazo (Lucas et al., 2020).

Apesar de fatores individuais metabólicos, genéticos e hábitos de vida, percebeu-se que os pacientes apresentam diferentes comprimentos de intestino delgado, e que esse fato poderia apresentar associação com a perda de peso, tendo em vista que o delgado é primariamente responsável pela absorção dos diferentes nutrientes. Além disso, na cirurgia de Fobi-Capella, uma das técnicas mais utilizadas, diferentes cirurgiões utilizam comprimentos distintos de comprimento de alça alimentar e biliopancreática, suscitando-se a hipótese de que esses comprimentos poderiam influenciar na perda de peso (Hamoui et al., 2008; Schultheisz, & Aprile, 2013; Zorrilla-Nunez, et al., 2019). A cirurgia bariátrica tem indicação bem estabelecida nos casos do índice de massa corporal (IMC) > 40 kg/m^2 ou IMC > 35 kg/m^2 com comorbidades (Costa et al., 2014).

2.4 Procedimentos cirúrgicos

Os procedimentos cirúrgicos bariátricos podem ser classificados em técnicas de restrição, má absorção e mistas. Cirurgias mistas são procedimentos que conciliam os componentes restritivos e mal absortivos, criando um reservatório gástrico separado do resto do estômago com ligação diretamente ao jejuno. É o caso do Bypass Gástrico Roux-em-Y (BGRY) (Figura 01) (Kral et al, 2010). A cirurgia bariátrica realizada por laparoscopia se tornou técnica preferencial, por ser minimamente invasiva, levando a menor trauma cirúrgico, com diminuição da morbidade e do tempo de recuperação pós-operatório (Shimon et al, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a história da cirurgia bariátrica no Brasil começa na década de 1970 com os trabalhos iniciais do cirurgião da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) Salomão Chaib utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (1969). Apesar de no início os resultados terem sido desanimadores, com problemas de segurança para pacientes e resultados limitados, médicos e cirurgiões capitaneados por Arthur Garrido Jr mantiveram pesquisas e acompanharam as principais tendências

internacionais da especialidade, trilhando agora um novo caminho aberto na década de 1980 por Edward E. Mason, M.D, cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – ele foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, que levou ao desenvolvimento de técnicas como o bypass gástrico, gastroplastia horizontal e gastroplastia vertical com anel de polipropileno.

Durante a década de 1990 outras técnicas como a derivação bíliopancreática de Scopinarop e, principalmente, o aprimoramento das derivações gástricas em Y de Roux passaram a oferecer maior segurança e resultados mais consistentes em médio e longo prazo. A gastroplastia vertical com anel de Mason foi progressivamente substituída como abordagem de restrição puramente mecânica pelo emprego das bandas gástricas ajustáveis, logo adaptadas à via vídeo laparoscópica.

As derivações biliopancreáticas ganharam a variante “duodenal switch” de Hess e Marceau. Na entrada do novo milênio, as técnicas disponíveis passam a ter execução possível por videolaparoscopia, hoje consenso de indicação primária aumentando ainda mais a segurança do procedimento e principalmente diminuindo a morbidade e a mortalidade destas operações. Atualmente novas técnicas e abordagens surgem para o tratamento cirúrgico da obesidade grave e de doenças metabólicas, mesmo quando não há acúmulo acentuado de tecido gorduroso no organismo. O entendimento ampliado dos reflexos das intervenções no tubo digestivo nos mecanismos neuro-humorais tem estimulado novas ideias, ainda em comprovação científica. A visão multidisciplinar também ganhou maior relevância: o entendimento que o tratamento cirúrgico é muito mais do que operar permitiu a maior participação de endocrinologistas, nutrólogos, psiquiatras, cardiologistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas educadores físicos e outros profissionais da saúde. Essa atuação conjunta evita complicações cirúrgicas imediatas e tardias, obtém resultados satisfatórios quanto a perda e a manutenção do peso perdido e abre caminho para o treinamento mais qualificado de novas equipes. Um bom preparo pré-operatório e um acompanhamento eficaz de longo prazo são realidades no tratamento bariátrico e metabólico e estão cada vez mais valorizadas.

2.5 Orientações nutricionais para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Segundo o Guia Alimentar Bariátrico (GAB), 2018), o Modelo de Prato Bariátrico (MPB) pode ser uma forma adequada de orientação nutricional após a

cirurgia da obesidade. O paciente submetido à cirurgia bariátrica, seja pela técnica mista bypass gástrico, como pela restritiva gastrectomia vertical, precisa manter ordem nutricional rigorosa, com o intuito de promover perda de gordura subcutânea e preservação de massa muscular (De Luca et al, 2016). A operação por se promove a tão desejada perda ponderal, mas a reeducação alimentar e a atividade física são prioritárias. O guia alimentar mais utilizado é a Pirâmide Alimentar (Moizé et al, 2010), não traduz exatamente para o paciente como compor o seu prato diariamente. O processo de reeducação alimentar é fundamental para vários tipos de situações que necessitam de cuidados alimentares especiais. O primeiro modelo de prato surgiu para tratar cardiopatas e dislipidêmicos (Camelon et al, 1998). É uma forma simples de orientação nutricional porque visa o objetivo maior do orientado, que é sua compreensão na realidade diária em que vive. Facilitar o processo educacional é papel do nutricionista. Para a orientação é necessário criar um método claro e praticável para o operado. A cirurgia bariátrica é forma eficaz de perda ponderal, mas para resultados em longo prazo a qualidade alimentar deve ser priorizada, já que a capacidade volumétrica do estômago está reduzida e exige alimentos nutritivos para suprí-la. Há mudança natural no perfil alimentar do operado com diminuição da ingestão de doces em geral, altamente palatáveis e energéticos e aumento no consumo de alimentos hiper proteicos (Hansen et al, 2016).

Restrição calórica depois da cirurgia bariátrica, tanto pela técnica restritiva como mista, necessita de diminuição de ingestão calórica diária compatível com a diminuição do suco gástrico. Com isso o valor calórico diário ingerido por um operado inicia em média com 500 kcal na alimentação líquida e evolui gradativamente até a consistência sólida até 1.200 kcal diárias. As recomendações nutricionais após a cirurgia bariátrica estão descritas em diretrizes que citam a necessidade proteica de 1,0 a 1,5 g/kg de peso ideal (60-80 g/dia, 25%), carboidratos (45%) e lipídios (30%) (Aills et al, 2008).

As fontes de proteínas podem ser encontradas em ampla variedade de alimentos de origem animal e vegetal. A carne, os ovos, o leite e o peixe são fontes completas. Entre os principais vegetais ricos em proteína estão os legumes, principalmente o feijão, as lentilhas, a soja e o grão-de-bico. A maioria dos aminoácidos está disponível na alimentação humana, mas situações especiais, como a cirurgia bariátrica, necessita de suplementação. Os aminoácidos essenciais são os que o organismo não é capaz de sintetizar por si próprio e devem ser obtidos pelo

consumo de alimentos que contenham proteínas, as quais são transformadas em aminoácidos durante a digestão (Aills et al, 2008). A maioria dos aminoácidos está disponível na alimentação humana, mas situações especiais, como a cirurgia bariátrica, necessita de suplementação. Quando o corpo não recebe as quantidades de proteínas necessárias verifica-se insuficiência e desnutrição proteica, a qual pode provocar uma série de doenças, entre as quais o Kwashiorkor (desnutrição por falta de proteica), a alopecia (perda de cabelo), a perda muscular intensa nos pós bariátricos (Aills et al, 2008). Muitos operados podem desenvolver intolerância aos alimentos proteicos ricos em ferro devido à falta de mastigação adequada e pela diminuição do ácido clorídrico e de enzimas proteolíticas como pepsinogênio. O seu uso deve ser encorajado através de treinamentos específicos de mastigação e fracionamento das refeições (Mechanik, 2013).

A metade do prato, (50%) deve constar de proteínas. Para refeições como almoço e jantar, deve-se colocar fontes de proteínas ricas em ferro como carnes - bovina, frango, peixe e ovos - para compor metade do prato, ou seja, 50% do total que se vai ingerir. Usar sempre opções pobres em gordura. A média de ingestão alimentar dos pacientes operados é em torno de 4-6 colheres de sopa de alimentos por refeição. Portanto, seriam 2-3 colheres de sopa de alimentos, advindos das proteínas. Como elas estão acompanhadas de algum teor de lipídios, a orientação é usar na sua forma assada, cozida ou grelhada para minimizar o valor calórico e facilitar o consumo pelo paciente operado (Mechanik, 2013).

O ideal da quantidade de proteínas é de até 30 g por refeição no primeiro ano após a operação e como a ingestão alimentar está aquém do esperado, incentiva-se o uso de proteínas de alto valor biológico, como o *Whey Protein,* um a dois medidores por dia, com média de 25 g de proteínas em medida (Aills et al, 2008; Gesquiere et al, 2016). A vitamina B12 na dose intramuscular mensal 5000 mcg ou via oral 350 mcg por dia; ferro em 18 mg via oral para homens, 50-100 mg via oral para mulheres em idade reprodutiva. Em alguns casos específicos pode haver a necessidade de uso de ferro endovenoso (ferritina abaixo de 30 mg/dL); cálcio em 2000 mg por dia; polivitamínico suficiente para atingir 200% da RDA para micronutrientes (Aills et al, 2008; Gesquiere et al, 2016).

As fontes alimentares proteicas ricas em ferro devem ser usadas em refeições separadas como almoço e jantar, das refeições ricas em cálcio como café da manhã e lanches para favorecer a absorção destes micronutrientes (Cozzolino, & Manole,

2005; Mehaffey & Mullen, 2017). A suplementação de proteínas é fundamental, para atingir as necessidades nutricionais diárias após a cirurgia bariátrica, como as proteínas do leite (caseína ou proteína do soro de leite), pode ser estratégia interessante no manejo nutricional desses pacientes, pois fornecem aminoácidos essenciais diretamente envolvidos na síntese proteica muscular, consequentemente melhorando o estado nutricional geral (Phillips, 2016). O uso de suplementos em pó deve iniciar já no primeiro dia de alimentação líquida e permanecer ao longo da vida. Ideal usar fórmula isolada, hidrolisada, sem lactose, sem glúten e sem sacarose para facilitar a adesão de uso. O pó pode ser diluído em água por ser melhor absorvido, ou em leite desnatado (Mechanik, 2013).

Os carboidratos integrais como pães, arroz, massas e cereais tendem a diminuir a absorção de açúcares e gorduras o que favorece a saúde cardiovascular, além de promover melhor a saciedade (Winkvist et al., 2017). Os lipídios são macronutrientes importantes para fornecer ácidos graxos essenciais, são compostos químicos insolúveis na água. São macronutrientes importantes para fornecer ácidos graxos essenciais. As fontes sugeridas são: óleo de canola e azeite de oliva. O óleo de canola é encorajado por ser seguro para o ser humano, bem como pelos seus efeitos positivos em variáveis como redução do crescimento de células tumorais, elevação da capacidade antioxidante, aumento da sensibilidade à insulina e tolerância à glicose bem como redução dos triglicérides total e redução de LDL colesterol (Lin et al, 2013). Acrescenta-se ainda a prevenção da alopecia em pacientes operados.

Um terço do prato (30%) deve ser ocupada pelo grupo de vitaminas, minerais e fibras, representado pelas frutas e vegetais em geral. São alimentos fibrosos que demandam mastigação. Os nutrientes mais importantes e mais discutidos são as vitaminas A, D, B12, B1, cálcio e ferro (Aills et al, 2008; Mechanik, 2013). As vitaminas hidrossolúveis, como as do complexo B, necessitam ser consumidas cruas para manterem seu valor nutricional.

A vitamina B1 (tiamina) está presente no germe de trigo, feijões, nozes, sementes e arroz integral. É importante para os operados porque os protege do beribéri bariátrico, que é complicação pós-operatória que pode levar o paciente a complicações cardiológicas e neurológicas graves, edema e ambliopia nutricional. Sua suplementação em situações graves pode chegar até 100 mg/dia. Um polivitamínico completo pode atender às necessidades diárias das vitaminas, sempre aliado à ingestão alimentar suficiente. A vitamina B2 ou riboflavina é encontrada em abacate,

laticínios, ovos, nozes, germe de trigo e levedo. É muito importante na respiração celular, manutenção e restauração dos tecidos. A vitamina B3 ou niacina é essencial para a saúde da pele, participa no metabolismo dos carboidratos, protege o sistema digestório e o sistema nervoso. Suas fontes mais ricas são peixes, fígado, carne, amendoim levedo e grãos integrais (Aills et al., 2008).

A vitamina B12 ou cianocobalamina, ao contrário, está presente apenas em alimentos de origem animal, normalmente ricos em proteínas como carnes, leite e seus derivados. Sua absorção fica bastante prejudicada após o *bypass* gástrico devido à redução do fator intrínseco estomacal e perda de seu sítio absortivo que é o íleo. Sua carência é risco para o sistema nervoso, porque pode causar esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração e formigamento em mãos e pés. Mesmo que o paciente consuma estes alimentos, esta vitamina deve ser reposta permanentemente ao longo da vida, seja via oral, intramuscular ou sublingual (Aills et al., 2008; Mechanik, 2013).

A biotina (vitamina H) é do complexo B não rosável pelas tradicionais análises hematológicas, mas ela é muito importante para manutenção da saúde de cabelos, pele e unhas e deve ser reposta sempre que houver queixa. Na alimentação habitual ela está presente na gema de ovo, germe de trigo e produzida pelas bactérias intestinais (Trüeb, 2016).

A vitamina D ou colecalciferol é importante para a manutenção do peso e para o metabolismo ósseo. Suas fontes alimentares são limitadas em leite e derivados, ovos e fígado. Sua maior fonte é a luz solar, por isso é indicado ao paciente tomar sol diariamente, de preferência sem protetor solar por 15 min. A suplementação sintética é rotina tanto no período pré como no pós-operatório, em média 2000 UI por dia (Flores, Moizé, & Pujol, 2015).

