



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E
COMPORTAMENTO

**Impacto do acompanhamento nutricional e psicológico no pós-cirúrgico de pessoas
submetidas a cirurgia bariátrica no Brasil**

ÊNIO RICARDO MACEDO VILHENA

BELÉM-PA

2023

ÊNIO RICARDO MACEDO VILHENA

Impacto do acompanhamento nutricional e psicológico no pós-cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento, do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Neurociências e Comportamento

Orientadora: Prof. Dr^a Rachel Coelho Ripardo Teixeira

Coorientadora: Prof. Dr^a Naíza Nayla Bandeira de Sá

BELÉM-PA

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

- V711i Vilhena, Enio Ricardo Macedo.
Impacto do acompanhamento nutricional e psicológico no pós-
cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica no Brasil / Enio
Ricardo Macedo Vilhena. — 2023.
71 f.
- Orientador(a): Prof^ª. Dra. Rachel Coelho Ripardo Teixeira
Coorientação: Prof^ª. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá Dissertação
(Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo
de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós- Graduação
em Neurociências e Comportamento, Belém, 2023.
1. Cirurgia bariátrica. 2. acompanhamento nutricional. 3.
acompanhamento psicológico. 4. satisfação com a imagem
corporal. 5. comportamento alimentar. I. Título.

CDD 150.72

ÊNIO RICARDO MACEDO VILHENA

Impacto do acompanhamento nutricional e psicológico no pós-cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica no Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Neurociências e Comportamento

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dr^a Rachel Coelho Ripardo Teixeira
Universidade Federal do Pará – UFPA

Coorientadora: Prof. Dr^a Naíza Nayla Bandeira de Sá
Universidade Federal do Pará – UFPA

Membro avaliadora: Prof. Dr^a Ana Leda de Faria Brino
Universidade Federal do Pará – UFPA

Membro avaliadora externo ao programa: Prof. Dr^a Vanessa Vieira Lourenço Costa
Faculdade de Nutrição (FANUT) – Universidade Federal do Pará – UFPA

Membro suplente: Prof. Dr^a Natalia de Bezerra Dutra
Universidade Federal do Pará – UFPA

RESULTADO: Aprovado

Belém-PA, 22 de setembro de 2023

**Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação
Digital no Repositório Institucional da UFPA**

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Ênio Ricardo Macedo Vilhena

Vínculo com a UFPA: () Servidor; (x) Discente

Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Sub Unidade: Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento

Tipo do documento: () Tese; (x) Dissertação; () Livro; () Capítulo de Livro; () Artigo de Periódico; () Trabalho de Evento; () Outro. Especifique: _____

Título do Trabalho:

Data da Defesa: 22/09/2023 Área do Conhecimento: _____

Agência de Fomento: _____

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

() Sim

() Não

Permitir modificações em sua obra?

() Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença

() Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

() Sim

() Não

A obra continua protegida conforme a Lei de Direito Autoral.

Belém (PA), / /

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Sugestão: Realizar assinatura pelo Sougov.

AGRADECIMENTOS

Pensando nesses agradecimentos foi automático ouvir as palavras de Maria Bethânia de sua canção intitulada: **carta de amor**, onde ela diz: “Não mexe comigo, que eu não ando só...” Essa é de fato a frase que rege minha vida ao logo dessa carreira e também do mestrado.

Mãe (**Olívia**), além de prestar meus sinceros agradecimentos por todo apoio e cuidado, é justo que eu dedique esse trabalho há você, desde criança via seu compromisso com a saúde pública, seu trabalho foi tão efetivo que admirando você, mesmo sem perceber, segui seu caminho com todo compromisso e responsabilidade que você me ensinou a ter. A minha família é de fato o apoio matricial que validou minha vida, agradeço ao meu pai, **José Maria** (*in memoriam*) que sempre se orgulhou de mim e em sua vida quando saía dizendo aos quatro cantos de uma pequena vila do interior do Pará que seu filho seria psicólogo (a), agora além disso seu filho se tornou mestre em Neurociências e Comportamento pela maior universidade do Norte do Brasil. Agradeço ainda a minha irmã (**Erika**), que tenho tanto orgulho, obrigado por tudo!

Agradeço as minhas amigadas pela demonstração de admiração que expressavam por mim, foi daí que alcancei forças que eu mesmo não sabia que as tinha, de fato suas palavras adquiriram a função de operação estabelecadora na minha jornada no mestrado. Agradeço especialmente a **Thamara** e ao **Joel**, meus irmãos de alma, eu amo vocês!

Eu realmente não ando só, quando tomei a decisão de vir para Curitiba buscando melhores oportunidade de trabalho, além do trabalho a vida me surpreendeu positivamente com as relações que construí aqui, esse parágrafo é dedicado a grandes amigas que conquistei na Fundação Pró-Renal, meninas, vocês não sabem, mas a minha vinda pra cá foi um grito de socorro, eu queria continuar acreditando na minha profissão e no meu compromisso social, vocês me ajudaram a reacender a chama da ciência na minha vida, foi admirando cada uma de vocês que o desejo do mestrado se tornou real e agora palpável.

Nesse grupo encontrei a **Thais** que sem dúvidas foi uma grande apoiadora do meu sonho, além disso, os dias que dedicou a olhar desde o projeto da seleção até me ensinar a fazer análises estatísticas foi um divisor de águas, muito obrigado amiga!

Agradeço ao corpo docente e aos meus alunos e alunas da UNIBRASIL, vocês me proporcionaram a chance de colher frutos do mestrado e concretizar meu desejo pela docência, agradeço especialmente a **Amanda**, **Graciela** e **Samanta** que me acolheram de graça desde o estágio em docência, agradeço ainda as minhas primeiras orientandas **Camila**, **Gabriela Souza**, **Gabriela Linhares**, **Gislene**, **Vanessa** e aos orientandos **Matheus** e **Valtair**, obrigado pela confiança no meu trabalho, desejo prósperos caminhos na jornada de vocês!

