



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
HEITOR CAETANO MEDEIROS

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES CANDIDATOS A
CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Palhoça
2020

HEITOR CAETANO MEDEIROS

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES CANDIDATOS A
CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Nutrição, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para aprovação na unidade de aprendizagem TCC II.

Orientadora: Prof^a. Daniele da Silva Hermes, Msc.

Palhoça

2020



ATA N.º 00011/2020B

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO E DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM NUTRIÇÃO

Aos oito dias do mês de dezembro de dois mil e vinte, às dezenove horas, via zoom, foi realizada a sessão pública de apresentação e defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição como requisito parcial para aprovação na disciplina TCC II da acadêmica **Heitor Caetano Medeiros**. A banca foi composta pelos seguintes membros: **Ntr. Msc. Daniele da Silva Hermes** (orientadora), **Ntr. Esp. Julia Taffarel Bessega** (membro), **Ntr. Kelly Iahn Carsten** (membro) sob a presidência do primeiro. O Trabalho de Conclusão de Curso tem como título: **“Comportamento alimentar de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e metabólica de um hospital público da Grande Florianópolis.”**. Após a explanação de vinte minutos, a acadêmica foi arguida pelos membros da banca, tendo respondido satisfatoriamente a todas as perguntas que lhes foram formuladas, e em decorrência, obtendo-se nota final da banca de TCC II. Ao final da sessão foi lavrada a presente ata, que vai assinada pela banca e pela candidata.

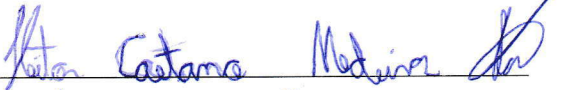
Palhoça, 08 de dezembro de 2020.

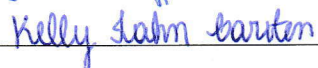
Heitor Caetano Medeiros

Ntr. Msc. Daniele da Silva Hermes

Ntr. Esp. Julia Taffarel Bessega

Ntr. Kelly Iahn Carsten


banca Hermes



HEITOR CAETANO MEDEIROS

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES CANDIDATOS A
CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA
GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado à obtenção do título de nutricionista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Nutrição, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 08 de dezembro de 2020.



Profa. e orientadora Daniele da Silva Hermes, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina



Julia Taffarel Bessega, Esp.
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes



Kelly Iahn Carsten
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES CANDIDATOS A
CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

**FOOD BEHAVIOR OF PATIENTS CANDIDATES TO BARIATRIC AND
METABOLIC SURGERY AT A PUBLIC HOSPITAL IN GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Heitor Caetano Medeiros¹

Daniele da Silva Hermes²

RESUMO

Introdução: A complexidade da obesidade é evidenciada além dos fatores fisiológicos, visto que o aspecto comportamental influencia no sucesso para alcançar um peso saudável, mudanças de hábitos alimentares e atenção à saúde psíquica. Para analisar o paciente de forma completa e decidir se a cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz, é necessário conhecer o comportamento alimentar desses pacientes. O objetivo deste estudo é avaliar o comportamento alimentar de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e metabólica de um hospital público da grande Florianópolis, Santa Catarina. **Método:** Estudo transversal, descritivo e observacional, resultante do instrumento adaptado para coleta de dados sobre comportamento alimentar (TFEQ-21). As respostas foram transformadas em uma escala numérica que variou de 1 (alta presença de descontrole alimentar) a 4 (baixa presença de descontrole alimentar). Posteriormente foram analisadas a média, mediana e desvio padrão desses dados obtidos e, foi considerado que quanto mais próximo de 1, mais frequente é a presença do comportamento alimentar descontrolado. As variáveis quantitativas contínuas foram expressas por meio de média e desvio-padrão e as categóricas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). A análise estatística foi realizada no programa Stata[®] 13.1, utilizando o teste Qui-quadrado e considerou-se significância $p < 0,05$. **Resultados:** Fizeram parte da amostra 52 pacientes com idade média de $44,61 \pm 47,80$ anos, sendo 90,38% composta pelo sexo feminino. Cerca de 82,69% da amostra apresentou Obesidade Grau III e o restante para Obesidade Grau II, além disso a média de IMC verificada na amostra foi de $46,38 \text{ kg/m}^2$. De acordo com a análise do instrumento, todos os pacientes apresentaram comportamentos que caracterizam descontrole alimentar. **Conclusão:** Constatou-se que os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica possuem características em comum que permitem observar maior ou menor grau de intensidade no descontrole alimentar.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica. Comportamento alimentar. Terapia Nutricional.