O uso de suplementos nutricionais é obrigatório e exige controle metabólico periódico para se analisar a necessidade de cada nutriente específico. O uso de proteína de alto valor biológico, como o *Whey Protein*, pode melhorar a composição corporal em mulheres além de prevenir a recidiva de peso (Mechanik, 2013). Consumo de água é indispensável para várias reações do organismo e faz papel fundamental para o funcionamento intestinal, cerebral, pulmonar, renal e cardiológico, sendo um consumo de 30 ml/kg de peso ideal por dia se pode evitar a formação de cálculos biliares e renais (Mechanik, 2013).

A prática de atividade física diária é encorajada a partir do 30º dia após a cirurgia bariátrica. Educador físico deve planejar e orientar o exercício adequado para cada paciente. O objetivo maior deve ser a preservação e recuperação de massa magra e eliminação da massa gorda. Com isso há maior chance de manutenção de peso em longo prazo (Delgado et al., 2015).

A resolução CFM n° 1.766/05. Disponível em: http:// www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/ 1766_2005.htm relata que estudos têm demonstrado alterações no estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, as quais podem aparecer após semanas e/ou anos.

Os macronutrientes encontrados em níveis deficientes podem incluir proteínas e lipídeos e os micronutrientes mais frequentemente relacionados à complicações nutricionais são vitamina B12, ferro, cálcio e vitamina D3. (Malinowski, 2006; Mauri, 2007). A deficiência de vitamina D-25 foi constatada, no estudo de Madan et al. 2006), em 40% dos pacientes no momento pré-operatório e em 21% no pós-operatório. Já Mauri et al. 2007) observou que dos 109 pacientes obesos estudados e acompanhados após terem sido operados, os níveis de vitamina D3-25-OH estavam significantemente mais baixos que o nível basal após seis meses da operação. Além disso, 31,7% dos pacientes tiveram a necessidade de receber doses altas de suplementação de vitamina D.

2.6 Efeitos da cirurgia bariátrica e curto e longo prazo

Apesar de serem intensamente estudados, os fatores individuais metabólicos, genéticos e hábitos de vida, percebeu-se que os pacientes apresentam diferentes comprimentos de intestino delgado, e que esse fato poderia apresentar associação com a perda de peso, tendo em vista que o delgado é primariamente responsável pela

absorção dos diferentes nutrientes. Além disso, na cirurgia de Fobi-Capella, uma das técnicas mais utilizadas em nosso meio, diferentes cirurgiões utilizam comprimentos distintos de comprimento de alça alimentar e biliopancreática, suscitando-se a hipótese de que esses comprimentos poderiam influenciar na perda de peso (Hamoui et al.,2008; Schultheisz & Aprile, 2013; Zorrilla-Nunez et al, 2019).

Nos últimos anos, a cirurgia bariátrica vem promovendo a melhora do controle glicêmico em longo prazo em pacientes obesos por meio de diversas técnicas, entre elas o desvio gástrico laparoscópico em Y de Roux, a gastrectomia laparoscópica com desvio biliopancreático e mais recentemente a gastrectomia vertical (GV) (Buchwald & Oien, 2013). Em casos de reganho excessivo e, dependendo do método cirúrgico empregado inicialmente, operações revisionais poderão ser indicadas para a correção de falhas técnicas ou mudança de técnica, por exemplo, transformação de banda gástrica ajustável em bypass gástrico (Kellogg, 2011).

2.7 Sucesso e riscos da cirurgia bariátrica

A definição do sucesso do tratamento cirúrgico para a obesidade deve transcender a simples mensuração da curva de peso, que, apesar de ser importante, não abarca todos os fatores que são importantes de serem avaliados, tais como a melhora das condições clínicas associadas e a melhoria da qualidade de vida, aspectos de autoestima, estado físico, condição social, capacidade de trabalho e desempenho sexual (Farias, 2006; Buchwald, 2004; Jama, 2005).

Embora com taxas de sucesso cirúrgico sejam altas, a cirurgia bariátrica, também conhecida como cirurgia metabólica, ainda oferece determinados riscos, podendo refletir em consequências à saúde e à qualidade de vida do paciente. Alguns efeitos controversos podem ser observados em alguns casos após a cirurgia, como: pacientes que tinham compulsão alimentar podem passar a fazer o abuso de substâncias e gastos excessivos (Ehrenbrinh, 2009), além disso, pode haver alterações emocionais, como sintomas ansiosos e depressivos, quando paradoxalmente ocorre ganho de peso (Leal & Baldin, 2007).

O emagrecimento rápido provocado pela cirurgia bariátrica, ainda pode trazer complicações quanto à imagem corporal, levando o paciente ao não reconhecimento de si mesmo, pela perda das roupas antigas, ou pelo surgimento de excesso de pele após a perda de peso, ocasionando tristezas. Dessa forma, salienta-se a extrema

importância no acompanhamento nutricional e psicológico a longo prazo (Hrabosky et al, 2006).

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1998). A autoestima corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos (Schultheisz & Aprile, 2013). A autoestima reflete-se na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas nos outros. Se evidencia nas respostas dadas pelas pessoas diretamente e indiretamente às diferentes situações da vida. A autoestima está relacionada ao quanto o sujeito está satisfeito ou insatisfeito em relação a sua vida, suas experiências, sua forma de viver e ver o mundo. Quando sua manifestação é positiva o indivíduo tende a se sentir confiante, competente e completo na sua vida, porém quando é negativa, tende a se sentir inseguro, triste e desmotivado (Schultheisz & Aprile, 2013).

O bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) é a operação mista mais frequentemente utilizada e apesar dos resultados sobre a perda de peso estarem comprovados e bem documentados, tem-se observado algum grau de recuperação do peso perdido no período de dois a três anos após o procedimento (Christou, 2006; Magro, 2008; Pories, 2008). A recuperação de peso corporal após a operação reforça o conceito de que obesidade é doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico mesmo após a operação (Oria & Moorehead, 1998; Malinowski, 2006).

Segundo Oliveira & Silva, 2014, apontaram nos resultados de seu trabalho que pacientes com obesidade grau II (IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m²) depois da cirurgia bariátrica, apresentaram níveis inferiores de depressão e ansiedade em relação aos pacientes com obesidade grau III (IMC > que 40 Kg/m²) que esperavam pela cirurgia bariátrica. Nos estudos de Zaldivar (2009) e Almeida (2012), os indivíduos obesos grau II que passaram pela cirurgia bariátrica apresentaram melhoras significativas, com relação à ansiedade e à depressão.

A cirurgia bariátrica tem sido considerada método eficaz para o tratamento da obesidade mórbida (Cecconello, 2010). Mesmo sendo um tratamento resolutivo para doenças complexas, evidencia-se intensa busca de indivíduos obesos pela cirurgia

bariátrica, tendo como demanda principal apropriação da imagem corporal determinada pelos padrões estéticos atuais e não a busca de cura de patologias associadas. Esta demanda se fundamenta na busca de retornos sociais, acompanhada pelo desejo imediato de mudança de vida (Frois et al, 2011).

Do ponto de vista psicossocial os indivíduos obesos vivenciam prejuízos significativos os quais afetam múltiplos aspectos de suas vidas (Paul, 2001). Em função desses diversos prejuízos, bem como das diferentes formas de discriminação, as pessoas obesas têm experimentado problemas relacionados à depreciação e à insatisfação com a imagem corporal (Nogueira et al, 2005).

Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, e essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas (Cash & Pruzinsky, 2002). A mídia é, em grande parte, responsável por essa internalização de que o corpo ideal é o corpo magro, o que pode funcionar como um fator propulsor de distúrbios alimentares e psiquiátricos por produzir uma imagem corporal negativa (Thompson & Sitce, 2001).

A percepção do peso corporal é um fator central nos transtornos alimentares (Nunes et al, 2001). As mulheres são mais suscetíveis aos padrões impostos pela mídia, buscam mais os tratamentos para a obesidade e apresentam maior frequência de distúrbios alimentares e psiquiátricos (Matos et al., 2002). Este fato pode ser observado também em adolescentes, pois entre eles as meninas possuem uma maior insatisfação corporal quando comparadas aos meninos (Kostanski, 1998). Kakeshita (2004) considera a autoimagem um importante componente da autoestima. Pinquart e Sörensen (2001) afirmam que estas duas variáveis estão interligadas, sendo dependentes uma da outra. Elas refletem os papéis sociais ocupados pelo indivíduo e, desta forma, estão sempre em mudança na medida em que a pessoa adquire experiências na vida cotidiana, ocupacional e de lazer.

Embora a cirurgia bariátrica seja uma eficiente terapia para a perda de peso, quando esta é intensa e muito rápida, pode também promover mudanças rápidas na imagem corporal (Franques, 2002). Entretanto, mudanças na forma física do corpo podem não ser acompanhadas por mudanças imediatas na imagem corporal, uma vez que as mudanças psicológicas podem ocorrer mais lentamente, existindo então a possibilidade de que, mesmo com uma perda significativa do peso, ainda persista uma

percepção de imagem corporal de obeso, exigindo uma lenta reestruturação perceptiva (Pruzinsky & Edgerdon, 1990; Tavares, 2003).

A compulsão alimentar ocorre quando um indivíduo come muito mais do que se é indicado para uma dieta saudável e natural, quando se compara com a maioria das pessoas, por exemplo, tanto em termos da quantidade quanto da circunstância na qual se encontra e do tempo que levou para comer. Outra característica marcante é a sensação de falta de controle sobre o que está sendo ingerido, o que traz um sentimento de tristeza, culpa ou vergonha após (Bernardi et al, 2005). A compulsão alimentar é um tipo de transtorno alimentar, e pode estar relacionado à depressão, à ansiedade e ao abuso de substâncias. De modo geral, os transtornos alimentares podem reduzir a qualidade de vida dos indivíduos, causar dificuldade nas relações sociais, como por exemplo no ambiente de trabalho ou em tarefas cotidianas (Azevedo et al, 2004).

A baixa autoestima é uma condição que pode funcionar como fator de vulnerabilidade e insegurança individual, por regular as emoções negativamente, o que pode levar o indivíduo à episódios de compulsão alimentar. Além disso, dietas com restrição alimentar excessiva podem causar modificações metabólicas, hormonais e psicológicas que predispõem a pessoa a perder o controle da sua ingestão de comida (Azevedo et al, 2004).

A relação do indivíduo com seu corpo ganhou Importância significativa, fruto da expressão psíquica, de uma identidade social e de um modo de vida (Campos & Rosa, 2008). A exigência de uma aparência magra e as formas de emagrecimento vêm sendo mais enfatizadas, sem necessariamente representar melhora na qualidade de vida dos indivíduos (Nozaki & Rossi, 2010).

3. JUSTIFICATIVA

A cirurgia bariátrica pode melhorar a qualidade de vida, pois facilita a locomoção corporal, diminui os prejuízos psicossociais e de autoestima, evitando doenças crônicas e metabólicas. Acredita-se que quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e nutricionais, ocorra melhora a curto e longo prazo. Entretanto, mais estudos são necessários para o melhor entendimento dos resultados à longo prazo, uma vez que pode haver alterações nutricionais, da imagem corporal e da qualidade de vida em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica.

4. OBJETIVO

Avaliar a percepção de qualidade de vida, os aspectos nutricionais, a autoimagem, e a autoestima em mulheres após 5 anos de cirurgia bariátrica.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Apreciação Ética

Este projeto faz parte de um projeto integrador intitulado “Percepção de qualidade de vida, aspectos nutricionais e autoestima de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica”, submetido ao Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089) e aprovado (Número do Parecer: 4.728.724) (Anexo 1).

Para o recrutamento das participantes, enviamos um convite por via WhatsApp para um grupo de pacientes que já haviam feito a cirurgia há mais de 5 anos, aquelas que manifestaram interesse em participar da pesquisa, entramos em contato para explicar como seria a avaliação, como elas deveriam responder a pesquisa on-line.

5.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de campo descritivo quantitativo com delineamento transversal que foi realizado entre Junho de 2021 a Junho de 2022 em um grupo de 35 indivíduos, do sexo feminino, com idade de 18 anos ou mais que se submeteram, após 5 anos, à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux. Os participantes foram selecionados por conveniência e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Foi utilizado um forms (http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica) com os seguintes instrumentos:

5.3. Instrumentos de coleta virtual

Para a coleta de dados em ambiente virtual, foram utilizados os questionários detalhados abaixo.

5.3.1 Questionário de identificação

Nesta pesquisa foi utilizado o questionário sociodemográfico e questionário específico, com perguntas de múltipla escolha e questões abertas elaboradas pelos pesquisadores, sobre a idade, sexo, estado civil, se tem filhos e quantos, escolaridade, renda familiar e profissão. Também foram questionados sobre o processo da cirurgia bariátrica, com perguntas como, se já foi feito a cirurgia bariátrica, a quanto tempo fez o procedimento, o tipo de cirurgia que foi feito, qual é o peso e

altura atuais, como o indivíduo considera que está a sua saúde, se faz acompanhamento psicológico ou tem interesse e se possui convênio médico. Abordando os aspectos da saúde do indivíduo, será perguntado também se faz uso de suplementação alimentar com vitaminas, se faz exames laboratoriais periodicamente, se foi submetido à abdominoplastia ou tem interesse em fazer, se fez ou faz o uso da meia anti-trombo, como foi o processo cicatricial e se houve alguma cicatriz como queloide, fibrose ou alargamento.

O questionário específico foi elaborado pelos pesquisadores por meio de uma escala Likert, categorizando em 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Ocasionalmente; 4. Frequentemente; 5. Muito frequente. As perguntas pontuadas na pesquisa: "se o indivíduo acha que come com consciência", "qual a frequência que come assistindo TV ou mexendo no celular", "se come mais quando está estressado e ansioso", "se a comida gera sentimentos positivos (conforto, satisfação, alegria, alívio)", "se a comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)", "o quanto a comida é prazerosa para o indivíduo", "o quanto se sente bonito", e "o quanto as redes sociais interferem na maneira como se vê".