O PPGNC me proporcionou o privilégio de conhecer você professora **Naíza**, muito obrigado por sua dedicação e por ter aceitado esse desafio de ser minha co-orientadora, durante o mestrado, seu cuidado e respeito com todas as possíveis propostas de dissertação me ajudaram a chegar até aqui, mesmo com a finalização do mestrado, meu carinho e admiração continuará existindo por você.

Professora Rachel, desde a entrevista de seleção você esteve presente e não soltou minha mão em momento algum, agora que sigo a carreira docente, percebo e tento replicar de forma genuína o papel de orientar estudantes sem que o mal-estar seja um requisito maior que o engajamento e desejo de fazer parte da ciência, eu não consigo encontrar as palavras certas para poder descrever a minha admiração por você, o que consigo dizer agora é que meu empenho continuará e você tem uma grande parcela disso na minha trajetória, muito obrigado!

Renata, sem dúvidas, da turma do mestrado, você sempre foi uma grande amiga dedicada e cuidadosa comigo, minha gratidão a você precisa ser destacada, muito obrigado por tudo, obrigado por disponibilizar gentilmente os dados da sua pesquisa para que eu pudesse junto com você concluir algo tão importante em nossas vidas!

Ao PPGNC eu agradeço pela oportunidade de tornar-me mestre, mais do que tudo por ter aberto portas para todos nós diante de tantos desafios que transitavam entre crises econômicas, política, de saúde pública, distanciamento social, e sucateamento da Universidade PÚBLICA, todo esse cenário não impediu que o corpo docente e discente realizasse seu papel na ciência e na sociedade, eu me orgulho de fazer parte dessa família na qual a maior parte eu conheço apenas na tela de um computador ou celular, e isso não impediu que eu admirasse e absorvesse tanto conhecimento como absorvi durante o mestrado. MUITO OBRIGADO!

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

(Cora Coralina)

RESUMO

Vilhena, E. R. M. (2023). Impacto do acompanhamento nutricional e psicológico no pós-cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica no Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento. Belém-PA, 71 p.

A cirurgia bariátrica é um dos métodos de tratamento da obesidade, exigindo suporte psicológico e nutricional. Contudo, limitações no acompanhamento persistem, particularmente devido à falta de protocolos psicológicos precisos no Brasil. Além do reganho de peso, a satisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar são cruciais a longo prazo. Este estudo analisou 398 pacientes após cirurgia bariátrica, identificando correlações entre acompanhamento nutricional/psicológico e variáveis. Resultados mostraram alta correlação negativa ($p < .001$) entre acompanhamento psicológico pré e nutricional pré ($R=0,280$), sugerindo que pacientes com menos consultas prévias com Psicólogo (a) buscaram mais apoio nutricional. Similarmente, correlação negativa ($p < .001$) foi observada entre acompanhamento psicológico pré e nutricional pós ($R=0,470$), indicando que menos consultas prévias com Psicólogo (a) se relacionaram com maior busca por orientação nutricional após cirurgia. A correlação positiva ($p < .001$) entre acompanhamento psicológico pré e pós ($R=0,399$) mostrou que maior suporte pré se relacionou com maior continuidade pós-cirúrgica. Satisfação com a imagem corporal correlacionou-se negativamente ($p < .01$) com acompanhamento nutricional pré ($R=0,140$), sugerindo que mais consultas se associaram a menor insatisfação com imagem. Comportamento alimentar após cirurgia correlacionou-se com acompanhamento psicológico/nutricional pós. Além disso, a satisfação com a imagem corporal correlacionou-se com comportamento alimentar e reganho de peso ($p < .001$). Reganho de peso correlacionou-se com comportamento alimentar ($R=0,219$) e satisfação com a imagem corporal ($p < .001$, $R=0,219$). Essas correlações ressaltam a importância do suporte multidisciplinar para otimizar resultados pós-cirúrgicos, particularmente em relação ao comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal. Mais estudos são necessários para compreender a complexidade dessas associações.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, acompanhamento nutricional, acompanhamento psicológico, satisfação com a imagem corporal, comportamento alimentar, reganho de peso.

ABSTRACT

Vilhena, E. R. M. (2023). Impact of nutritional and psychological follow-up in post-surgery of people undergoing bariatric surgery in Brazil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento. Belém-PA, 71 p.

Bariatric surgery is one of the methods in treating obesity, requiring psychological and nutritional support. However, limitations in follow-up persist, especially due to the lack of precise psychological protocols in Brazil. Beyond weight regain, body image dissatisfaction and dysfunctional eating behavior are crucial in the long term. This study analyzed 398 post-bariatric surgery patients, identifying correlations between nutritional/psychological support and variables. Results showed a high negative correlation ($p < .001$) between pre-surgery psychological support and pre-surgery nutritional support ($R=0.280$), suggesting that patients with fewer prior psychologist consultations sought more nutritional assistance. Similarly, a negative correlation ($p < .001$) was observed between pre-surgery psychological support and post-surgery nutritional support ($R=0.470$), indicating that fewer pre-surgery psychologist consultations were associated with greater post-surgery nutritional guidance-seeking. The positive correlation ($p < .001$) between pre-surgery psychological support and post-surgery psychological support ($R=0.399$) demonstrated that greater pre-surgery support related to increased post-surgery continuity. Body image satisfaction correlated negatively ($p < .01$) with pre-surgery nutritional support ($R=0.140$), implying that more consultations were associated with less dissatisfaction with body image. Post-surgery eating behavior correlated with post-surgery psychological/nutritional support. Furthermore, body image satisfaction correlated with eating behavior and weight regain ($p < .001$). Weight regain correlated with eating behavior ($R=0.219$) and body image satisfaction ($p < .001$, $R=0.219$). These correlations underscore the importance of multidisciplinary support to optimize post-surgical outcomes, particularly concerning eating behavior and body image satisfaction. Further studies are needed to comprehend the complexity of these associations.