¹ Acadêmico do curso Nutrição da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Palhoça - Santa Catarina, Brasil. E-mail: heitorcaetano03@hotmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde – na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

ABSTRACT

Abstract: Introduction: The complexity of obesity is evidenced beyond physiological factors, since the behavioral aspect influences the success in achieving a healthy weight, the changes in eating habits and the attention to mental health. To fully analyze the patient and decide whether bariatric surgery is the most effective treatment, it is necessary to know the eating behavior of these patients. The aim of this study is to evaluate the eating behavior of patients who are candidates for bariatric and metabolic surgery in a public hospital in Florianópolis, Santa Catarina. **Method:** Cross-sectional, descriptive and observational study, resulting from the adapted instrument to collect data on eating behavior (TFEQ-21). The answers were transformed into a numerical scale that ranged from 1 (high presence of uncontrolled food consumption) to 4 (low presence of uncontrolled food consumption). Subsequently, the mean, median and standard deviation of these data were analyzed, and it was considered that the closer to 1, the more frequent is the presence of uncontrolled eating behavior. Continuous quantitative variables were expressed by mean and standard deviation and categorical variables by absolute (n) and relative (%) frequency. Statistical analysis was performed using the Stata® 13.1 program, using the chi-square test and significance was considered $p < 0.05$. **Results:** The sample included 52 patients with a mean age of 44.61 ± 47.80 years, 90,38% were female. About 82.69% of the sample had Obesity Grade III and the remaining had Obesity Grade II, in addition the average BMI verified in the sample was 46.38 kg/m^2 . According to the analysis of the instrument, all patients showed behaviors that characterize uncontrolled eating behavior. **Conclusion:** It was found that patients who are candidates for bariatric surgery have characteristics in common that allows the observation of a greater or lesser degree of intensity of uncontrolled eating behavior.

Keywords: Bariatric surgery. Eating behavior. Nutritional Therapy.

INTRODUÇÃO

A obesidade decorre de uma transição epidemiológica, onde a diminuição da desnutrição e do marasmo nutricional cede lugar para ascendência ao ganho de peso excessivo¹. Essa doença apresenta-se como um grave problema mundial de saúde pública que reflete um cenário multifatorial, no qual os fatores genéticos, metabólicos e nutricionais influenciam no maior desenvolvimento da doença em um nível que compromete a saúde dos indivíduos. Diversas alterações, principalmente metabólicas, são observadas na obesidade, além de ser fator de risco para enfermidades, como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e piora da qualidade de vida^{2,3,4}.

A complexidade da obesidade é evidenciada além dos fatores fisiológicos, visto que o aspecto comportamental influencia diretamente no sucesso para alcançar um peso saudável, mudanças de hábitos alimentares e atenção à saúde psíquica⁵. Existem diversos tratamentos para obesidade, destacando-se a inserção de dietas variadas associadas a mudança no estilo de vida, tratamentos medicamentosos, psicoterapias e o tratamento cirúrgico. Este último mostra-se como a alternativa mais eficaz na perda de peso a longo prazo, principalmente em pacientes submetidos aos outros métodos de tratamento e que obtiveram resultados pouco significativos⁶.