5.3.2 Escala de autoestima

A Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 2) foi desenvolvida, originalmente em inglês (*Rosenberg Self-Esteem Scale* - RSES), por Morris Rosenberg, em 1965, como uma escala de avaliação da autoestima global, aplicada em 5.024 indivíduos, englobando universitários e idosos de Nova Iorque. Rosenberg (1965) considera que a autoestima é a autoavaliação pessoal, a qual implica sentimento de valor, englobando um componente predominantemente afetivo, expresso em uma atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesmo. Partindo desta concepção, o instrumento é constituído por 10 questões com conteúdo referentes aos sentimentos de respeito e de aceitação de si mesmo.

Como a escala de Rosenberg foi desenvolvida para a população americana, houve necessidade de traduzir o instrumento, adaptá-lo ao contexto brasileiro. Com base em estudos de psicologia, sociologia e epidemiologia, Guillemin et al. (2004) desenvolveram a metodologia que é aceita atualmente como o melhor conjunto de métodos de validação de instrumentos de qualidade de vida. Atualmente, este é o

método mais confiável para manter-se as propriedades de medida do instrumento original.

No entanto, metade dos itens é enunciada positivamente, sendo que as opções de resposta representam os números descritos, e a outra metade negativamente, cujos números das respostas devem ser: concordo totalmente = 3; concordo = 2; discordo = 1; discordo totalmente = 0. Após uma ampla revisão, houve necessidade de traduzir o instrumento de equivalência cultural, pois a autoestima tem um significa universal, assim, cada item pode receber uma pontuação de no mínimo 0 e no máximo 3, contudo as afirmativas 2, 5, 6, 8, 9 passam a ter valores inversos aos apresentados anteriormente, portanto são eles: concordo totalmente = 0; concordo = 1; discordo = 2; discordo totalmente = 3. A soma das respostas dos 10 itens fornece o escore da escala, cuja pontuação total oscila de 0 a 30, sendo que a obtenção de uma pontuação alta reflete autoestima elevada, a autoestima é definida como muito boa com escore entre 15 e 25, acima de 25 é ótima e abaixo de 15 sugere ter baixa autoestima, na referida Escala (Dini et al, 2004).

5.3.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) é um questionário autoaplicável (Freitas et al, 2001) amplamente utilizado nos países de língua inglesa e que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da CAP (Anexo 3). O instrumento foi construído em três etapas. Na primeira, foram definidas as características da CAP, originando um grupo de 16 itens. Destes, oito eram manifestações comportamentais (p. ex., comer escondido), e oito descreviam sentimentos e cognições (p. ex., sensação de falta de controle depois do episódio) relacionadas à CAP. Numa segunda etapa, foram construídas afirmativas que refletiam a gravidade de cada característica, e a elas foram designados pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa, os entrevistadores utilizaram três dimensões para criar um critério externo de gravidade da CAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de CAP. Esse procedimento resultou numa escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 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. Desde a publicação de Marcus et al,13 os investigadores têm classificado os indivíduos de acordo com os seguintes escores: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem CAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CAP grave.

5.3.4 Escalas das Silhuetas

Forma utilizadas as Escalas da Silhuetas de Idalina Shiraishi Kakeshita, onde será apresentada uma sequência de 15 silhuetas para adultos do sexo feminino e masculino, conforme as especificações sugeridas por Kakeshita (2008) (Anexo 4). Nessa escala, o indivíduo escolhe o número da silhueta que considera semelhante à sua aparência real (Nicida, et al, 2014). De acordo com Kakeshita (2008), esta escala possui um intervalo de representação do Índice de Massa Corporal (IMC) de 11,25 a 48,75 kg/m^2, e média de 12 a 47,5 kg/m^2 com incrementos constantes de 2,5 pontos em cada figura.

A escala é apresentada em série ordenada ascendente, devendo escolher “a figura que melhor representa seu tamanho atual” e a seguir “a figura que você gostaria de ter”. Em caso de seleção da mesma figura, o sujeito é classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura escolhida como “desejado” for maior do que a escolhida como “atual”, considera-se que o indivíduo quer aumentar o tamanho do seu corpo, e quando for menor, há um desejo de diminuí-lo. Serão comparadas as similaridades e discrepâncias entre Silhueta Real, Silhueta Atual e Silhueta Ideal. A insatisfação corporal pode ser descrita como a discrepância entre o corpo ideal e o corpo percebido.

5.3.5 Instrumento WHOQOL-bref para avaliar a Qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref (Fleck, 2000) na versão abreviado e em português (Anexo 5). Seu objetivo diz respeito a qualidade de vida de cada indivíduo, e como cada um se sente em relação a diversos aspectos. Sua divisão é feita entre quatro domínios; físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente**,** totalizando 26 questões. Nestes domínios encontram-se questões relacionadas a respectivamente, desconforto, fadiga, sentimentos positivos,

pensamentos negativos, relações pessoais, apoio social e participação em oportunidades de recreação, entre outras questões. As respostas destas questões podem variar entre graus de satisfação, a partir de “nada satisfeito”, ou “muito satisfeito”, dependendo do que o participante se sentir representado, e a pontuação varia entre 1 a 5 pontos.

5.4. Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram compilados no Software Excel e submetidos a tratamento estatísticos. Os dados foram expressos em percentagem, média e desvio padrão. Foi aplicado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov.* Foi considerado como significativo as correlações com $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *Software GraphPad Prism* 9.0.

6. RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi composta por 35 mulheres que fizeram cirurgia bariátrica do tipo Bypess Gástrico em Y de Roux por mais de 5 anos. Observa-se que 60% possuem em média 01 filho. Há entre essas mulheres uma diversidade de profissões exercidas, três delas são do lar, três atuam em área administrativa, três professoras, uma analista, uma geografa, uma funcionária pública, uma farmacêutica, duas auxiliares administrativas, uma representante comercial, uma psicóloga, uma inspetora de alunos, uma cozinheira, quatro advogadas, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma dentista, três técnica de enfermagem, uma analista, uma expectora de alunos, uma cozinheira, uma representante comercial, uma vendedora de loja e por fim, uma técnica judiciaria.

De acordo com a tabela 1, foi constatado que a maior parte das participantes são casadas, tem curso superior completo, tem renda familiar de um a três salários-mínimos, muito baixo em relação ao níveo de escolaridade. Não fazem uso de drogas lícitas e ilícitas como também não fazem uso de cigarros. A maioria delas consideram a situações de saúde como regular ou muito boa, tem convênio médico, não se interessaram a fazer cirurgia plástica pós cirurgia bariátrica, fariam algum tempo depois. Sobre acompanhamento psicológico pós-cirurgia, 37,14% delas disseram que sim, fizeram, e 37,14% falaram que não fizeram. Sobre alimentação, 38,57% responderam que raramente ou ocasionalmente acham que comem com consciência, e 25,71% frequentemente acontece. 37,14% responderam que frequentemente come vendo tv ou mexendo no celular, 37,14% responderam que nunca come a mais quando está estressado e 34,28% nunca come a mais quando está ansioso. 45,71% responderam que frequentemente a comida gera sentimento positivos como conforto, satisfação, alegria e alívio e 40% responderam que frequentemente também gera sentimentos negativos como culpa, vergonha, tristeza e angústia, 31,43% responderam que nunca a comida é prazerosa. 82,85% tomam algum tipo de suplemento alimentar e vitamina, 74,28% tomam algum tipo de medicamento, mostrando que cuidam da sua saúde. Mesmo assim 42,86% se sentem bonitas, 34,29% acham que redes sociais raramente podem interferir de como elas se vê.

Tabela 1. Dados descritivos do estado civil, escolaridade e renda familiar, tabagismo, drogas, situação de saúde, acompanhamento psicológico, cirurgia plástica, alimentação, estresse, ansiedade, autoestima, interferência das redes sociais, participantes (n=35).

	Controle	
	N	**%**
Estado Civil		
Casadas	16	45,7
Solteiras	9	25,7
União estável	8	22,8
Viúva	1	2,8
Outros	1	2,8
Escolaridade		
Superior (cursando)	6	17,1
Superior completo	19	54,2
Superior incompleto	3	8,5
Ensino médio completo	4	11,4
Ensino fundamental incompleto	1	2,8
Renda familiar		
De um a três salários	15	42,8
De quatro a seis salários	11	31,4
De sete a onze salários	5	14,2
Acima de onze	1	2,8
Tabagismo		
Não faz uso	34	97,14%
Faz uso	1	1,02
Drogas		
Não faz uso	34	97,14
Faz uso	1	1,14
Situação de Saúde		
Regular	15	42,85
Muito boa	12	34,28
Excelente	4	2,85
Ruim	0	0

Acompanhamento psicológico		
Sim fizeram	13	37,14
Não fizeram	13	37,14
Não fizeram, tem interesse em fazer	8	22,85
Convênio Médico		
Sim	29	82,85
Não	6	17,14
Sobre Cirurgia Plástica pós-bariátrica		
Não fez	15	42,85
Fariam algum tempo depois	12	34,28
Não pretendem	6	17,14
Você faz uso de suplementos alimentares e vitaminas?		
Sim	29	82,85%
Não	02	5,7%
Já tomei anteriormente	04	11,42%
Você faz uso de medicamentos?		
Sim	26	74,28%
Não	09	25,77%
Alimentação		
Acha que come com consciência?		
Nunca	5	14,28
Raramente	10	28,57
Ocasionalmente	10	28,57
Frequentemente	9	25,71
Muito Frequente	1	2,85
Com que frequência você come vendo Tv ou mexendo no celular?		
Nunca	2	5,71
Raramente	8	22,85
Ocasionalmente	9	25,71
Frequentemente	13	37,14
Muito Frequente	3	8,57
Quando está estressado tende a comer mais?		
Nunca	13	37,14
Raramente	7	20,00
Ocasionalmente	5	14,29
Frequentemente	5	14,29
Muito Frequente	5	14,29

Quando está ansioso tende a comer mais?		
Nunca	12	34,28
Raramente	6	17,14
Ocasionalmente	6	17,14
Frequentemente	6	17,14
Muito Frequente	5	14,28
A comida gera sentimentos positivos (conforto satisfação, alegria e alivio)?		
Nunca	3	8,57
Raramente	4	11,43
Ocasionalmente	10	28,57
Frequentemente	16	45,71
Muito frequente	2	5,71
A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angustia)?		
Nunca	5	14,29
Raramente	6	17,14
Ocasionalmente	8	22,86
Frequentemente	14	40,00
Muito Frequente	2	5,71
O quanto a comida é prazerosa pra você?		
Nunca	11	31,43
Raramente	6	17,14
Ocasionalmente	9	25,71
Frequentemente	5	14,29
Muito frequente	4	11,43
Você se sente bonito?		
Nunca	3	8,57
Raramente	4	11,43
Ocasionalmente	10	28,57
Frequentemente	15	42,86
Muito Frequente	3	8,57

Você acha que as redes sociais interferem como você se vê?		
nunca	4	11,43
Raramente	12	34,29
Ocasionalmente	10	28,57
Frequentemente	9	25,71
Muito Frequentemente	0	0,00

*Situação da saúde = histórico de saúde, pós cirurgia, em relação a doenças decorrentes de maus hábitos alimentares e estilo de vida.

De acordo com a Tabela 2, foi observado que as participantes, têm em média 42 anos, se encontram com sobrepeso. Têm em média, 5 anos (61 meses) de cirurgia bariátrica, relatam que perceberam a obesidade a partir dos 19 anos de idade. Quanto ao acompanhamento psicológico, têm em média, 11 meses de acompanhamento psicológico pós cirurgia. Ocasionalmente comem com consciência, em média, três delas comem assistindo TV e ou mexendo no celular.

Em média, dois participantes, raramente tendem a comer mais quando estão estressadas. Sobre a ansiedade, 3 participantes, em média, ocasionalmente tende a comer mais quando está ansiosa. Já em média, 3 delas, relataram que ocasionalmente, a comida gera sentimentos positivos como (confiança, satisfação, alegria e alívio). Outras 3 participantes, relataram que ocasionalmente a comida gera sentimentos negativos como (angústia, tristeza e culpa). Quanto à beleza física, em média 3 participantes disseram que ocasionalmente se sentem bonitas ao se olhar no espelho. Sobre a influência das redes sociais, 3 participantes disseram que ocasionalmente as redes sociais interferem na maneira de como você se ver. Sobre a fome, em média 3 participantes disseram que ocasionalmente sentem mais fome á noite.

Tabela 2. Dados Descritivos das participantes (n=35) e perguntas específicas sobre a Cirurgia Bariátrica

	Média	**Desvio Padrão**	**Descrição**
Idade (anos)	**42**	**8**	
IMC (Kg/m²)	**29,5**	**4,55**	**Sobrepeso**
Tempo que fez a cirurgia bariátrica (meses)	**61**	**33**	**5 Anos**
Idade de início da obesidade (anos)	**19**	**14**	**19 Anos**
Há quanto tem faz acompanhamento psicológico (meses)	**11**	**24**	**2 Anos**

De acordo com a tabela 3, os dados ilustram que conforme a escala de compulsão alimentar (ECAP) em média, as 35 participantes estão sem compulsão alimentar, conforme a escala de autoestima de (Rosenberg) elas encontram-se com uma boa autoestima, através da escala e imagem corporal foi observado a existência da insatisfação corporal com o desejo de emagrecer.

Tabela 3. Autoestima, compulsão alimentar e imagem corporal das participantes (n=35)

	Média	Desvio Padrão	Descrição
Compulsão alimentar	11,17	6,551	Sem compulsão alimentar
Autoestima	20,23	5,694	Muito boa autoestima
Imagem Corporal	-2,029	2,802	Insatisfação corporal - Há o desejo de diminuir o corpo

Na tabela 4, estão descritos os escores de qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-bref.