Keywords: Bariatric surgery, nutritional support, psychological support, body image satisfaction, eating behavior, weight regain.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| OBJETIVOS | 19 |
| Objetivo Geral..... | 19 |
| Objetivos específicos | 19 |
| MÉTODO | 20 |
| Desenho do estudo..... | 20 |
| Participantes..... | 20 |
| Ambiente..... | 21 |
| Procedimentos de coleta de dados | 21 |
| Material e instrumentos | 21 |
| Análise de Dados | 22 |
| Considerações Éticas | 23 |
| RESULTADOS | 24 |
| DISCUSSÃO | 32 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 41 |
| REFERÊNCIAS | 43 |
| APÊNDICE 01 - CRONOGRAMA DE PESQUISA | 49 |
| ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE..... | 50 |
| ANEXO 2 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).. | 54 |
| ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO..... | 55 |
| ANEXO 4 – TFEQ-R21..... | 59 |
| ANEXO 5 - BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ | 63 |
| ANEXO 6 - ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD, SORENSEN E SCHULSINGER (1983). | 71 |

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma condição crônica não transmissível, caracterizada pelo excesso de gordura corporal de causas multifatoriais e que afetam diretamente a saúde desta população (World Health Organization [WHO], 2000, p. 6).

Os fatores associados ao desenvolvimento e manutenção da obesidade são genéticos, emocionais, psicológicos, socioculturais, econômicos e ambientais, falta de políticas públicas, consumo de alimentos ultraprocessados que influenciam, em partes, o estilo de vida das pessoas e que vão além da ingestão maior que o gasto energético (World Obesity, 2022).

No mundo, a estimativa de aumento de adultos com diagnóstico de obesidade é impactante. Estima-se que em 2030 mais de um bilhão da população adulta seja diagnosticada com algum grau de obesidade, o que representará 17,5% da população global (WHO, 2021). Segundo o relatório do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde, em 2021 a prevalência de adultos com diagnóstico de obesidade correspondeu a 22,35% da população brasileira (Ministério da Saúde, 2021) e estima-se que 29,7% da população adulta do Brasil apresentará algum grau de obesidade até 2030, sendo 33,2% mulheres e 25,8% homens.

Condizente com esse crescimento, o número de cirurgias bariátricas no Brasil teve um aumento significativo de 84,73% no período de 2011 a 2018. A pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) revelou que 63.969 cirurgias foram realizadas em 2018, destas, 49.521 foram feitas pela saúde suplementar (planos de saúde), 11.402 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.046 foram cirurgias particulares (SBCBM, 2020).

Historicamente, a obesidade como doença surgiu na 6ª edição da Classificação Internacional de Doenças indicada como “obesidade não especificada de origem endócrina”. Ao longo das edições e com o avanço da industrialização da saúde, novos códigos de classificação foram aplicados ao termo obesidade e, na décima edição do CID (CID 10¹), é possível encontrar 26 condições, incluindo a pré-obesidade que abrange pessoas com sobrepeso nesta extensa lista de classificações (Kyle, Dhurandhar & Allison, 2016; Santolin, 2021).

Existem modelos de tratamentos indicados para a perda de peso. Os modelos clínicos sem intervenção cirúrgica pretendem promover mudanças no estilo de vida das pessoas,

¹ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

especialmente no comportamento alimentar e estimulação da prática de atividades físicas. Dessa forma, o tratamento clínico sem intervenção cirúrgica envolve o acompanhamento destas pessoas por equipe multiprofissional, com suporte nutricional, de educação física, terapias cognitivas e comportamentais e/ou uso de medicamentos (WHO, 2021).

Além do modelo clínico sem intervenção cirúrgica, no Brasil, para casos de obesidade severa ou obesidade Grau II com comorbidades (Obesidade Grau III – $IMC^2 \geq 40 \text{ kg/m}^2$); Obesidade Grau II $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) recomenda-se a Cirurgia Bariátrica (CB) por ser considerada uma intervenção eficiente para perda de peso e controle de outras condições crônicas associadas ao excesso de peso a longo prazo (Ivezaj & Grilo, 2018; Oliveira et al., 2021).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 2.131/15, além das comorbidades que são critérios para a realização da CB, esta também é indicada para pessoas que com resultado insatisfatório do tratamento clínico ambulatorial, pelo período mínimo de dois anos (CFM, 2016).

Ainda no mesmo documento oficial, é apontada a equipe mínima que acompanha essa população antes e depois da cirurgia, entre as profissões inseridas destacam-se: endocrinologista, psiquiatra, nutrólogo, nutricionista e psicólogo (a) (CFM, 2016).

Quanto aos procedimentos disponíveis para CB, destacam-se as cirurgias restritivas, as desobstrutivas ou *Bypass* intestinal, e as técnicas mistas (*Bypass* gástrico ou *Bypass* em Y de Roux) (Floriano et al., 2021; Jaunoo & Southall, 2010).

O sucesso da CB é justificado a partir da perda do excesso de peso corporal. No período de 18 a 24 meses após a realização do procedimento, estima-se que a perda ponderal seja de aproximadamente 75% do peso corporal. No entanto, o sucesso da CB depende, em parte, da adesão do paciente ao tratamento pós-cirúrgico a longo prazo, bem como ter realizado o acompanhamento prévio que avalia e realiza intervenções. (Bardal, Ceccatto & Mezzomo, 2016; Marchesini & Antunes, 2020).

Ressalta-se ainda a importância da avaliação de variáveis complicadoras ao procedimento, entre elas o uso de drogas ilícitas ou alcoolismo, quadros psicóticos ou demências graves e moderadas, a compreensão por parte dos pacientes e familiares, os riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte no tubo digestivo, e a necessidade de acompanhamento multiprofissional após a realização do procedimento a longo prazo (CFM, 2016). Com base nestas informações, observa-se a importância da avaliação cuidadosa destas

² Índice de Massa Corporal.

variáveis complicadoras, a fim de diminuir as possíveis complicações ainda no período de preparo para a CB.