Apesar de atualmente apresentar-se como tratamento mais eficaz, a cirurgia bariátrica em alguns casos reforça e até mesmo desencadeia nos pacientes uma série de

transtornos psicológicos e alimentares que dificultam a adesão às orientações pós-operatórias, que interferem diretamente na manutenção dos resultados⁷. Conhecer o comportamento alimentar de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica se faz necessário para a decisão do tratamento mais eficaz, visto que, inúmeras cirurgias poderiam ter os resultados potencializados com um diagnóstico da situação comportamental desses pacientes ou até mesmo serem revistas as necessidades de encaminhamento para cirurgia.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o comportamento alimentar de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e metabólica de um hospital público da grande Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional de aspecto quantitativo, realizado com pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e metabólica no Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica de um Hospital Público localizado na região da Grande Florianópolis – Santa Catarina, no período de setembro a outubro de 2020.

As informações foram obtidas pelas respostas do questionário sociodemográfico, antropométrico e clínico elaborado pelo próprio autor e do instrumento para coleta de dados sobre comportamento alimentar - Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ – R21)⁸, aplicados por meio de ligação telefônica, na qual foi perguntado ao paciente se ele permitiria a gravação da conversa durante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após sua permissão, iniciou-se a leitura do TCLE e ao final perguntou-se ao paciente se ele desejava participar da pesquisa. Após sua autorização todos os questionários foram lidos pelo pesquisador, de forma detalhada e audível. Foram excluídos pacientes que não permitiram a gravação de voz durante a leitura do TCLE, além daqueles que possuíam alguma dificuldade na interpretação das questões do TFEQ – R21 de modo a não conseguirem responder alguma ou que por livre expressão se recusaram a responder qualquer uma delas, e também falhas na ligação que impediram a comunicação clara entre o pesquisador e o participante.

O questionário continha perguntas sobre as dimensões sociodemográficas, como sexo, idade, procedência, além do peso e altura referidos e o diagnóstico clínico. O instrumento para coleta de dados sobre comportamento alimentar (TFEQ-R21)⁸ é um questionário traduzido, adaptado e validado no Brasil, com o intuito de analisar os mecanismos de descontrole alimentar dos indivíduos a partir de três variáveis comportamentais: Restrição Cognitiva, Desinibição e Fome Percebida. As perguntas de 1 a 20 do questionário TFEQ-R21 possuíam quatro possibilidades de respostas, as quais indicavam maior ou menor presença do descontrole alimentar e a pergunta 21 continha uma escala (pontuação de 1 a 8) de auto percepção da restrição alimentar, sendo 1 nenhuma restrição alimentar e 8 restrição alimentar total. As respostas das questões 1 a 20 foram inseridas em uma planilha do Microsoft Office Excel[®] e através de uma adaptação do questionário TFEQ-21 de Natacci e colaboradores (2011)⁸, foram transformadas em uma escala numérica (seguindo o mesmo critério da questão número 21) que variou de 1 (alta presença de descontrole alimentar) a 4 (baixa presença de descontrole alimentar). Posteriormente foram analisadas a média, mediana e desvio padrão dos dados obtidos por meio dessa escala. Foi considerado que quanto mais próximo de 1, mais frequente a presença do comportamento alimentar descontrolado. Nas questões em que os resultados da média, mediana e desvio padrão não fossem suficientes para conclusão do resultado, foi utilizado como mecanismo de auxílio na interpretação dos resultados a frequência de respostas para cada alternativa das questões.

As variáveis quantitativas contínuas foram expressas por meio de médias e desvios-padrão e as categóricas por meio de frequências absoluta (n) e relativa (%). A análise estatística foi realizada no programa Stata® 13.1, através do teste Qui-quadrado de Pearson e considerou-se significância $p < 0,05$.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, além de ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP-UNISUL), sob parecer Nº 4.233.464.

RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 52 pacientes, sendo 90,38% (n=47) composta pelo sexo feminino. A idade média foi de $44,61 \pm 1,58$ anos. Quanto a ocupação, houve destaque para 34,62% (n=18) de desempregados e 21,15% (n=11) de autônomos. As procedências mais prevalentes foram da região da Grande Florianópolis, sendo especificamente 21,15% (n=11) de Florianópolis e 13,46% (n=7) de São José.