Tabela 4. Escores de qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref (n=35)

WHOQOL-bref	Média	Desvio Padrão
Domínio Físico, forma como ela se ve	71,84	16,29
Domínio Psicológico, relações com família e amigos	68,21	13,49
Domínio Relações Sociais, relações sociais e trabalho	65,24	23
Domínio Meio Ambiente, relação com meio ambiente, redes sociais	63,48	16,27
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	64,29	17,45
Quão satisfeito você está com a sua saúde?	65,71	19,26

WHOQOL=Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; bref DP = desvio padrão

A escala do Whoqol-bref é formada por vários domínios: domínio físico, que corresponde a maneira como esse indivíduo considera está sua saúde física e sua relação com o corpo, domínio psicológico está diretamente relacionado ao convívio

com a sociedade e amigos, convívio psicológico relação entre familiares, domínio ambiental, está relacionado ao meio em que se vive em relação ao meio ambiente.

O WHOQOL- bref, elaborado pela World Health Organization Quality of Life, 1998, avalia a percepção da qualidade de vida por meio de 26 itens, distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental.

Neste estudo foi possível observar que o domínio “Físico” apresentou escore maior em relação aos domínios “Psicológico”, “Relações Sociais”, “Meio Ambiente” e à autoavaliação da qualidade de vida. O domínio “Meio Ambiente” está relacionado à cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, recreação e lazer; ambiente físico; poluição, ruído, trânsito/clima e transporte (FLECK et al., 2000). Vale apena ressaltar os escores encontrados estão acima de 63% para todos os domínios, sendo 71,84 para o físico, está relacionado com a relação dessas mulheres com o corpo, 68,21% em relação ao psicológico, 65,24% suas relações com família e amigos, 63,48% para suas relações com trabalho e redes sociais, 65,71% estão satisfeitas com a sua saúde, 64,29% avalia como boa sua qualidade de vida.

7. DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa foi composta por 35 mulheres que fizeram cirurgia bariátrica do tipo Bypess Gástrico em Y de Roux por mais de 5 anos. A maior parte das participantes são casadas ou estão em uma união estável, tem curso superior completo, trabalham em diversas áreas, tem renda familiar de um a três salários-mínimos, por sinal, salários muito inferiores em relação ao níveo de escolaridade. O processo de aprendizagem pode contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, o estímulo na busca por novos conhecimentos, e permite a ele uma ampliação nas relações interpessoais, sociais e profissionais, configurando como fatores protetores para a boa autoestima (Maçola et al, 2010; Dias et al. 2008), encontraram resultados congruentes a este, visto que em seus estudos demonstraram que a autoestima aumentava na medida em que o nível de escolaridade era maior.

As mulheres que participaram desta pesquisa consideram como regular e muito boa sua saúde, vimos também que a maioria possui plano de saúde, não fazem uso de drogas ou cigarros, isso por se só, já ajuda na manutenção da saúde, colaborando consequentemente para uma boa qualidade de vida. Dessa forma os pacientes que passam por processo de emagrecimento, de forma geral, têm obtido resultados satisfatórios quando há o acompanhamento focado na abordagem cognitivo-comportamental, aprendendo a modificar seus pensamentos disfuncionais e comportar-se de modo a atingir os objetivos da reeducação alimentar (Neufred; Moreira; Xavier, 2012).

A pesquisa mostrou que 25,72% das participantes responderam que não fizeram acompanhamento psicológico, mas tem interesse em fazer. A cirurgia bariátrica também está relacionada a dados negativos no pós-operatório (Fandino et al, 2004; Floresi et al, 2006), como suicídio, depressão, dumping, comportamento antissocial entre outros. Dessa forma, tendo em vista as diferentes variáveis que envolvem a obesidade e à dimensão da cirurgia, discute-se a necessidade de processos de avaliação que alcancem maior quantidade possível de aspectos de vida da pessoa, bem como a avaliação de seu repertório atual, à aquisição de comportamentos ao longo de sua vida (mais precisamente seu comportamento alimentar) e suas condições para desenvolver um novo repertório.

Em relação à consciência na hora de comer, foi verificado que 10 pessoas acham que frequentemente isso acontece, outras 10 falaram que raramente e ocasionalmente pode acontecer, deixando a entender que esse sentimento de consciência diante a comida é ainda muito difícil, e muito relativo, mesmo após 5 anos de cirurgia. Compreender o comportamento alimentar e os fenômenos psíquicos envolvidos não é uma trajetória fácil, até porque nas pessoas que buscam a cirurgia bariátrica, as alterações emocionais variam de forma expressiva. Cerca de 25 a 30% dos pacientes obesos demonstram níveis críticos de depressão, índices acima dos observados na população em geral (Motta et al, 2011). Dessa forma, para se ter sucesso na perda de peso, não se deve apenas cessar a ingesta alimentar, mas sim reconhecer qual a função e o significado que tem o ato de comer para o indivíduo (Mota et al, 2014). A paciente que chega ao grupo de pós-operatório já se vê de alguma maneira como vitoriosa. Cumpriu os desafios da época do pré-operatório, sobreviveu à cirurgia e aguentou o primeiro mês de operada, durante a dieta líquida e pastosa. Todavia, tal sentimento de vitória, lentamente, vai sendo encoberto pela dureza da circunstância à qual elas passam. Ou seja, a satisfação em comer diminui muito. E o questionamento que fica agora é, o que fazer com os indivíduos que tinham quase como prazer exclusivo em suas vidas o ato de comer? O que fazer com os sujeitos que "pensam com o corpo"? Portanto, uma possível boa forma de evitar esses desconfortos alimentares, típicos do período inicial após a cirurgia bariátrica, é educar o paciente antes da cirurgia para perda de peso. Diretrizes internacionais sugerem que no pré-operatório o paciente deva controlar seu comportamento alimentar: comer menos quantidade de comida, diminuir o tamanho das mordidas e goles e mastigar os alimentos lenta e extensamente, com o objetivo de diminuir a ingestão calórica, otimizando a processo digestivo, garantindo uma recuperação adequada da cirurgia e adaptando um novo estilo de vida pós-bariátrica (Zwaan, 2020).

O comportamento alimentar inadequado pode ser o agente causador ou facilitador da obesidade. Este deve ser considerado antes da cirurgia bariátrica para o devido tratamento e prevenção do reganho de peso pós-cirúrgico (Cortez et al, 2011). Ainda na (tabela 1), perguntamos “A comida gera sentimento positivo? (conforto, satisfação, alegria, alívio), 18 mulheres responderam que sim, a comida gera sentimentos positivos, assim consideramos que os sentimentos negativos e positivos em relação a comida estão devidos para alguns, esses sentimentos podem estar presente nos momentos mais difíceis ou nos momentos mais felizes. O

comportamento alimentar não está relacionado apenas àquilo que comemos, mas também a aspectos subjetivos do ato de comer. A comida reflete a organização social, a essência simbólica dos costumes e o registro do modo de pensar a corporalidade do mundo, em qualquer que seja a sociedade. Os alimentos não são apenas comidos, mas também pensados; a comida possui um significado simbólico, muito além da nutrição (Magalhães et al, 2017; Pinheiro et al. 2018).

Em relação à insatisfação corporal, os achados comprovam que mesmo estando com sobrepeso, após 5 anos, essas pacientes ainda se encontram insatisfeitas em relação a sua imagem, e que existe o desejo de perder peso, não apresentam compulsão alimentar, garantindo o controle em relação a comida, conforme mostra a (tabela 3). Importante salientar que mesmos em busca de um corpo satisfatório, elas se acham bonitas (tabela 2). Sabemos que essas pacientes quando se submeteram a cirurgia bariátrica, encontravam-se com o estado de obesidade grau II e outras com grau III, e depois da cirurgia chegaram a sobrepeso, isso já significa ótimos resultados. Sabemos da existência da insatisfação sobre o excesso de pele, isso gera uma certa insatisfação com o corpo, o que em alguns casos necessita de cirurgia plástica.

De acordo com o resultado da pesquisa da Silva e Kelly (2014), dentre os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, em média 15% podem recuperar o peso no pós-operatório tardio, principalmente após dois anos de cirurgia, um processo conhecido como recidiva da obesidade. Dessa forma, tendo em vista às diferentes variáveis que envolvem a obesidade e à dimensão da cirurgia, discute-se a necessidade de processos de avaliação que alcancem maior quantidade possível de aspectos de vida da pessoa, bem como a avaliação de seu repertório atual, à aquisição de comportamentos ao longo de sua vida (mais precisamente o comportamento alimentar) e suas condições para desenvolver um novo repertório.

De modo geral, observa-se que o paciente que busca pelo procedimento bariátrico, está na maioria das vezes, controlado pelo produto de sua obesidade, isto é, o sentimento de exclusão em situações sociais, a baixa autoestima, o desejo da perda de peso rápida e sem sofrimento etc. Contudo, sob controle dessas variáveis são produzidas muitas vezes expectativas irreais em relação à cirurgia. Assim, verifica-se a necessidade de avaliar essa expectativa do sujeito com relação ao procedimento, seu repertório para lidar com a nova condição, bem como operacionalizar a função deste comportamento na vida da pessoa, buscando diminuir

os possíveis riscos do pós-cirúrgico (Fandino et al, 2004; Floresi et al, 2006). Em relação a nossa pesquisa, 82,85% das mulheres se encontraram sem compulsão, 82,85% têm o desejo de perder peso, mesmo assim avaliam como boa percepção de qualidade de vida, se relacionam bem com amigos e familiares, se relacionam bem nas redes sociais, acham que a parte física pode melhorar, mais estão satisfeitas com a sua saúde hoje.

A Escala de Satisfação Corporal (tabela 4), mostrou que o desejo de emagrecer permaneceu nas mulheres submetidas a cirurgia bariátrica, o que afetou diretamente a autoestima e a maneira como elas se enxergam. O ser humano é pressionado, de diversas formas, a concretizar, no próprio corpo, o ideal corporal da cultura na qual está inserido. A sociedade, principalmente a feminina, mais vulnerável aos ideais de beleza criados culturalmente, é pressionada para essa representação por castigos como críticas, desprezo e deboche (Carreteiro, 2005). Isso reforça a discrepância observada na pesquisa entre a escolha da figura do corpo ideal e o corpo percebido. A maioria delas consideram a situações de saúde como regular ou muito boa, apesar de ter convênio médico não se interessaram em fazer cirurgia plástica pós cirurgia bariátrica, concordam que fariam algum tempo depois.

Neto e colaboradores (2018) avaliaram as comorbidades associadas à obesidade pré e pós cirurgia bariátrica de indivíduos obesos. Tratou-se de uma pesquisa do tipo transversal, analítica e de caráter quantitativo, que foi realizada em um hospital público localizado na cidade de Fortaleza com 112 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por mais de 5 anos (60 meses). Antes da cirurgia, o IMC era em média de 51,02 Kg/m² e após a cirurgia bariátrica foi para 33,41 Kg/m². Notou-se que 79,5% apresentavam classificação de obesidade grau III e que, após cirurgia bariátrica, esse mesmo quantitativo de pacientes, com classificação de obesidade grau III, passou para 11,6%. Além disso, destacou-se o maior número de pacientes pós-cirurgia bariátrica classificados com sobrepeso (34,8%), e já não mais como obesos, diferenciando-os da classificação pré-cirúrgica bariátrica, onde a totalidade dos pacientes apresentou algum grau de obesidade, segundo classificação da OMS (2003). Em nosso estudo também encontramos o sobrepeso das pacientes a longo prazo.

Ainda sobre o estudo de Neto (2018), a artrite, doença osteoarticular do aparelho locomotor, foi a que se manteve mais prevalente nesta pesquisa que foi de (21,4%) e apresentou menor redução quando comparado com o período antes da

cirurgia bariátrica (40,8%). Esses resultados mostram que doenças do aparelho locomotor apresentam correlação com o excesso de peso corporal, interferindo na qualidade de vida dos pacientes. Concluiu-se que a cirurgia bariátrica pode promover um impacto positivo no combate à obesidade, sendo seus efeitos não só uma melhor qualidade de vida, mas também diminuição ou desaparecimento de comorbidades associadas à obesidade. Podemos concluir que sobre este estudo, o IMC era de 51 antes da cirurgia, chegou a 33 depois da cirurgia, depois de 60 meses, chegou a 29(sobrepeso), chegando aos mesmos resultados do nosso trabalho, podemos citar também aos melhores resultados para as doenças do aparelho motor, doenças estas que interferem em cheio na qualidade de vida desses pacientes.

Pereira e colaborares (2022) demonstraram os impactos gerados em pacientes idosos portadores de comorbidades como obesidade após o procedimento cirúrgico. Susmallian et al. (2019) e Morgan et al. (2017), houve dados que demonstraram uma significativa perda de peso com média de 74,22% e a remissão de comorbidades é um parâmetro fundamental na definição da eficácia da cirurgia bariátrica, uma vez que a presença de DM, HAS e dislipidemia influenciam a indicação do procedimento em idosos. Pacientes idosos mostraram no pré operatório estavam com o IMC 42,12, e já no pós-operatório o IMC 29,87. Foi observado que 76,8% dos pacientes são do sexo feminino; 48,2% tiveram acompanhamento pós-operatório entre 1 e 5 anos. Dados de tempo (até 5 anos de cirurgia) em mulheres com IMC, equivalentes ao do nosso estudo. Assim como no nosso estudo, segundo Ávila et al. (2013), todas as comorbidades associadas apresentaram melhorias quando comparadas com a condição pré-cirurgia, sendo a mesma uma condição pertinente de melhoria da qualidade de vida e fatores de risco associados à obesidade.

Furtado et al. (2023) avaliaram a influência de doenças psiquiátricas no resultado e sucesso a longo prazo das cirurgias bariátricas. Os autores realizaram um estudo observacional com pacientes bariátricos submetidos a bypass em Y de Roux ou gastrectomia vertical, com um tempo pós-operatório de 2 a 10 anos para acessar o reganho de peso, depressão e transtorno da compulsão alimentar periódica. 163 eram mulheres e 54 eram homens, com tempo médio de pós-operatório de 5,2 ± 2,6 anos. O reganho de peso ocorreu em 35% dos pacientes, transtorno da compulsão alimentar periódica em 24,9%, depressão em 24% e ansiedade em 49,9%. Uma associação significativa entre transtorno da compulsão alimentar periódica, depressão e ansiedade com reganho de peso (p=0,004, p=0,008 ep=0,001, respectivamente foi

encontrada. As taxas significativas de reganho de peso com impacto significativo nos transtornos psiquiátricos destacam a necessidade de acompanhamento pós-operatório contínuo com foco nos aspectos psiquiátricos da obesidade para auxiliar no sucesso das cirurgias a longo prazo.