Diversas variáveis complicadoras são de cunho psicológico, assim, a assistência psicológica é critério indispensável e pode contribuir para o sucesso da CB. Em alguns casos também se recomenda este acompanhamento após a sua realização. Flores (2014) realizou uma revisão sistemática de artigos nacionais e internacionais que considerou as práticas atuais da avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Dentre os achados deste estudo a autora destaca as seguintes variáveis: fatores relevantes da avaliação psicológica; recursos utilizados durante a avaliação psicológica; tempo de duração da avaliação psicológica; a importância da avaliação psicológica e a escassez de protocolos de avaliação psicológica no Brasil.

Flores (2014) revela que nos estudos encontrados em sua revisão, os fatores relevantes para avaliação psicológica relacionaram-se especificamente à compreensão do paciente quanto à operação e às mudanças de estilo de vida necessárias; expectativas quanto aos resultados; habilidade de aderir às recomendações operatórias; comportamento alimentar (histórico de peso, dietas, exercício físico); comorbidades psiquiátricas (atuais e prévias); motivos para realizar o procedimento cirúrgico; suporte social; uso de substâncias; status socioeconômico; satisfação conjugal; funcionamento cognitivo; autoestima; histórico de trauma/abuso; qualidade de vida e ideação suicida.

Quando estas variáveis são avaliadas, nem todos os candidatos à CB são considerados aptos psicologicamente para realização do procedimento. Nos Estados Unidos, 194 profissionais de saúde mental observaram que os transtornos psiquiátricos correspondem à principal contraindicação para a realização da CB, especialmente nas avaliações que observaram o uso/abuso/dependência de substâncias, transtornos alimentares, transtornos psicóticos, depressão e suicídio (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005).

Percebe-se ainda a escassez de instrumentos para realização da avaliação psicológica no Brasil. O estudo constatou que a maior parte dos instrumentos e escalas para avaliação de personalidade, por exemplo, não são direcionados a esta população específica e os existentes não têm uso autorizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para aplicação no país (CFP, 2023).

Quanto ao tempo de duração da avaliação psicológica, não há um consenso que delimite em número de sessões, no entanto, não é viável que a avaliação seja realizada em uma única sessão, por conta da complexidade das variáveis a serem consideradas. No Brasil, alguns estudos demonstram essa variabilidade de número de consultas, havendo profissionais que realizam a abordagem uma única vez. Em consonância com a informação sobre o número de

sessões, Mahony (2011) constatou que 67,4% dos participantes do estudo que realizaram a CB gostariam de ter sido melhor preparados psicologicamente com mais de uma sessão de avaliação psicológica.

A complexidade dos aspectos psicológicos é de fato uma justificativa para a importância do processo de avaliação psicológica, já que o sucesso da cirurgia está atrelado à mudança de comportamento do sujeito submetido ao procedimento e um dos objetivos da avaliação psicológica é justamente o preparo do paciente para os cuidados com o pós-operatório. No entanto, a inexistência de protocolos de avaliação psicológica, dando ênfase para o Brasil, pode ser um problema emergente que carece de resolução (Bagdade & Grothe, 2012).

Assim como o (a) psicólogo (a), o (a) nutricionista é um profissional integrante da equipe básica no serviço interdisciplinar ambulatorial para pacientes candidatos e submetidos à CB. Recomendam-se profissionais habilitados em realizar avaliação nutricional pré-cirúrgica sistematizada com aplicação das seguintes etapas do cuidado nutricional: triagem e avaliação nutricional; diagnóstico nutricional; monitoramento nutricional e intervenção nutricional. Ressalta-se ainda que o acompanhamento deve ser realizado de modo individualizado, além das reuniões em grupos de suporte (Pereira, Rossoni & Magro, 2022). No pré-operatório, a incorporação de mudanças alimentares e nutricionais antes e depois de qualquer procedimento cirúrgico é imprescindível para a maior redução do peso corporal, minimização das deficiências nutricionais e manutenção da redução de peso a longo prazo (Pereira, Rossoni & Magro, 2022).

Portanto, cabe ao (a) nutricionista a realização de anamnese nutricional, avaliação antropométrica, avaliação da composição corporal e distribuição da gordura corporal, avaliação dos marcadores bioquímicos, avaliação do padrão de consumo alimentar e nutricional e verificação do exame físico nutricional (Pereira, Rossoni & Magro, 2022).

No pós-operatório, o tratamento nutricional deve ser realizado individualmente e/ou em grupo, de acordo com o protocolo do paciente, por toda a vida. O objetivo do tratamento nutricional nesse momento consiste em minimizar os impactos nutricionais resultantes do procedimento cirúrgico e dar continuidade à reeducação alimentar iniciada no pré-operatório através da introdução precoce da dieta, adequação alimentar e nutricional, acompanhamento nutricional a longo prazo e suplementação nutricional individualizada e de acordo com a técnica cirúrgica (Pereira, Rossoni & Magro, 2022).

Diante dos modelos de tratamento da obesidade com ou sem intervenção cirúrgica, um dos desafios observados ao longo do tempo é a dificuldade de adesão ao tratamento por parte do paciente, por diversos fatores. Discorrendo sobre o conceito de adesão ao tratamento, de acordo com o relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2003, intitulado:

Adherence to long-term therapies: evidence for action (Aderência às terapias de longo prazo: evidência para ação), uma iniciativa global lançada em 2001 pelo grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental, promovida com o objetivo principal de melhorar a adesão às terapias comumente usadas no tratamento das doenças crônicas. Nesta ocasião discutiu-se que a adesão ao tratamento deveria ser entendida de maneira ampla e não apenas concentrada na administração medicamentosa de acordo com instrução médica. Assim, chegaram à definição de adesão ao tratamento, que corresponde ao comportamento de uma pessoa administrar medicações, ter hábitos alimentares adequados e/ou executar mudanças no estilo de vida a partir das recomendações dadas pelos profissionais da saúde (WHO, 2003).