O peso médio e altura média referidos pelos entrevistados foram respectivamente de $120 \pm 2,42$ kg e $1,61 \pm 0,01$ m e foi verificado que em 82,69% (n=43) da amostra esteve presente Obesidade Grau III e o restante, Obesidade Grau II, além disso a média de IMC na amostra foi de $46,38 \pm 1,03$ kg/m². Vale ressaltar que 76,92% (n=40) da amostra apresenta alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) associada a obesidade, podendo destacar que 28,85% (n=15) da amostra apresentava DM e HAS associadas. De acordo com os valores da tabela 1, observa-se a análise das variáveis conforme os resultados das respostas do questionário TFEQ-R21. Já a tabela 2 apresenta a análise da frequência das respostas do questionário TFEQ-R21. Não houve diferença significativa nos parâmetros de idade ($p=0,834$) e a classificação do IMC ($p = 0,161$) em relação ao sexo. A resposta 21 do questionário indica a auto percepção da restrição alimentar conforme observado pelo paciente, a resposta média foi de $4,46 \pm 1,92$ e Mediana = 5.

Tabela 1 – Análise das variáveis conforme os resultados das respostas do questionário TFEQ-R21

Questões (1 a 20)	Média	Mediana	Desvio Padrão
1 . Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.	2,36	2	0,86
2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.	2	2	0,84
3. quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.	2,44	2	0,89
4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.	2,40	2	0,82
5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.	2,90	3	0,97
6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.	2,30	2	0,61
7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.	2,39	2	0,87
8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.	2,86	3	0,74
9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar.	2,76	3	0,80

10. Quando me sinto solitário (a), me consolo comendo.	2,90	3	0,89
11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.	2,5	3	0,85
12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.	2,80	3	0,76
13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.	3,01	3	0,77
14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo.	2,63	3	0,81
15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente	2,63	3	0,71
16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer.	2,73	3	0,71
17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?	2,42	2	1,27
18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?	3,53	4	0,60
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?	2,26	2,5	0,99
20. qual frequência você fica com fome?	2,75	3	1,15

Tabela 2 – Análise da frequência das respostas do questionário TFEQ-R21

		Alternativa 1		Alternativa 2		Alternativa 3		Alternativa 4	
		“Totalmente verdade”		“Verdade, na maioria das vezes”		“Falso, na maioria das vezes”		“Totalmente falso”	
Questões (1 a 20)	Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.	Masculino	0	0	1	20	2	40	2	40
	Feminino	4	8,51	21	4,68	15	31,9	7	14,9
2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.	Masculino	1	20	3	60	1	20	0	0
	Feminino	12	25,3	24	51,1	8	17,0	3	6,38
3. quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.	Masculino	0	0	3	60	2	40	0	0
	Feminino	7	14,9	19	40,4	14	29,8	7	14,9
4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.	Masculino	0	0	1	20	4	80	4	8,5
	Feminino	7	14,9	20	42,5	16	34,0	4	8,5
5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.	Masculino	1	20	0	0	3	60	1	20
	Feminino	4	8,51	12	25,5	15	31,9	16	34