Ferreira-Novaes et al. (2019) avaliaram a qualidade de vida de obesos pretendentes à cirurgia bariátrica. Os autores deste artigo objetivaram: 1) identificar como os participantes qualificam os domínios psicológico, social, meio ambiente e físico das suas vidas; 2) refletir quanto à adequação da escala *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) no contexto de avaliação hospitalar de candidatos à Cirurgia Bariátrica. Tratou-se de um estudo com 29 pacientes adultos atendidos pelo Laboratório de Avaliação Psicológica. Dos escores obtidos, foi observado que mais da metade (75,86%) dos participantes perceberam como *regular* (37,93%) e *ruim* (37,93%) a qualidade de vida que dispunham no momento da pesquisa, bem como a sua satisfação com a própria saúde antes da cirurgia. Sobre o psicológico 37,93% precisa melhorar, 48,28% relatou que precisa melhorar, nas relações sociais 37,97% regular e 31% responderam que está boa. No meio ambiente 72% responderam regular, 13% responderam como boa. Na parte física, 51,72% como regular, 31% boa. Os resultados revelaram que predominou a avaliação de cada domínio da escala WHOQOL-bref, como regulares ou ruim, antes da cirurgia bariátrica, mostrando assim a necessidade da realização da cirurgia a fim de melhorar a qualidade de vida desse paciente.

Moraes et al (2014) analisaram a qualidade de vida de 16 obesos nas condições pré e pós cirúrgicos utilizando a escala WHOQOL-bref. Dados mostram que antes da cirurgia, 18% achavam sua qualidade de vida ruim, 31% achavam boa, satisfação com a saúde antes, 18%, 37% boa, frequência de sentimentos negativos, como mau humor, ansiedade e depressão, antes, algumas vezes 37%, frequentemente 18,75%, muito frequentemente 37,5%. Sobre aproveitamento da vida antes da cirurgia, 50% responderam nem ruim nem boa, 25% ruim, 25% boa. Saúde no ambiente físico, antes 62% nem ruim nem boa, 12% ruim, 18% boa. Aceitação da aparência física antes, 31,25% muito ruim, 37,5% ruim, 12,5% nem ruim nem boa. Já após a cirurgia bariátrica sobre a qualidade de vida, 31,5% responderam como boa e 68,75% muito boa. Sobre a satisfação com a saúde após a cirurgia, 43% responderam boa e 56,25% responderam como muito boa. Sobre a frequência de sentimentos negativos após a cirurgia, 25% responderam que nunca, 37% algumas vezes isso acontece, 25% muito

frequente. Aproveitamento da vida pós cirurgia, 81,25% boa, 12,5% muito boa. Sentido da vida 68,75% boa, 6,25% muito boa. Saúde no ambiente físico pós cirurgia, 50% responderam como boa, 12,50% muito boa. Aceitação da aparência física depois da cirurgia, 25% boa, 68,75% muito boa.

Os autores ainda relatam que após a cirurgia, os pacientes passaram a demonstrar um retorno positivo no que se refere a sua saúde, discorrendo que haviam tido uma melhoria em sua qualidade de vida, mas que por vezes, apresentavam-se sentimentos negativos decorridos da experiência pós-operatória. Constatou-se que, antes da cirurgia 25% consideraram a qualidade de vida e saúde ruim ou muito ruim, mostrando-se insatisfeitos. Depois da cirurgia todos avaliaram a qualidade de vida e satisfação com a saúde como boa ou muito boa. Os percentuais encontrados em relação aos sentimentos negativos melhoraram; observou-se que 62,5% manifestaram não ter mais, ou apenas sentir algumas vezes, sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão após a cirurgia. Observou-se que a maioria apresentava posição intermediaria ao responder em relação aos sentimentos que apresentava nas últimas duas semanas; após a cirurgia a maioria (81,25%) referiu não apresentar dor ou ter muito pouco ao realizar atividades físicas, 93,75% expressaram estar aproveitando mais a vida. Chama a atenção que 100% deles expressaram ter sentido na vida após a cirurgia (Moraes et al, 2014).

Silva et al. (2020) avaliaram a qualidade de vida, utilizando o WHOQOL-bref de 307 pacientes adultos submetidos à cirurgia bariátrica. Os domínios com os piores escores foram físicos 58,45% e ambiental 65,19%. Os melhores domínios foram o social 76,51% e o psicológico 68,70%. A amostra da pesquisa foi composta principalmente por mulheres (87,62%). A idade média de todos os pacientes foi de 37,10 anos. A maioria foi definida como parda (49,84%), possuía ensino médio completo (58,96%), morava com companheiro (69,06%) e recebia renda familiar média de 1 a 3 salários mínimos (54,79%). Importante observar, que em nosso trabalho, o domínio físico apresentou o escore de 71,84%, valores superiores que dos autores acima; o domínio psicológico (68,21%) e o domínio meio ambiente (63,48%) tiveram valores similares aos dados descritos na pesquisa acima; já o domínio relações sociais de nossos achados, o escore foi inferior (65,24%) aos achados de Silva et al. (2020).

Junior et al. (2022) avaliaram a percepção da qualidade de vida de pacientes pós cirurgia bariátrica da cidade de Petrolina. Utilizando também o WHOQOL-bref, os

autores observaram os seguintes escores de qualidade de vida: 1) até 3,5 anos após cirurgia: domínio psicológico 73%, físico 75%, relações sociais 75%, meio ambiente 67%; 2) após cirurgia acima de 3,5 anos: domínio psicológico 75%, físico 67%, relações sociais 71%, meio ambiente 67%. Mattos et al. (2021) também avaliaram a qualidade de vida com o WHOQOL-bref. Os autores observaram a qualidade de vida pós cirurgia bariátrica: domínio psicológico 74,5%, físico 80,71%, relações sociais 83,67%, meio ambiente 73,38%. Os valores dos escores de qualidade de vida destes dois trabalhos foram equivalentes aos nossos, sugerindo então que as nossas participantes apresentaram uma qualidade de vida satisfatória.

Diante da discussão aqui desenvolvida, observa-se que estes artigos trouxeram à tona a relevância de se compreender como os obesos com indicação à cirurgia bariátrica avaliam a sua qualidade de vida, a qual diz respeito a um conjunto de fenômenos pessoais que abarcam respostas emocionais do próprio sujeito, bem como uma satisfação acerca de suas próprias vivências (Giacomoni, 2004). Para isso são necessários instrumentos que facilitem uma abordagem, que não apenas enfoque a obtenção de informações dos indivíduos, mas que também facilite a conscientização do quadro clínico atual, bem como as suas implicações e formas de lidar com ele, dentre as quais se encontra a cirurgia bariátrica

Os achados deste estudo podem contribuir e muito para a literatura, vale a pena ressaltar que essas mulheres, hoje se encontram com sobrepeso, lembrando, que antes da cirurgia elas se encontravam com obesidade do grau III, demonstrando que esse resultado de sobrepeso hoje, é positivo, e reflete diretamente em uma percepção positiva da qualidade de vida.

Sobre a insatisfação corporal, com o desejo de perder peso, tanto em curto como em a longo prazo, vimos que era comum encontrar esses dados em outros trabalhos científicos. Encontramos em nosso trabalho, valores acima de 63% de escores para qualidade de vida, tanto para domínio, como para o estado físico, psicológico, ambiental e social. Assim podemos dizer que encontramos dados positivos no que se refere a percepção de melhor qualidade de vida pós cirurgia bariátrica, que esse procedimento pode ser mais uma opção para os pacientes que lutam contra a obesidade e suas comorbidades. A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação

aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995).

Como implicação prática, o atendimento multidisciplinar, é um complemento indispensável, para que se obtenha melhores resultados, para os pacientes, que buscam o equilíbrio e uma melhor qualidade de vida dentro de um quadro tão complexo, como a obesidade. Essa observação corrobora com Lopes e colaboradores (2013), os quais afirmam que a eficácia da assistência de saúde, voltada para o tratamento da cirurgia bariátrica, é possibilitada pela presença de uma equipe multiprofissional que abranja áreas como nutrição, enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, serviço social e educação física. Por meio de uma atuação articulada desses profissionais é possível trabalhar os padrões alimentares dos pacientes, as suas expectativas quanto a vida depois da cirurgia bariátrica, bem como incluir os familiares na fase preparatória dos obesos para a referida modalidade de tratamento da obesidade, pois o procedimento cirúrgico é apenas um dos primeiros passos na busca pelo emagrecimento.

Podemos afirmar que a coleta em ambiente virtual seria a limitação desse trabalho. Além disso, parte da coleta foi realizada no período da pandemia da COVID-19 o que pode também ter influenciado nos escores mais baixos da qualidade de vida.

Sobre o envelhecimento a pesar das grandes disparidades socioeconômicas globais, a população mundial tem crescido de maneira exponencial e a vida média segue aumentando de maneira significativa (Word Population Prospects, 2019; Barroso, 2021).

Um conjunto de fatores determinou esta avassaladora modificação e, entre eles, destacam-se claramente as melhores condições de higiene, oferta de maior quantidade de alimentos, avanços na medicina e tecnologia e, dentro desta vertente, o desenvolvimento fantástico da imunização. Com estas transformações, o conceito de idade passa a ser revisado, com o progressivo abandono da simples idade cronológica, para a agregação da moderna concepção de idade biológica (Barroso, 2021; Scherboy, 2016).

O envelhecimento bem sucedido é um conceito multidimensional (Teater & Chonody, 2020), que costuma ser abordado por aspectos físicos, psicológicos e sociais, apesar da falta de consenso quanto a sua definição (Martin et al., 2015). A introdução desse conceito na literatura desconstruiu a ideia de que a doença, o declínio cognitivo e a perca da independência são intrínsecas ao envelhecimento

(Estebsari et al., 2019; Golja et al., 2020). A evolução desse conceito agregou a sua definição diversos critérios subjetivos como espiritualidade, estado civil, resiliência, participação em atividades de laser e satisfação com a vida, além dos critérios objetivos já utilizados, como a saúde física (ausência de doenças e do risco de desenvolvê-las) e a saúde psicológica (bom funcionamento cognitivo) (Carver & Buchanan, 2016; Golja et al., 2020; Golja et al.,2020).

O envelhecimento populacional é um dos fatos mais relevantes do século XXI. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano e, estima-se que, em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compondo essa faixa etária (*United Nations Population Fund*, 2012), Fundo de População das Nações Unidas, organismo da ONU responsável por questões populacionais.

Atualmente, 55,7% da população adulta do Brasil estão com excesso de peso e 19,8% é obesa, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel/MS), de 2018. Esse inquérito mostra ainda que 7,7% da população adulta apresenta diabetes e 24,7%, hipertensão – doenças que podem estar relacionadas à obesidade. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, indica que, dentre os adultos com diabetes, 75,2% têm excesso de peso e, entre os adultos com hipertensão, 74,4% têm excesso de peso. Assim, o Brasil atingiu a maior prevalência de obesidade (19,8%) em adultos nos últimos treze anos. Entre 2006 e 2018, o percentual cresceu 67,8% (Vigitel Brasil, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, foram realizadas em 2008 um total de 3.195 operações bariátricas em hospitais que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando aumento significativo de 542% desde o ano de 2001(Ministério da Saúde, 2009).

8. CONSIDERAÇOES FINAIS

As mulheres que participaram da pesquisa, eram pacientes que já tinham acompanhamento multidisciplinar em uma clínica particular de São Paulo, mesmo antes da cirurgia bariátrica, onde faziam acompanhamento para obesidade. Como não houve resposta ao tratamento, elas optaram por fazer a cirurgia bariátrica. Mesmo após a cirurgia, estas mulheres estavam sempre presentes nas consultas mensais, porque eram preocupadas em manter a saúde e assim manter boa qualidade de vida.

As participantes tem em média 42 anos, a maior parte são casadas ou estão em uma união estável, a maioria tem curso superior completo, trabalham em diversas áreas, tem renda familiar de um a três salários mínimos, muito baixo por sinal em relação ao nível de escolaridade. Podemos destacar que o processo de aprendizagem contribui para o desenvolvimento do indivíduo, o estimula na busca por novos conhecimentos, e permite a ele uma ampliação nas relações interpessoais, sociais e profissionais, configurando como fatores protetores para a boa autoestima. Os resultados apresentados indicam que a maior parte dessas mulheres se encontram com sobrepeso, mesmo após 5 anos de cirurgia bariátrica, relataram que existe insatisfação corporal, demonstraram desejo de emagrecer, mas consideram que se encontram com boa saúde atualmente, possuem autoestima alta e não tem compulsão alimentar. Além disso, apresentaram percepção satisfatória para a qualidade de vida, quando avaliados os aspectos físicos, os psicológicos, as relações sociais e o meio ambiente, evidenciando um resultado positivo da cirurgia bariátrica a longo prazo.

Assim pode-se afirmar que a cirurgia bariátrica é uma importante opção de tratamento a longo prazo para a obesidade, pois pode trazer resultados importantes em relação à perda de peso, e com isso pode melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Vimos em nossas analise, essas pacientes não mostraram compulsão alimentar pós cirurgia, mostrando melhora nos aspectos nutricionais, percebemos que essas mulheres tem autoestima elevada, se acham bonitas e consideram com boa saúde, sem contar que além de tudo, podem também melhorar (locomoção, sono, disposição e doenças crônicas). Entretanto, ressalta-se a importância do acompanhamento por uma equipe multidisciplinar formado por médicos, nutricionista e psicóloga, mesmo após a um longo período de cirurgia, sabemos que a obesidade

é uma doença crônica de difícil controle, assim havendo equilíbrio, há percepção de melhora na qualidade de vida em todos os aspectos.