As orientações são dadas por uma equipe multiprofissional, que pode observar a adesão ao tratamento da pessoa quando ela exerce os seguintes comportamentos: procurar atendimento de saúde, preencher prescrições, tomar a medicação adequadamente, obter imunização, comparecer às consultas de acompanhamento e executar modificações comportamentais que abordem higiene pessoal, autogestão da doença, controle do tabagismo, contracepção, comportamentos sexuais seguros, alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Esta adesão pode ser constatada por meio dos marcadores bioquímicos e dos dados autorrelatados pelo sujeito, além de aplicação de outros instrumentos utilizados pela equipe (WHO, 2003).

Após 24 meses da realização da CB observa-se maior incidência de ganho ponderal, e depois de cinco anos, 50% dos pacientes submetidos à cirurgia tendem a recuperar o peso inicial, sendo que isso depende da adesão ao tratamento (Bastos et al., 2013). Vários fatores influenciam na adesão ao tratamento pós-cirúrgico, entre eles a insatisfação com a imagem corporal e o próprio comportamento alimentar (Lent et al., 2020; Marchesini & Antunes, 2020).

Os efeitos da CB no emagrecimento acelerado tendem a não ser seguidos por modificações psicológicas relacionadas à percepção das alterações corporais do sujeito, especialmente em pacientes que conviveram com a obesidade por longo período (Bertoletti et al., 2019). A reestruturação da imagem corporal acontece mais lentamente quando comparada à mudança do corpo obeso para o corpo emagrecido (Lacerda et al., 2018).

A insatisfação com a imagem corporal pode ser compreendida como a percepção do próprio corpo que produz sentimentos negativos na pessoa. Esta percepção de si mesmo e do corpo é produto de sua história de vida, suas relações com o mundo, a partir da própria ótica, da visão das outras pessoas sobre seu corpo, do tamanho das roupas e das comparações com o que é socialmente recomendado pela mídia, sociedade e cultura (Cohen et al., 2020; Dias, 2014). Vale ressaltar que o maior grau de insatisfação com a imagem corporal ocorre com

obesos graves, especialmente em mulheres, quando comparados aos indivíduos eutróficos (pessoas com boa alimentação) (Ferreira, 2018).

Em uma revisão sistemática, Weinberger et al. (2016) compararam a insatisfação com a imagem corporal de pessoas com obesidade e pessoas eutróficas. Nos 17 artigos quantitativos analisados observou-se com unanimidade maior grau de insatisfação com a imagem corporal em participantes obesos.

Outro estudo realizado por Bianciardi et al. (2019) foram avaliados preditores psicológicos em 536 pessoas com obesidade grave candidatas à CB e encontrou relação entre insatisfação com a imagem corporal, compulsão alimentar e sintomas depressivos, especialmente em mulheres. Os autores observaram ainda que após a realização da CB a insatisfação com a imagem corporal permaneceu, em partes, nos pacientes submetidos à cirurgia, seja pela preocupação com a imagem corporal residual após a perda de peso, IMC maior que o esperado, ou pelo excesso de pele resultante da perda de peso rápida (Bianciardi et al., 2019). A partir desse resultado questiona-se: será que se essas pessoas estivessem em acompanhamento psicológico prévio e imediatamente após a realização do procedimento esses resultados permaneceriam iguais? Além disso, ao considerar esses dados, a insatisfação com a imagem corporal não deveria, então, fazer parte dos critérios para avaliar o sucesso da CB?

Alguns estudos propõem ainda que a insatisfação com a imagem corporal pode estar associada a alterações no comportamento alimentar das pessoas com obesidade, em que se observa o comer transtornado (compulsão alimentar, comer noturno e/ou perda de controle alimentar). Esses estudos qualitativos sugerem a fundamental importância do controle da ingestão alimentar antes e depois do procedimento cirúrgico (Engström et al., 2015; Ivezaj & Grilo, 2018).

O estudo de Geller et al. (2020) avaliou o papel da insatisfação da imagem corporal e da alimentação emocional no sofrimento psicológico. Os resultados demonstram que quanto maior o grau de insatisfação com a imagem corporal e alimentação emocional no pós-operatório, mais sinais de depressão e ansiedade são observados. Com base nesses resultados os autores concluíram que a perda de peso por si só não é suficiente para reduzir o sofrimento psicológico nos pacientes submetidos à CB.

Assim como a imagem corporal é uma variável importante a ser avaliada, o comportamento alimentar também ganha destaque em pessoas candidatas e/ou submetidas à CB. O comportamento alimentar pode ser compreendido como o padrão de respostas do indivíduo em relação ao alimento, levando em consideração a frequência, quantidade, qualidade dos alimentos ingeridos, bem como, a função da alimentação a partir das variáveis ambientais

que estabelecem relações diretas com o comportamento (Dahás et al., 2021). Considera-se que o comportamento alimentar sofre influências diretas de fatores determinantes como: o peso, imagem corporal, relações sociais, econômicas, culturais, mídia (Dahás et al., 2021). Diante dos fatores associados ao comportamento alimentar e a dimensão de sua complexidade, esta é de fato uma variável de grande relevância para o tratamento da obesidade.

Mesmo considerando a possibilidade de CB, tal procedimento não produz efeito em todas as dimensões do comportamento alimentar a longo prazo, portanto, o tratamento do comportamento alimentar carece tempo, dedicação profissional e do próprio paciente para adesão à modificação do comportamento alimentar e sua manutenção (Dahás et al., 2021).