6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.	Masculino	0	0	5	100	0	0	0	0
	Feminino	4	8,51	23	48,9	20	42,5	0	0
7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.	Masculino	1	20	2	40	2	40	0	0
	Feminino	6	13	22	45,6	13	28,2	6	13
8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.	Masculino	1	20	0	0	4	80	0	0
	Feminino	2	4,2	9	19,1	28	59,6	8	17
9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar.	Masculino	0	0	1	20	4	80	0	0
	Feminino	4	8,51	11	23,4	24	51	8	17
10. Quando me sinto solitário(a), me consolo comendo.	Masculino	1	20	0	0	2	40	2	40
	Feminino	3	6,3	11	23,4	21	44,7	12	25,5
11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.	Masculino	1	20	1	20	1	20	2	40
	Feminino	4	8,5	22	46,8	11	23,4	10	21,3
12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.	Masculino	0	0	2	40	2	40	1	20
	Feminino	1	2,1	16	34	21	44,7	9	19,1
13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.	Masculino	1	20	0	0	2	40	2	40
	Feminino	2	4,2	6	12,7	28	59,5	11	23,4
14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo.	Masculino	0	0	1	20	4	80	0	0
	Feminino	3	6,3	20	42,5	16	34	8	17
15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.	Masculino	1	20	1	20	3	60	0	0
	Feminino	3	6,3	13	27,6	28	59,5	3	6,38
16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer.	Masculino	0	0	1	20	3	60	1	20
	Feminino	1	2,1	18	38,3	22	46,8	6	12,7
17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?	Masculino	1	20	0	0	2	40	2	40
	Feminino	17	36,1	3	6,3	12	25,5	31,9	31,9
18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?	Masculino	2	40	3	60	0	0	0	0
	Feminino	29	61,7	15	31,9	3	6,3	0	0
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?	Masculino	1	20	0	0	3	60	1	20
	Feminino	10	21,2	15	31,9	19	40,4	3	6,3
20. Com qual frequência você fica com fome?	Masculino	1	20	0	0	2	40	2	40
	Feminino	11	23,4	6	12,7	15	31,9	15	31,9

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram a prevalência do sexo feminino, como de fato descreve também a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2018)⁹ em que cerca de 70% dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica são mulheres. Sugere-se que essa alta prevalência ocorra devido a tendência das mulheres em se importarem mais com a aparência, qualidade de vida e pela maior frequência em consultas, o que é essencial para detecção e tratamento precoce da obesidade^{10,11,12}. Um estudo analisado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), através da análise de dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2018), corrobora com os resultados da presente pesquisa, evidenciando que no Brasil a obesidade cresceu em cerca de 67,8% nos últimos 13 anos, atingindo 19,8% da população em 2018, sendo que as mulheres representam 20,7% da população total obesa, enquanto os homens permeiam os 18,7%^{11,12,13}.

O desemprego foi destaque no quesito “ocupação” entre os indivíduos. Esse fato pode estar relacionado a coleta ter sido feita em meio a pandemia do COVID-19, que por si só ocasionou em 14,3% de desocupação até o segundo semestre de 2020¹⁴ no Brasil além disso pode haver algum tipo de discriminação com esses indivíduos, visto que a obesidade incontestavelmente acarreta na debilidade do indivíduo, servindo de pressuposto para não contratação¹⁵.

Barros *et al.* (2015)¹⁶ analisaram 92 pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará e 92,40% apresentaram-se em obesidade grau III antes da realização da cirurgia. Resultado similar ao estudo de Polleto *et al.* (2018)¹⁷ que apresentou 70,83% da sua amostra com IMC acima de 40 kg/m², caracterizando obesidade grau III, semelhante ao perfil nutricional apresentado no presente estudo.

A obesidade é uma das doenças mais debilitantes devido sua associação a diversas comorbidades. Apresenta-se como fator de risco determinante para DM II e está relacionada diretamente com desenvolvimento da HAS, contribuindo de forma significativa para o aumento do risco de morbimortalidade^{4,18}. A elevada presença de DCNT no presente estudo e a associação entre DM II e HAS, foi identificada de forma muito similar na pesquisa apresentada por Nicolau *et al.* (2018)¹⁹ e que naturalmente segue a tendência de pacientes submetido a cirurgia bariátrica.

Conforme demonstrado na tabela 1, percebeu-se que em 11 das 20 perguntas, não houve presença de características que caracterizam descontrole alimentar. Porém, quando confrontadas (para confirmação) com os dados da tabela 2, observou-se que o padrão de respostas tende a maior frequência para acentuado descontrole alimentar. Além disso, a resposta da questão 21, demonstrou que conforme a autopercepção dos pacientes, houve ocorrência de um padrão de respostas que indicam menor presença de restrição alimentar.