Nos resultados finais, vimos que mesmo depois de cinco anos de cirurgia, essas mulheres ainda continuavam com sobrepeso, havendo uma insatisfação corporal, mas mesmo assim se achavam bonitas e isso melhorou a autoestima. Sugere-se que as pessoas que passam por cirurgia bariátrica demandem de acompanhamento psicoterapia a longo prazo.

Vemos a necessidade de haver mudanças sobre a prática clínica no sentido educacional por parte da nutrição, que possa haver acompanhamento ao longo prazo.

9. REFERÊNCIAS

Apóstolo, A., Mendes, C., & Azeredo, A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scale (DASS). Rev Latino-am enfermagem; 14(6). Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421865006.

Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrot J. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. SOARD 4 (2008) S73-S108.

Andrade, A. & Bosi, M. L. M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista Nutrição, 16* (1), 117-125.

Alvarado R, Alami RS, Hsu G, Safadi BY, Sanchez BR, Morton JM, Curet MJ. The Impact of Preoperative Weight Loss in Patients Undergoing Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. Obes. Surg. 2005; 15: 1282-1286.

Ávila, R. I., Santos, R. R. S., Garrote, C. F. D., & Ribeiro, E. F. (2013). Qualidade de vida de pacientes do estado de Goiás submetidos a cirurgia bariátrica utilizando o método BAROS. *Revista de biotecnologia e ciência, 1*(2), 13-17.

Azevedo, Alexandre Pinto; Santos, Cimâni Cristina; Fonseca, Dulcineia Cardoso. Transtorno de compulsão alimentar periódica. Rev. Psiquiatr. Vol.31 no.4. São Paulo. 2004.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3a ed.Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.

Barbosa, Aline R., et al. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. Cadernos de Saúde pública 21.6 (2005): 1929-1938.

Balduf LM, Kohn GP, Galanko JA, Farrell TM. The Impact of Socioeconomic Factors on Patient Preparation for Bariatric Surgery. Obes. Surg. 2009; 19: 1089–10959.

Bernardi, Fabiana; Cichelero, Cristiane; Vitolo, Marcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutrição vol.18 no.01. Campinas. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arqneuropsiquiatr, 61(3B), 777-81. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X200300050001.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

Camelon Km, Hådell K, Jämsén Pt, Ketonen Kj, Kohtamäki Hm, Mäkimatilla S, Törmälä Ml, Valve Rh. The Plate Model: a visual method of teaching meal planning. DAIS Project Group. Diabetes Atherosclerosis Intervention Study.J Am Diet Assoc. 1998 Oct; 98(10):1155-8. 3. Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrients

Buchwald, H., Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery. A systematic review and meta.analysis. JAMA. 2004; 292(14): 1724-37. Erratum in: JAMA. 2005; 293(14): 1728.

Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obes Surg 2013; 23(4): 427-436.

Campos, D. T. F., & Rosa, T. do V. (2008). O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. Estudos, 35(5), 967-979.

Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. SP, Manole, 2005. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322005000100017. Acesso em 15 de agosto de 2017.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practive. Nova Iorque: Guilford Press.

Cambi MPC, Baretta GAP. Guia alimentar bariátrico: modelo do prato para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018;31(2):e1375. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1375.

Cecconello, I., Riccioppo, D., & Santo, M., S. (2010). Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: implicações gestacionais. Revista da Associação Médica Brasileira, 56(6),615-37.

Carver, L. F., & Buchanan, D. (2016). Successful aging : considering non-biomedical constructs. Clinical Interventions in Aging, 11, 1623–1630. https://doi.org/https://doi.org/10.2147/CIA.S117202

Cortez, célia martins; araújo, e. A.; ribeiro, marta velasque. Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. Binge eating disorder and obesity. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 40, n. 1, p. 94-102, 2011. Disponível em: http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/855.pdf. Acesso em:11/10/2022.

De Luca M, Angrisani L, Himpensj, et al. Indications for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the internacional federation for the surgery of obesity and metabolic disorders (IFSO). Obes Surg (2016) 26: 1659 – 1696. 6.

Delgado Floody P, Caamaño Navarrete F, Jerez Mayorga D, et al. Effects of a multidisciplinary program on morbid obese patients and patients with comorbili.

Da silva, Renata Florentino. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux. Revista Comunicação em Ciência e Saúde. v. 24, n. 4, p. 341-350, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/reganho_peso_apos_segundo_ano.pdf Acesso em: 15/10 who are likely to be candidates for bariatric surgery. Nutr Hosp. 2015 May 1;31(5):2011-6.

Ehrenbrink, P. P.; Pinto, E. E. P.; Prando, F. L. Um novo olhar a cirurgia bariátrica.

Estebsari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Esmaeili, R., & Aghababaeian, H. (2019). The Concept of Successful Aging: A Review Article. Current Aging Science, 13(1), 4–10. https://doi.org/10.2174/1874609812666191023130117 e os transtornos alimentares. Psicologia Hospitalar. v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009.

Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. Nutr. 2000;13(1):17-28.

Fleck, Marcelo P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=pt&tlng=pt.

Franques, A. R. M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psicólogo. In A. B. Garrido Jr (Org.), Cirurgia da obesidade (pp. 75-79). São Paulo: Atheneu.

Freitas, Silvia et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. [s. l.], 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf.

Freitas, Silvia; Gorenstein, Clarice; Appolinario, Jose C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol.24 suppl.3. São Paulo. 2002.

Frisancho, A. R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. University of Michigan Press, 1990.

Frois, E., Moreira, J., & Stengel, M. (2011). Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. Psicologia em Estudo, 16(1), 71-77.

Flores L, Moizé V, Pujol J et al Prospective study of individualized or high fixed doses of vitamin D supplementation after bariatric surgery. ObesSurg (2015) 25: 470 – 476.

Fandino, J, Benchiiolmol , A. K., Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Revista Psiquiatrica Rio D'us. Sul, 26 (1), 47-51. Felippe F. M. (2003). O peso da obesidade Social. Revista Virtual Textos & Contextos. 2, 1-12. Floresi, A. C. F., Machado, B. H. & Soares, S. M. de S. R. (2009). Cirurgia bariátrica e risco de suicídio. Revista psiquiátrica clínica, 36 (2).

Furtado, F. T. A., Mafra S. C.,Lopes S. F., Girundi, M.G., Campolina, C.O. C.,Oliveira, A.M.O.,Santos, M. L.P.D., Freire, M.A. Transtornos Depressivo e Alimentares em Pacientes Pós Cirurgia Bariátrica com reganho de Peso: Um Estudo Observacional Descritivo. ABCD Arq Bras Cir Dig2023;36:e1725 https://doi.org/10.1590/0102-672020230002e1725.

Ferreira-Novaes N, Lima RP, Melo MC, Barbosa LN. Evaluation of the quality of life of obese candidates for bariatric surgery. Psicol Saúde Doenças. 2019 Mar;20(1): 1-15. doi: http://doi.org/10.15309/19psd200101.

Gesquiere I, Foulon V, Augustijns P, Gils A, Lannoo M, Van Der Schueren B, Matthys C. Micronutrient intake, from diet and supplements, and association with status markers in pre and post-RYGB patients.ClinNutr. 2016 Aug 23.S0261-5614(16)30206-0.

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, *12*, 43-50. ISSN 1413-389X.

Golja, K., Daugherty, A. M., & Kavcic, V. (2020). Cognitive reserve and depression predict subjective reports of successful aging. Archives of Gerontology and Geriatrics, 90(June), 104137. https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104137

Hansen Tt, Jakobsen T A, Nielsen Ms, et al. Hedonic changes in food choices following Roux-en-Y gastric bypass. ObesSurg (2016): 26: 1946 – 1955.

Hamoui N, Anthone GJ, Kaufman HS, Crookes PF. Maintenance of weight loss inpatients with body mass index >60 kg/m²:importance of length of small bowel bypassed. Surg Obes Relat Dis.2008;4(3):404-6; discussion 4067.doi:10.1016/j.soard.2007.08.020.

Huda MS, Wilding JP, Pinkney JH. Gut peptides and the regulation of appetite. Obes Rev. 2006; 7(2):163-82.

Hrabosky J, Masheb R, White M, Rothschild B, Burke-Martindale C, Grilo C. A Prospective Study of Body Dissatisfaction and Concerns in Extremely Obese Gastric Bypass Patients: 6- and 12-Month Postoperative Outcomes. obes surg. 2006;16(12):1615-1621.Gastric Bypass in Super-Obese Patients-Importance of Length of Total Alimentary Small Bowel Tract. Obes Surg. 2019;29(7):2012-2021. doi: 10.1007/s11695-019-03836-1.

Hernández MAR, Sancho EM Fuster MA, Gómez JD, Viñuela IC. Comparación a 5 años de das técnicas de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida seguidos en consulta enfermera. Rev. Nutr. Hosp. 2009; 24(6):667-675.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares: 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Júnior WS, Amaral JL, Nonino-Borges CB. Factors Related to Weight Loss up to 4 Years after Bariatric Surgery. Obes. Surg. 2011.

Júnior, J.R.A.N., Pitombeira, R.V.L., Moreira, J.A.G.L.F., Fidelix, Y.L., Freire, G. L.M., Percepção da qualidade de vida de pacientes pós-cirurgia bariátrica da cidade de Petrolina, Pernambuco, Brasil. http://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv.

Janssen, I.; Heymsfield, S.B.; Baumgartner, R.N.; Ross, R. Estimation of skeletal muscle mass by bioelectrical impedance analysis. J Appl Physiol, v. 89: p. 465-7, 2000.

Kakeshita, I. S. Estudo das relações entre o estado nutricional, a percepção da imagem corporal e o comportamento alimentar em adultos. 2004. 73 f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-05032007- 111354/pt-br.php

Kakeshita, I. S. Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros. 2008. 96 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-25052008- 170240/pt-br.php

Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul. 2009; 31(3 Supl.) https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.03.018.

Leal, C. W.; Baldin, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Rev. Psiquiátrica Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 324-327, 2007.

Le Roux CW, Aylwin SJ, Batterham RL, Borg CM, Coyle F, Prasad V, Shurey S, Ghatei MA, Patel AG, Bloom SR. Gut hormone profiles following bariatric surgery favor an anorectic state, facilitate weight loss, and improve metabolic parameters. Ann Surg. 2006; 243(1):108-14.

Lopes, L. A. L., Caíres, A. C. R., & Veiga, A. G. M. (2013). Relevância da equipe multiprofissional à cirurgia bariátrica. *Revista UNINGÁ*, *38*, 163-174.

Lin L, Allemekinders H, Dansby A, Campbell L, Durance-Tod S, Berger A, Jones Pj. Evidence of health benefits of canola oil.Nutr Rev. 2013 Jun; 71(6):370-85.

Lucas RWDC, Nassif PAN, Tabushi FI, Nassif DSB, Ariede BL, BritesNeto J, Malafaia O. Can stature, abdominal perimeter and BMI index predict possible cardiometabolic risks in future obesity? Arq Bras Cir Dig. 2020;33(2):e1529. doi: 10.1590/0102-672020200002e1529.

Lima LP, Sampaio HAC. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. Rev. Ciência Saúde Coletiva. 2007; 12 (4):1011-1020.

Laferrère B. Effect of gastric bypass surgery on the incretines. Diabetes Metab. 2009;35(6 Pt 2):513-7.

Lopes, A.; Ribeiro, G. Antropometria Aplicada à Saúde e ao Desempenho Esportivo. São Paulo: Rubio, 2014.

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. Lima, F.B. Tecido adiposo: uma breve perspectiva.

Marques, Sara Isabel Pires. Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno: um estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade. 2013. Dissertação (Tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade da Beira Interior, Portugal, 2013. Disponível em: https://www.proquest.com/openview/c336af7f8bc824b3308c6adf9cbcc62f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y. Acesso em:11/10/2022.

Mota, diana cândida lacerda; costa, telma maria braga; almeida, Sebastião Sousa. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Psicologia: teoria e prática, v. 16, n. 3, p. 100-113, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1938/193833500008.pdf. Acesso em:11/10/2022.

Machanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Obesity. 2009;17 Suppl 1:S1-70,v. Erratum in: Obesity. 2010;18(3):649.

Moizé VI, Pi-Sunyer X, Mochari H And Vidal J. Nutritional Pyramid for Post-gastric Bypass Patients ObesSurg (2010) 20:1133–1141. 1.

Mehaffey Jh, Mehaffey RI, Mullen Mg, et al.Nutrient Deficiency 10 Years Following Roux-en-Y Gastric Bypass: Who’s Responsible? Obes Surg. 2017 Feb 28.

Ministério da Saúde. Total de cirurgias de redução de estômago sobe 542%. (09 de Mar de 2009) [citado em 29 de março de 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/ reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_ area=124&CO_NOTICIA=10008.

Maçola, L., Vale, I.N. & Carmona, E.V. 2010.; Dias et al.,2008) Relação entre a autoestima e satisfação de vida de casais com ou sem filhos. Revista da escola de Enfermagem da USP,44 (3), 570-577.

Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(4), 165-169.

Mota, Vinícius E C *et al*. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres adultas: Dissatisfaction with body image and associated factors in adult women. Revist. Nutrição, v. 33, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rn/a/QzJCPrRvYX8Z43gPJcRTkTh/?lang=en. Checar essa referência

Magalhães, L. M., Bernardes, A. C. B., & Tiengo, A. (2017). A influência de blogueiras fitness no consumo alimentar da população. *Revsita Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *11*(68), 685-692. http://www.rbone.com.br/ index.php/rbone/article/view/629/492.

Ministério da Saúde (BR). VIGITEL BRASIL 2018 [Internet]; 2018 [cited 2020 May 26]. Available from: https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagesNasreddine, Z.S. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. v. 53, n. 4, p.695-9, 2005.

Morgan DJ, Ho KM. Incidence and outcomes afterbariatric surgery in older patients: a state-wide datalinkedcohort study. ANZ J Surg. 2017;87(6):471-6.doi: 10.1111/ans.1339.

Madan AK, Orth WS, Tichansky DS, Ternovits CA. Vitamin and trace mineral levels after laparoscopic gastric bypass. Obes Surg. 2006 May; 16(5):603-6. 2

Malinowski SS. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. Am J Med Sci. 2006 Apr; 331(4):219-25. 3.