Martin e Pear (2014) sugerem que para a realização da avaliação funcional do comportamento-problema, neste caso o comportamento alimentar disfuncional, utilizam-se algumas estratégias de análise de variáveis ambientais que mantenham esse comportamento. A análise observacional ou descritiva orienta para a observação dos antecedentes e consequências imediatas do comportamento no ambiente natural do indivíduo. A Análise Funcional, que para os autores corresponde à “manipulação sistemática de eventos ambientais para testar experimentalmente o papel de tais como antecedentes ou como consequências que controlam e mantêm o comportamentos-problema específicos” (Martin & Pear, 2014, p. 328), também é uma estratégia de avaliação possível, bem como a utilização de questionários que orientam perguntas que favorecem a descoberta dos antecedentes ambientais e as consequências que controlam o comportamento-problema. A nível qualitativo, essas estratégias auxiliam aos profissionais possibilidades de intervenções para modificação do comportamento e sua manutenção (Martin & Pear, 2014).

Em pessoas com obesidade candidatas à CB, a compulsão alimentar é uma dimensão do comportamento alimentar disfuncional muito frequente, bem como o transtorno de compulsão alimentar. Quando identificados, merecem atenção, pois essas alterações podem permanecer após a realização da cirurgia, sendo fatores de risco para a saúde e qualidade de vida do paciente e o reganho de peso no futuro (Dahás et al., 2021).

Além da avaliação do comportamento alimentar disfuncional por meio das estratégias supracitadas, a nível de pesquisa quantitativa se torna útil a utilização de instrumentos que avaliem essas variáveis em uma população específica, a fim de fornecer informações precisas e utilizá-las para desenvolvimento e aprimoramento técnico científico e elaboração de políticas públicas.

O *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) é um instrumento de rastreio do comer transtornado, que avalia três domínios do comportamento alimentar disfuncional: a Restrição

Cognitiva, que é caracterizada pelo consumo voluntário menor que o desejado; a Alimentação Emocional, que representa respostas de comer a partir de estímulos emocionais específicos; e o Descontrole Alimentar, que representa o comer em grandes quantidades de alimento com dificuldade de controle, mesmo na ausência de apetite (Natacci & Ferreira Jr., 2011).

Ressalta-se que com essa revisão de literatura, mesmo considerando a complexidade da CB, não foram encontrados estudos que fazem a correlação entre o acompanhamento psicológico e nutricional no pré e pós-cirúrgico com os domínios do comportamento alimentar disfuncional, insatisfação com a imagem corporal e reganho de peso, o que enfatiza o caráter inédito desta pesquisa.

Portanto, com esses achados alguns questionamentos surgiram: a adesão ao tratamento psicológico e nutricional pode ser considerada um determinante para garantir o sucesso da CB? O acompanhamento psicológico e nutricional anterior à realização da CB produz efeitos no sucesso do procedimento a se considerar o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal? Quais os efeitos do acompanhamento psicológico e nutricional no pós-cirúrgico imediato?

A partir destas questões chegou-se a seguinte pergunta de pesquisa: há relação entre a realização do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-cirúrgico com o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal em adultos submetidos à CB no Brasil?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar se há relação entre acompanhamento nutricional e psicológico com reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal em adultos que passaram por cirurgia bariátrica.

Objetivos específicos

- Verificar se há relação entre o número de consultas realizadas de avaliação psicológica pré-cirúrgica com o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal;
- Analisar se há relação entre o número de consultas realizadas pelo (a) psicólogo (a) após realização da cirurgia com o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal;
- Verificar se há relação entre o número de consultas pré-cirúrgicas realizadas pelo (a) nutricionista com o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal;
- Analisar se há relação entre o número de consultas realizadas pelo (a) nutricionista após realização da cirurgia com o reganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal.

MÉTODO

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, de caráter analítico, quantitativo, com dados coletados por meio de formulário *online* e com amostra obtida por conveniência. Foram mensuradas as seguintes variáveis: número de consultas realizadas com psicólogo (a) e nutricionista no pré e pós-cirúrgico, os três domínios do comportamento alimentar disfuncional e a insatisfação com a imagem corporal, caracterizando a estratégia de pesquisa como correlacional. Foi determinado se havia relação ou associação entre duas variáveis, medindo ambas para cada indivíduo. Porém, não fez parte dos objetivos explicar a relação de causa e efeito e não foram feitas tentativa de manipular, controlar ou interferir as variáveis no momento da coleta de dados.

Ressalta-se, por fim, que os resultados obtidos na coleta de dados são oriundos do projeto intitulado “Comportamento alimentar e imagem corporal de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil” desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal do Pará.

Participantes

A população do estudo foi formada por 398 pacientes adultos entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos. Como critério de inclusão, foram considerados aptos para participar da pesquisa as pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, independentemente do método e com tempos diferentes de pós-operatório, mediante anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento dos questionários com 100% das respostas.

O cálculo amostral foi baseado em 12.541, número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), registrados pelo DATASUS, no ano de 2019. Foi considerado grau de confiança de 95%, com margem de erro de 5%, com *n* aproximado resultando em 385 participantes (Oliveira et al., 2021). Os dados de 2020 e 2021 não foram considerados devido à restrição de procedimentos cirúrgicos eletivos em decorrência do COVID-19.

Como critérios de exclusão, foram descartados os dados de pacientes estrangeiros e/ou que realizaram o procedimento fora do Brasil, pacientes reincidentes na cirurgia bariátrica, gestantes, puérperas e lactantes. Assim como menores de 18 anos de idade ou maiores de 60 anos. Como os questionários foram disponibilizados de forma *online*, outro critério de exclusão foi não dispor de acesso à internet, ou não ter conhecimento da pesquisa.