A pesquisa realizada por Silva e Araújo²⁰ apresentou informações que corroboram com o presente estudo, demonstrando que a prevalência de desordens no padrão alimentar dessa população varia de 11% a 32% podendo ser intensificada em até 50% quando os episódios de compulsão alimentar acontecem no mínimo uma vez por semana. Além disso essa mesma pesquisa aponta a relação de maiores alterações de desordens alimentares em pacientes com indicação cirúrgica se comparado a grupos com outros tipos de tratamento. Outros estudos apontam que pacientes no pré-operatório apresentam maior descontrole alimentar em virtude da frequente alternância entre restrição alimentar e perda de controle alimentar, o que é muito comum em pacientes que possuem comportamento restritivo²¹.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica possuem características em comum que permitem observar maior ou menor grau de intensidade no descontrole alimentar. A análise do comportamento alimentar desses pacientes é extremamente necessária para definição do melhor tratamento para obesidade, visto que eles possuem características que devem ser tratadas por meio de uma intervenção que vá além do olhar fisiológico. O presente estudo demonstra que a avaliação dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica deve ser contínua em todos os aspectos do tratamento, sejam eles nutricionais, metabólicos e principalmente comportamentais.

NOTA

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relevantes ao conteúdo deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Pereira, R. A.; Alves-Souza, R. A.; Sousa, J. V.; O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente, Ariquemes*, v. 6, p. 99-108, jul. 2015.
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).
3. Fencl, J. L.; Walsh A; Vocke D. The bariatric patient: an overview of perioperative care. *AORN J.* 2015;102(2):116-31.
4. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. *PAHO.* 2016;1(7):1-10.
5. Francisco, M. L.; Maria, P. Z. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011.
6. Bagatini, A.; Trindade, R.D.; Gomes, C.R.; Marcks, R. Anestesia para cirurgia bariátrica. Avaliação retrospectiva e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 56. Num. 3. 2006. p. 205-222.
7. Silva, M. O.; Araújo, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar antes e após a cirurgia de bypass gástrico. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-83, abr. 2014.
8. Natacci, L. C.; Ferreira, M. J. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 383-394, jun. 2011.
9. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. 70% dos pacientes de cirurgia bariátricas são mulheres – 2018 [internet]. São Paulo; 2018 [citado 2020 Nov. 14]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/70-dos-pacientes-de-cirurgias-bariatricas-sao-mulheres/>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília, 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Brasileiros atingem maior índice de obesidade dos últimos treze anos, de acordo com pesquisa Vigitel – 2019 [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2020 Nov. 14]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/3433#:~:text=Apesar%20de%20o%20excisso%20de,era%20de%2042%2C6%25>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - 2018. Brasília; 2018 [citado 2020 Nov. 14]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>
13. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. ABESO. São Paulo, 2018 [citado 2020 Nov. 14]. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
14. Brasil. Agência IBGE. Desemprego na pandemia atinge maior patamar da série na 4ª semana de agosto. Brasília, 2020 [citado 2020 Nov. 14]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/28909-desemprego-na-pandemia-atinge-maior-patamar-da-serie-na-4-semana-de-agosto>
15. Teixeira, A. D. Maior o Peso, Menor o Salário? O impacto da obesidade no mercado de trabalho. São Paulo, 2016. 69 p.
16. Barros, L. M. et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 36, n. 1, p. 21-7, 2015
17. Poletto, S. L.; Spinelli, R. B. Perfil Nutricional de pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Revista Perspectiva. Erechim, 2018. V.42, n 157, p. 175-186.
18. Freitas A. C. T. Cirurgia bariátrica: principais técnicas utilizadas e suas consequências nutricionais. In: Campos ACL, ed. Tratado de nutrição e metabolismo em cirurgia. Rio de Janeiro: Rubio; 2013. p.173-90.
19. Nicolau, I. R.; Espírito Santo, F. H. Perfil de pacientes com obesidade grau III atendidos em um centro de referência em obesidade. Revista enfermagem atual. Rio de Janeiro, 2018.
20. Silva, M. O.; Araújo, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar antes e após a cirurgia de bypass gástrico em um hospital público. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 39, n. 1, p. 68-83, abr. 2014.
21. Jesus, A. D.; Barbosa, K. B. F. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. v.11. n.63. São Paulo, 2017.