Mauri SA, Ruiz R, Pibernat B, Salleras A, Pons N, Perez N, et al. Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what happens with gastric bypass? Endocrinol nutr. 2007; 54(4):193-9.

Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? Gerontologist, 55(1),

Nicida, Denise P; Machado, Kátia S. O uso de duas escalas de silhueta na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão de literatura [S. l.], 2014. Disponível em: http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2014/12/124_Interfacehs_ed-vol-9-n-2.pdf.

Nogueira de Almeida GA, dos Santos JE, Pasian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. Psicologia em Estudo 2005; 10: 27-35.

Nozaki, V. T., & Rossi, N. M. (2010). Imagem corporal:cirurgiabariátrica.Revista Saúde e Pesquisa, 3(2), 185-191.

Novaes, N. F.; Lima, R. P. B.; Melo, M. C. B & Barbosa, L. N. F.; AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE OBESOS PRETENDENTES Á CIRURGIA BARIATRICA. São Paulo, 2001.Disponivel em www.sp-ps.pt DOI:http://dx.doi.org/10.15309/19psd20010.

Nunes, M. A., Olinto, M. T. A., Barros, F. C., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23(1), 21-27.

Nogueira, Amanda M A, DE LIMA, Adriana S M. insatisfação Corporal em Mulheres Submetidas a cirurgia bariátrica do Tipo Bypass em Y de Roux.

Oliveira, A. P. S. V., Silva, M. M. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. Revista psicologia e saúde, 6(1),74-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100010.

Oliveira, Claudia Francisco. Lipoabdominoplastia ampliada associada a múltiplos procedimentos cirúrgicos: Amplified lipoabdominoplasty associated with multiple surgical procedures. Revist. Bras. de Cirur. Plástica, v. 26, n. 2, 2011.

Oliveira, Verenice Martins De; Linardi, Rosa Cardelino; Azevedo, Alexandre Pinto De. Cirurgia Bariátrica: Aspectos Psicológicos E Psiquiátricos. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400014. Acesso em:11/10/2022.

Organização Mundial da Saúde. (2016). CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Edusp. http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

Oskinis, Samira *et al.,2020.* Existe uma relação entre autocompaixão e adição à comida em mulheres com comportamentos alimentares disfuncionais? Is there a relationship between self-compassion and food addiction in women with dysfunctional eating behaviors?. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 69, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FMjyxsgwfcySTTVxkZHgRBK/?lang=pt.

Phillips SM. The impact of protein quality on the promotion of resistance exercise-induced changes in muscle mass. Nutr Metab [Internet]. 2016;13(1):1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12986-016-0124-8.

Pinquart, M.; Sörensen, S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. The Journals of Gerontology, v. 56, n. 4, p. 195-213, 2001. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11445606.

Pruzinsky, T., & Edgerdon, M. (1990). Body image change in cosmetic plastic surgery. In T. F Cash & T Pruzinsky (Orgs.), Body images development, deviance, and change (pp. 217-236). Nova Iorque: The Guilford Press.

Pereira, A.F., Cruz, S.F., Coutinho L. R., Vieira-de-Melo, M.C.P.T., Hinrichsen, E. A., Siqueira L. T., Figueiredo, J. L., Ferraz, A.A.B., PE, T.C.B.C. Impacto da cirurgia bariátrica em pacientes idosos portadores de obesidade. Pub. Recife-Pe, 2022. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223299.

Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965.Petroski, E. L. Antropometria: técnicas e padronizações. 5. ed. Porto Alegre:Editora Fontoura, 2011.

Rossi, L., Caruso, L., & Galante, A. P. Avaliação nutricional: novas perspectivas.2. ed. São Paulo: Roca, 2015. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2019, *20*(1), 1-15 ISSN - 2182-8407.

Resolução CFM n° 1.766/05. Disponível em: http:// www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/ 1766_2005.htm.

Silva,T.P.R., Porto,A.C., Mendes, L.L.,Gomes, S.F.L., Araújo, L.P. F., & Matozinhos,F.P., (2020).Qualidade de vida de pacientes pós cirurgia bariátrica. Abril, 2020.https://doi.org/10.6018/eglobal.362191

Silva, Paola Turchiello *et al.* Perfil de pacientes que procuram a cirurgia bariátrica: Profile of patients who seek the bariatric surgery. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 28, n. 4, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abcd/a/6tgJrccszY6QdbtPgbfJ6fv/?lang=pt&format=pdf#:~:text=CONCLUS%C3%83O-,O%20perfil%20dos%20pacientes%20que%20buscaram%20corre%C3%A7%C3%A3o%20cir%C3%BArgica%20para%20sua,hipertens%C3%A3o%20arterial%20e%20diabete%20melito

Sbicigo, Juliana; Bandeira, Denise; Dell'aglio, Débora. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. Rio Grande do Sul, ano 2010, v. 15, n. 3. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf.

Scherbov S, Sanderson W.C. New Approaches to the Conceptualization and Measurement of Age and Aging. Journal of Aging and Health, 2016, 28(7):1159-77.

Simonetti, V. M. M. Revisão crítica de algumas escalas psicossociais utilizadas no Brasil. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1989.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta. (2018). *Brasil: Assessoria de Comunicação SBCBM.* https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/

(Sjöström L. Bariatric surgery and reduction of morbidity and mortality: experiences from the SOS study. Int J Obes. 2008;32 Suppl 7:S93-7. 3.

Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e Stenzel, L. M. (2002) avaliação. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde,5(1).Obesidade:Opeso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Susmallian S, Raziel A, Barnea R, Paran H. Bariatricsurgery in older adults: shouldthere be an age limit? Medicina Baltimore.2019;98(3):e13824.doi:10.1097/MD.0000000000013824.

Sarlio-Lähteenkorva S, Stunkard A, Rissanen A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 1995; nov;19 Suppl 6:S1-5.

.

Tavares, M. C. C. (2003). Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole.Thompson, J. K., & Sitce, E. (2001). Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. Current Directions in Psychological Science, 10(5), 181-183.

Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). What attributes of successful aging are important to older adults? The development of a multidimensional definition of successful aging. Social Work in Health Care, 59(3), 161–179. https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1731049

Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *ZMMG Revista Médica de Minas Gerais*.

Trüeb R M , Serum Biotin Levels in Women Complaining of Hair Loss. Int J Trichology. 2016 Apr-Jun; 8(2): 73–77.

Tirapegui, J.; Ribeiro, S. M. L. Avaliação nutricional: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

United Nations Population Fund,HelpAge International. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund/London: HelpAge International; 2012.

Vidal J, de Hollanda A, Jiménez A. GLP-1 is not the key mediator of the health benefits of metabolic surgery. Surg Obes Relat Dis. 2016 Mar 3. pii: S1550-7289(16)00074-5.

Zorrilla-Nunez LF, Campbell A, Giambartolomei G, Lo Menzo E,Szomstein S,Rosenthal RJ. The importance of the biliopancreaticlimb length in gastric bypass: A systematic review. Surg Obes Relat Dis. 2019;15(1):43-49. doi: 10.1016/j.soard.2018.10.013. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).

Zwaan M, Mitchell JE. Transtornos alimentares e comportamento alimentar pré e pós-cirurgia bariátrica. In: Still C, Sarwer D, BlankenshipJ. (eds) The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery. Nova York:Springer; 2020.

Winkvist A, Klingberg S, Nilsson Lm, Et al. Longitudinal 10-year changes in dietary intake and associations with cardio-metabolic risk factors in the Northern Sweden Health and Disease Study. Nutr J. 2017 Mar 28;16(1): 20. Kellogg TA. Revisional bariatric surgery. Surg Clin North Am. 2011;91(6):1353-71 x. 7.

WHOQOL. Desenvolvimento da avaliação da qualidade de vida WHOQOLBREF da Organização Mundial da Saúde. O Grupo WHOQOL. Psychol Med. 1998; 28: 551-8.

WHOQOL. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): desenvolvimento e propriedades psicométricas gerais. Soc Sci Med. 1998; 46: 1569-85.

WHOQOL. World Health O. WHOQOL-bref: Introdução, administração, pontuação e versão genérica da avaliação: versão de teste de campo, dezembro de 1996, Genebra.

Wynne K, Stanley S, Bloom S. The gut and regulation of body weight. J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89(6):2576-82.

World Population Prospects 2019 - United Nations Population. [Internet] [Cited in 2020 june 12] Available from: https://population.un.org › wpp.

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer e aprovação do Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu

UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU - AMC SERVIÇOS EDUCACIONAIS S/C LTDA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos nutricionais, autoimagem e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica
Pesquisador: Adriana Machado Saldiba de Lima
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 46628521.5.0000.0089
Instituição Proponente: Universidade São Judas Tadeu
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.728.724

Apresentação do Projeto:
A obesidade caracteriza-se como um grande problema de saúde pública, se tornando uma doença crônica associada a várias comorbidades, e
também associada ao processo de envelhecimento. Diversas intervenções cirúrgicas têm sido empregadas com sucesso no tratamento da
obesidade mórbida tardia. Acredita-se que quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e nutricionais, ocorra melhora a curto e longo prazo.
Estudos já comprovam essa melhora a curto prazo, mas, novas pesquisas precisam ser realizadas para avaliar o efeito da cirurgia a longo prazo.
Sugere-se que possa haver alterações nutricionais, da autoimagem e da qualidade de vida em pessoas submetidas após 3 anos à cirurgia bariátrica
do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux. Desta forma o objetivo deste trabalho será avaliar os aspectos nutricionais, a autoimagem e a qualidade de
vida de indivíduos submetidos, após 3 anos, à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux. Para isso serão selecionados 100
indivíduos com mais de 18 anos. O trabalho será dividido em dois tipos de coleta: uma primeira etapa realizada em ambiente virtual, através de um
google forms (http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica) e outra etapa de forma presencial. No questionário online haverá um questionário de

Endereço: Rua Taquari, 546
Bairro: Mooca **CEP:** 03.166-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2799-1950 **Fax:** (11)2694-2512 **E-mail:** cep@saojudas.br

identificação com perguntas sociodemográficas, perguntas sobre a cirurgia e sobre a saúde, uma escala de autoestima, a Escala de Compulsão
Alimentar Periódica, a Escalas das Silhuetas e um questionário para avaliar a qualidade de vida. Na coleta presencial será utilizado um instrumento
de rastreio cognitivo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), uma avaliação cognitiva, uma avaliação nutricional e a escala de ansiedade,
depressão e estresse. Os dados serão compilados no Software Excel e submetidos a tratamento estatístico com auxílio do Software GraphPad
Prism 8.0. Será considerado como significância $p < 0,05$. Espera-se com este trabalho correlacionar os aspectos nutricionais com a autoimagem e
qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux.

Hipótese:
A cirurgia bariátrica pode melhorar a qualidade de vida, pois facilita a locomoção corporal, diminui os prejuízos psicossociais e de autoestima,
evitando doenças crônicas e metabólicas. Acredita-se que quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e nutricionais, ocorra melhora a curto e
longo prazo. Estudos já comprovam essa melhora a curto prazo, mas, novas pesquisas precisam ser realizadas para avaliar o efeito da cirurgia a
longo prazo. Sugere-se que possa haver alterações nutricionais, da imagem corporal e da qualidade de vida em pessoas submetidas após 3 anos à
cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux.

Metodologia Proposta:
O trabalho será dividido em dois tipos de coleta: uma primeira etapa realizada em ambiente virtual, através de um google forms
(http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica) e outra etapa de forma presencial. Serão utilizados dois TCLEs, um para uso no ambiente virtual e outro para
uso no ambiente presencial.
Para a coleta de dados em ambiente virtual, serão utilizados os questionários detalhados abaixo:
1) Questionário de identificação: Nesta pesquisa foi utilizado o questionário sociodemográfico e questionário específico, com perguntas de multipla

escolha e questões abertas elaboradas pelos pesquisadores, sobre a idade, sexo, estado civil, se tem filhos e quantos, escolaridade, renda familiar e
profissão. Também será questionado sobre o processo da cirurgia bariátrica, com perguntas como, se jáfoi feito a cirurgia bariátrica, a quanto tempo fez o procedimento, o tipo de cirurgia que foi feito, qual é o peso e altura atuais, como o indivíduo
considera que está a sua saúde, se faz acompanhamento psicológico ou tem interesse e se possui convênio médico. Abordando os aspectos da
saúde do indivíduo, será perguntado também se faz uso de suplementação alimentar com vitaminas, se faz exames laboratoriais periodicamente, se
foi submetido à abdominoplastia ou tem interesse em fazer, se fez ou faz o uso da meia anti-trombo, como foi o processo cicatricial e se houve
alguma cicatriz como queloide, fibrose ou alargamento.
2) Escala de autoestima -A Escala de Autoestima de Rosenberg foi desenvolvida, originalmente em inglês (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES),
por Morris Rosenberg, em 1965, como uma escala de avaliação da autoestima global, aplicada em 5.024 indivíduos, englobando universitários e
idosos de Nova Iorque. Rosenberg (1965) considera que a autoestima é a autoavaliação pessoal, a qual implica sentimento de valor, englobando um
componente predominantemente afetivo, expresso em uma atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesmo. Partindo desta concepção,
o instrumento é constituído por 10 questões com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e de aceitação de si mesmo.
3) Escala de Compulsão Alimentar Periódica - Utilizaremos também a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) é um questionário autoaplicável (Freitas et al, 2001) amplamente utilizado nos países de língua inglesa e que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de
acordo com a gravidade da CAP.
4) Escala das silhuetas - Utilizaremos a Escalas da Silhuetas de Idalina Shiraishi Kakeshita, na qual será apresentada uma sequencia de 15
silhuetas para adultos do sexo feminino e masculino, conforme as especificações sugeridas por Kakeshita (2008).
5) Qualidade de vida - Para avaliar a qualidade de vida será utilizado o instrumento WHOQOL-BREF (Fleck, 2000) na versão abreviado e em

português.
Para a coleta de dados presencial, serão utilizados os questionários e instrumentos detalhados abaixo.
1) Mini Exame do Estado Mental (MEEM)- Será utilizado um instrumento de rastreio cognitivo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a fim de
avaliar as funções cognitivas dos idosos.
2) Avaliação Cognitiva - Para avaliação cognitiva dos idosos, será utilizada a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA).
3) Avaliação Nutricional - A avaliação da composição corporal será realizada por profissionais habilitados e treinados e será composta por: a) peso
corporal; b) estatura; c) circunferência da panturrilha e do braço; d) composição corporal por bioimpedância.
4) Escala de ansiedade, depressão e estresse - Para avaliação da ansiedade, depressão e estresse será utilizada a escala DASS-21, termo em
inglês depression, anxiety and stress scale, traduzido para o português "Escala de depressão, ansiedade e estresse".