Ambiente

A pesquisa foi realizada de forma remota e sua versão digital disponibilizada com a utilização do *Google Forms*®. De acordo com Mota (2019) a utilização do *Google Forms*® permite que os participantes fiquem livres da pressão da presença de um avaliador, diminuindo a possibilidade de negacionismo ou incoerência com a realidade das informações autorreferenciadas. Os questionários autoaplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos.

Procedimentos de coleta de dados

Para coleta de dados, foram utilizados quatro formulários apresentados aos participantes. Primeiramente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), isolado dos demais, com todas as informações dos objetivos e procedimentos da pesquisa e conceitos éticos, direitos e deveres dos participantes. O TCLE (Anexo 1) foi o item limitador para a leitura e continuação do preenchimento dos demais questionários, para o qual foi disponibilizado ao final da descrição dos termos as opções “concordo” e “discordo”.

Seguido a este, foi apresentado o questionário das demais variáveis, referentes ao perfil sociodemográfico (Anexo 3) e informações sobre o procedimento cirúrgico, tempo e evolução pós-operatória e evolução ponderal, seguido do *Three Factor Eating Questionnaire* (Anexo 4). Por fim, foi aplicada uma escala de silhuetas (Anexo 6) desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983).

O cronograma desta pesquisa encontra-se no Apêndice 01.

Material e instrumentos

O *Three Factor Eating Questionnaire* (Questionário dos Três Fatores Alimentares ou TFEQ-R21) é composto por 21 itens que visam identificar os três domínios do comportamento alimentar. Segundo Natacci & Ferreira Jr. (2011), os domínios do comportamento se dividem no questionário em Restrição Cognitiva (6 itens [1, 5, 11, 17, 18 e 21]) entendida como obrigações e/ou proibições alimentares para manter ou perder peso, Alimentação Emocional (6 itens [2, 4, 7, 10, 14 e 16]) entendida como susceptibilidade em modificar a ingestão alimentar devido a alterações do humor ou situações desafiadoras e Descontrole Alimentar (9 itens [3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19 e 20]) entendido como perda do autocontrole e/ou consumo exagerado de alimentos, com ou sem a presença de fome.

Este questionário foi desenvolvido inicialmente com 51 itens por Stunkard e Messick (1985 como citado em Natacci & Ferreira Jr., 2011) para análise de padrões de comportamento alimentar em indivíduos obesos e posteriormente adaptada por Tholin et al. (2005 como citado em Natacci & Ferreira Jr., 2011) em TFEQ-21 para facilitar a sua aplicabilidade. Os itens dispõem de 4 respostas possíveis; do item 1 ao 16 são as opções “Totalmente verdade”, “Verdade na maioria das vezes”, “Falso, na maioria das vezes” e “Totalmente falso”. Do 17 ao 21 as opções de resposta mudam de acordo com o item. No item 21 há uma escala, que vai de 1 (Comer tudo o que quiser e sempre que quiser) a 8 pontos (Limitar constantemente a ingestão alimentar e nunca “cedendo”).

Foi aplicada a escala de silhuetas desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983), escolhida por ser a mais utilizada na literatura em pesquisas envolvendo autoimagem corporal (Ferreira, 2018). A diferença numérica entre a imagem real e a desejada selecionadas na escala, representa o grau de insatisfação com a imagem corporal.

Análise de Dados

Os dados obtidos através do questionário sociodemográfico foram tratados, e feito o recorte das variáveis relatadas pelos participantes que correspondem ao tratamento psicológico e nutricional realizados antes e depois do procedimento. Após essa separação, os participantes foram agrupados a partir do número de consultas realizadas com cada profissional tendo um bloco daqueles que passaram por acompanhamento prévio e posterior à cirurgia.

Cada grupo foi comparado primeiramente com reganho de peso, coletado também no questionário e verificada a partir dos dados de peso e altura já calculados na fórmula do IMC. Posteriormente, os mesmos grupos foram comparados com os resultados dos demais instrumentos de verificação do comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal.

Para descrição dos dados coletados do TFEQ-R21, conforme proposto pelos autores, foi calculada a média de cada um dos três domínios de comportamento e avaliada em uma escala de 0 a 100 pontos, em que, quanto maior o valor, maior a presença do comportamento.

Para análise correlacional, um segundo resultado foi calculado, onde se encontrou a média individual de pontos das respostas dos itens de cada um dos domínios do comportamento e convertida em uma nova escala de 0 a 100 pontos. O objetivo dessa segunda análise foi quantificar a presença de cada domínio, seguindo pontos de corte de < 25 como ausente, 26 a 50 raramente, 51 a 75 frequente e > 76 pontos muito frequente para cada um dos três domínios do comportamento.

Assim, foi traçado o perfil de comportamento alimentar de todos os indivíduos, verificando-se qual variável comportamental mais prevalente e, posteriormente, foram testadas possíveis associações entre os domínios do comportamento alimentar e a quantidade de consultas com o (a) nutricionista (a) no pré e no pós-cirúrgico, separadamente. Assim se fez também com o acompanhamento psicológico.

Os dados obtidos pela escala de silhueta foram analisados a partir das respostas dadas pelos participantes que selecionaram as imagens apresentadas no instrumento entre a imagem real e desejada, quando o resultado for igual a zero, há satisfação com a imagem corporal, < 1 (score negativo) representa o desejo por uma silhueta maior e > 1 (score positivo) desejo por uma silhueta menor do que a atual. Após a análise dos resultados obtidos pela escala de silhuetas, foi realizada a comparação da satisfação com a imagem corporal e o número de consultas com a nutrição e a psicologia no pré e pós-cirúrgico, separadamente.

Os dados, de forma geral, foram apresentados em média (X), desvio padrão (DP) e/ou frequências absolutas (n) e relativa (%), em forma de tabela, considerando a facilidade de leitura dos resultados. Foi considerado o nível de significância estatística de 5% de probabilidade ($p < 0,05$). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *JAMOV* 3ª geração para *Windows*.