Critério de Inclusão:
Serão selecionados por conveniência um grupo de 100 indivíduos, de ambos os sexos, com idade de 18 anos ou mais que se submeteram, após 3
anos, à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux.
Critério de Exclusão:
Não serão incluídos no estudo indivíduos fumantes.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Avaliar os aspectos nutricionais, a autoimagem e a qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de
Roux.
Objetivo Secundário:
Objetivos específicos: Investigar a autoestima e autoimagem em pacientes pós-bariátricos;Investigar a existência da compulsão alimentar em
pacientes com potencial para a realização da cirurgia bariátrica; Investigar a qualidade de vida em pacientes pós-bariátricos; Avaliar os aspectos do

pós-operatório e da abdominoplastia em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa é considerada de risco mínimo, porém em caso de desconforto, constrangimento ou outra situação desagradável qualquer, a sua
participação poderá ser interrompida, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para qualquer uma das partes.

Benefícios:

Os benefícios diretos da participação neste projeto estão relacionados a uma reflexão sobre os aspectos nutricionais, a autoimagem e a qualidade
de vida dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, prospectivo, não randomizado. Caráter acadêmico, realizado com alunos de graduação e pós-graduação, com custo estimado de aproximadamente de R$ 400,00, por se tratar de pesquisa online. Amostra de pesquisa de 100 participantes que será realizada no Brasil. Previsão de início de coleta de dados 01/07/2021 e de encerramento em 31/08/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou pendências e Lista de inadequações”.

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou pendências e Lista de inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, para o desenvolvimento do estudo cabe ao pesquisador:

a) desenvolver o projeto conforme delineado;

b) apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

c) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;

d) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

e) justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados, quando

pertinente.

f) O relatório parcial deve ser apresentado ao CEP após 6 meses da aprovação, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após a coleta de dados do estudo.

g) O relatório final deve ser apresentado ao CEP, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após 90 dias do término do estudo.

h) O CEP/USJT deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente ao evento adverso grave ocorrido e enviar notificações ao CEP.

i) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP contendo uma carta identificando de forma clara e sucinta a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748602.pdf	08/05/2021 23:24:56		Aceito
Outros	Autorizacaodaclinica.pdf	08/05/2021 23:20:56	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito
Outros	PDFgoogleFORMS.pdf	08/05/2021 23:20:32	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	virtual.docx	08/05/2021 23:18:29	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	presencial.docx	08/05/2021 23:16:00	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostobariatrica.pdf	08/05/2021 23:13:26	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBariatricafinal.docx	08/05/2021 23:11:50	Adriana Machado Saldiba de Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Rua Taquari, 546
Bairro: Mooca **CEP:** 03.166-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2799-1950 **Fax:** (11)2694-2512 **E-mail:** cep@saojudas.br

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 24 de Maio de 2021

Assinado por:
Iris Callado Sanches
(Coordenador(a))

APÊNDICE-1 TCLE VIRTUAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Percepção de qualidade de vida, aspectos nutricionais e autoestima de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica" sob responsabilidade da Profa. Dra. Adriana Machado Saldiba de Lima do programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento, juntamente com a mestranda Zenaide Vasconcelos May Carmo e as alunas de graduação Maressa Robles Cabrera Orfeo, Fernanda Rodrigues Domingues e Amanda Morata Almeida Nogueira.

Declaro ter sido esclarecida sobre os seguintes pontos:

Concordo em ser participante da pesquisa, sendo que posso desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar percepção de qualidade de vida, autoestima, aspectos nutricionais e mulheres submetidas, após 5 anos, à cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux.

Responderei a um questionário online contendo um questionário de identificação com perguntas sociodemográficas, perguntas sobre a cirurgia e sobre a minha saúde, uma escala de autoestima, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica, a Escalas das Silhuetas e um questionário para avaliar a qualidade de vida. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 30 minutos.

A pesquisa é considerada de risco mínimo, porém em caso de desconforto, constrangimento ou outra situação desagradável qualquer, a minha participação poderá ser interrompida, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para qualquer das partes. Caso tal desconforto se perdure, eu, enquanto participante, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo, a Profa. Dra. Adriana Machado Saldiba de Lima, pelo e-mail adriana.lima@saojudas.br, para que ela possa me auxiliar.

Os benefícios diretos obtidos por minha participação incluem uma reflexão sobre os aspectos nutricionais, a autoimagem e a qualidade de vida após a realização da cirurgia bariátrica.

Minha participação na pesquisa é voluntária, não receberei qualquer forma de remuneração.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua divulgação em eventos científicos e publicação na forma de artigos em revistas.

Poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa, a Profa. Dra. Adriana Machado Saldiba de Lima sempre que julgar necessário pelo e-mail adriana.lima@saojudas.br para esclarecer eventuais dúvidas sobre a atividade ou com o Comitê de Ética da Universidade São Judas pelo telefone (11) 2799-1950 ou e-mail: cep@saojudas.br.

O arquivamento dos materiais coletados durante a pesquisa obedecerá às leis vigentes ficando sua guarda e proteção sob responsabilidade do pesquisador, por cinco anos, e disponível para consulta do comitê de ética quando este julgar necessário.

Você poderá fazer o download para salvar e/ou imprimir este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo documento possui a assinatura de todos os pesquisadores.

Acessando o link dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa.

Adriana Saldiba

_____

Adriana Machado Saldiba de Lima
End.: Rua Taquari, 546. Mooca – São Paulo – SP
e-mail: adriana.lima@saojudas.br

Zenaide Vasconcelos May Carmo

_____

Zenaide Vasconcelos May Carmo
RA: 821132302
Cel: (11) 95307-0044
e-mail: Zenaidemay@gmail.com

ANEXO-2 Escala de Autoestima

Escala de Autoestima de Rosenberg

(versão traduzida e adaptada para o português por Dini; Quaresmo; Ferreira, 2001).

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo Plenamente.

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

A) Concordo plenamente.

B) Concordo.

C) Discordo.

D) Discordo plenamente.

ANEXO 3- ECAP

Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Gormally J; Black S; Daston S; Rardin D (1982). Tradução: Freitas S; Appolinario JC., 2001.

Instruções: Você encontrará abaixo grupos de informações 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 com 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 come 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, 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 ganhei peso.

6)

( ) 1. Eu não sinto 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 quebrou 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.

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 capaz 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 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 apenas 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 "preocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.

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

( ) 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "preocupadas" 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 "preocupados" 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 eu estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

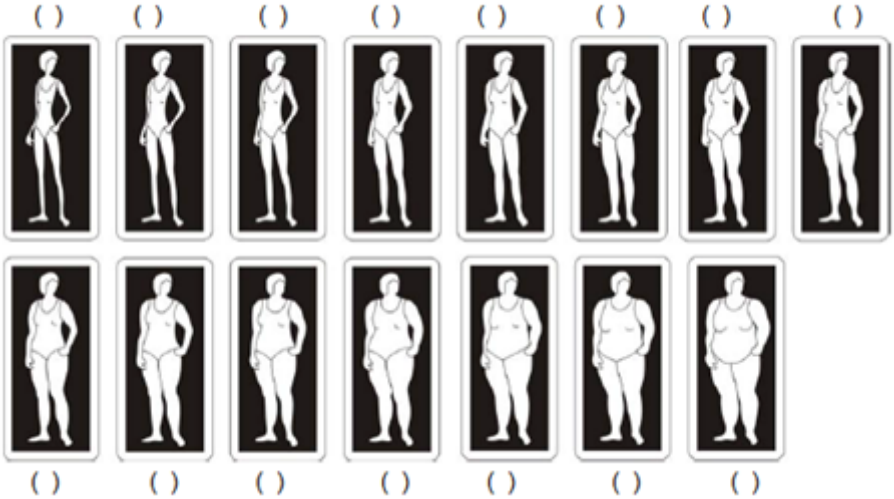
( ) 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade normal de comida para mim.

ANEXO-4 Escalas de Silhuetas

<u>Escalas da Silhuetas para Mulheres</u>.

(Kakeshita, 2008).

1- Qual figura que melhor representa seu corpo atual, como se vê hoje?



2- Qual figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter

ANEXO- 5 WhoQol-Bref (qualidade de vida)

Pedimos que, por favor, leia com atenção todos os itens abaixo e responda as questões com seriedade. Agradecemos!

2. Nome: *

3. Telefone para contato: *

4. Idade: *

5. Data de nascimento: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

6. Sexo: *

Marcar apenas um oval.

Feminino *Pular para a pergunta 50*

Masculino *Pular para a pergunta 52*

Outros

7. Estado Civil: *

Marcar apenas um oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- UniãoEstável
- Viúvo(a)
- Outros

8. Tem filhos: *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

9. Se sim, quantos: (Caso não tenha, responda que não tem) *

10. Quantos anos de escolaridade: *

11. Qual a sua renda familiar? *

Marcar apenas um oval.

- Menos de 1 salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- 4 a 6 salários mínimos
- 7 a 11 salários mínimos
- Mais que 11 salários mínimos

12. Qual a sua profissão? *

13. Você fez cirurgia bariátrica? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

14. Você fez a cirurgia bariátrica a quanto tempo? *

15. Você fez a cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrico em Y de Roux? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não
- Não sei

16. Qual o seu peso atual? *

17. Qual a sua altura? *

18. Idade de início da obesidade? *

19. Tem histórico de obesidade na família? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

20. Você fez outras tentativas de perder peso? (Selecione quantas alternativas você quiser)

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Dieta com acompanhamento de nutricionista
- [ ] Dieta sem acompanhamento de nutricionista
- [ ] Dieta e exercícios
- [ ] Somete exercícios
- [ ] Dietas com jejum
- [ ] Remédios
- [ ] Outros:

21. Seus familiares te apoiaram no processo de emagrecimento?

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

22. Quais momentos do dia você acha que ingere mais petiscos? (Petiscar significa comer uma pequena porção de comida)

Marcar apenas um oval.

- período da manhã
- período da tarde
- período da noite
- madrugada

23. Quais os tipos de alimentos você ingere quando petisca?

24. Você faz uso de alguma medicação diária? Se sim, qual? *

25. Você fuma?

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

26. Você faz uso de bebidas alcóolicas?

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

27. Faz uso de alguma droga ou entorpecente lícito ou ilícito?

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

28. Como você considera que está sua saúde? *

Marcar apenas um oval.

- Excelente
- Muito boa
- Regular
- Ruim
- Péssima

29. Você faz acompanhamento psicológico? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não
- Não, mas tenho interesse

30. Se você respondeu sim, por quanto tempo? *

31. Você tem convênio médico? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

32. Se você respondeu sim, por quanto tempo? *

33. Você faz uso de suplemento alimentar e vitaminas? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não
- Já tomei anteriormente

34. Se você respondeu sim, por quanto tempo? *

35. Você faz exames laboratoriais periodicamente? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

36. Foi submetido a abdominoplastia por excesso de pele? *

Marcar apenas um oval.

- Sim, concomitantemente a cirurgia bariátrica
- Sim, após um período de recuperação da cirurgia
- bariátrica Não, mas possivelmente ainda farei
- Não pretendo me submeter a cirurgia plástica

37. Fez ou faz uso de meia anti-trombo? *

Marcar apenas um oval.

- Não fiz uso de meia anti-trombo
- Utilizei a meia anti-trombo somente no hospital
- Utilizei meia anti-trombo no início do pós operatório, até 6 meses
- Utilizei meia anti-trombo no primeiro ano do pós operatório
- Utilizo atualmente meia anti-trombo

38. Em relação ao aspecto cicatricial, obteve o resultado esperado? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

39. Em caso de resposta negativa, quais foram as alterações manifestadas? *

Marcar apenas um oval.

- Quelóide
- Fibrose
- Alargamento
- Outro
- Não tive cicatrizes

Questionário Específico

Leia cada item abaixo e indique, marcando na categoria apropriada

1. NUNCA
2. RARAMENTE
3. OCASIONALMENTE
4. FREQUENTEMENTE
5. MUITO FREQUENTE

40. Você acha que come com consciência? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

41. Com qual frequência você come assistindo TV ou mexendo no celular? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

42. Quando você está estressado(a) você tende a comer mais? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

43. Quando você está ansioso(a) você tende a comer mais? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

44. A comida gera sentimentos positivos (conforto, satisfação, alegria, alívio)? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

45. A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

46. O quanto a comida é prazerosa para você? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

47. Você se sente bonito(a)? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

48. Você acha que as redes sociais interferem na maneira como você se vê? *

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

49. Você sente fome a noite?

Marcar apenas um oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Muito frequente

APÊNDICE- 2 – Carta Convite

Pesquisa: Aspectos Nutricionais, Autoimagem e Qualidade de Vida de Indivíduos Submetidos à Cirurgia Bariátrica

CONVIDAMOS VOCÊ

A participar da nossa Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciência do Envelhecimento em parceria com o curso de Psicologia e Enfermagem da Universidade São Judas Tadeu sobre os "Aspectos Nutricionais, Autoimagem e Qualidade de Vida de Indivíduos Submetidos à Cirurgia Bariátrica."

Para acessar, clique no link http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica

OS CRITÉRIOS PARA PARTICIPAÇÃO SÃO:

- Ter no mínimo 18 anos de idade

- Ter feito cirurgia bariátrica a no mínimo 3 anos