Considerações Éticas

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes dessa pesquisa, foram respeitadas todas as normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, com a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para ser avaliado e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical – NMT, em 27 de janeiro de 2022, sob Número do Parecer: 5.213.783.

Ainda em cumprimento à resolução 466/12 do CNS e anexo II da Norma Operacional da CNS 001/2013, foi utilizado um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD) como compromisso em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução e suas complementares, e, ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato dos participantes cujos dados foram pesquisados (Anexo 2). Saliento que não serão publicados quaisquer dados pessoais dos pacientes, ou informações que identifiquem a localização dos mesmos (como nome, telefone, endereço ou números de documentos).

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa apontam que 93,47% (n=372) das participantes são do sexo feminino e 6,53% (n=26) correspondem ao sexo masculino. Destes, 42,71% tinham na data da coleta idades entre 20 e 39 anos e 57% (n=170) tinham 40 a 59 anos de idade. 60,8% (n=228) eram casados, 58,79% (n=234) se autodeclararam como pessoas brancas, enquanto 39,2% (n=156) eram pretos ou pardos.

A região com maior adesão à pesquisa foi o Sudeste que correspondeu a 35,93% (n=143), seguida da região Norte com 25,38% (n=101), a região Sul correspondeu a 19,85% (n=79), a região Nordeste com 10,05% (n=40) e Centro-Oeste com 8,79% (n=35) da amostra total. Ressalta-se que desta população 95,23% (n=379) viviam na zona urbana.

A maioria dos participantes eram alfabetizados, destes, 81,15% (n=323) tinham 12 anos ou mais de estudos, 17,34% (n=69) com 8 a 12 anos de estudos e 1,51% (n=6) tinham de 0 a 8 anos de estudos.

Em relação à renda familiar, 34,18% (n=136) dos participantes possuíam renda maior que cinco salários mínimos, 24,12% (n=96) ganhavam entre 3 e 5 salários mínimos, 22,86% (n=91) de 2 e 3 salários mínimos, 16,08% (n=64) recebiam entre 1 e 2 salários, e apenas 2,76% (n=11) tinham renda menor que um salário mínimo.

Os Dados referidos podem ser observados na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1

Categorização da amostra a partir das variáveis sociodemográficas.

| Variável | Categoria | n | % |
|-----------------------------------|--|-----|-------|
| Sexo | Masculino | 26 | 6,53 |
| | Feminino | 372 | 93,47 |
| | Total | 398 | 100 |
| Faixa etária | 20 a 39 | 170 | 42,71 |
| | 30 a 59 | 228 | 57,29 |
| | Total | 398 | 100 |
| Estado civil | Casado (a) | 242 | 60,8 |
| | Divorciado (a) \ Separado (a) \ Solteiro (a) \ Viúvo (a) | 156 | 39,2 |
| | Total | 398 | 100 |
| Cor \ raça (autodeclarada) | Amarela \ Indígena | 8 | 2,01 |
| | Branca | 234 | 58,79 |
| | Preta \ Parda | 156 | 39,2 |
| | Total | 398 | 100 |
| | Norte | 101 | 25,38 |
| Região | Nordeste | 40 | 10,05 |
| | Centro-Oeste | 35 | 8,79 |
| | Sudeste | 143 | 35,93 |
| | Sul | 79 | 19,85 |
| | Total | 398 | 100 |

Continuação da Tabela 1.

| Variável | Categoria | n | % |
|----------------|------------|-----|-------|
| Zona | Rural | 19 | 4,77 |
| | Urbana | 379 | 95,23 |
| | Total | 398 | 100 |
| Anos de estudo | 0 a 8 | 6 | 1,51 |
| | 8 a 12 | 69 | 17,34 |
| | 12 ou mais | 323 | 81,15 |
| | Total | 398 | 100 |
| Renda familiar | < 1 SM | 11 | 2,76 |
| | 1 a 2 SM | 64 | 16,08 |
| | 2 a 3 SM | 91 | 22,86 |
| | 3 a 5 SM | 96 | 24,12 |
| | ≥ 5 SM | 136 | 34,18 |
| | Total | 398 | 100 |

Ao se considerar a caracterização das cirurgias realizadas pelos participantes do estudo, pode-se observar que o procedimento de *Bypass* gástrico ou Derivação gástrica em Y de Roux tem sido o mais realizado pelos médicos, correspondendo ao valor de 79,15% (n=315) dos entrevistados, seguido da gastrectomia vertical ou *Sleeve* gástrico realizadas em 18,34% (n=73) da amostra. Apenas 2,51% (n=10) dos participantes não souberam informar o tipo de procedimento realizado.

Tabela 2

Características da cirurgia quanto ao tipo de procedimento, tempo de duração e motivação.

| Variável | Categoria | n | % |
|---------------------------------|--|-----|-------|
| Tipo de procedimento | <i>Bypass</i> gástrico ou Derivação gástrica em Y de Roux | 315 | 79,15 |
| | Gastrectomia vertical ou <i>Sleeve</i> ou Gastrectomia em Manga | 73 | 18,34 |
| | Não soube informar \ Outros | 10 | 2,51 |
| | Total | 398 | 100 |
| Tempo de realização da cirurgia | 0 a 6 meses | 89 | 22,4 |
| | 07 a 12 meses | 72 | 18,1 |
| | 13 a 24 meses | 60 | 15,1 |
| | 25 ou mais meses | 168 | 42,2 |
| | Omissos | 9 | 2,3 |
| | Total | 398 | 100 |
| Motivação | Preocupação com a própria saúde | 284 | 71,35 |
| | Insatisfação com a imagem corporal | 93 | 23,37 |
| | Incentivo familiar, de cônjuge ou similares | 6 | 1,51 |
| | Insistência ou pressão psicológica de familiares, cônjuge ou similares | 4 | 1,01 |
| | Outros | 11 | 2,76 |
| | Total | 398 | 100 |

Ainda sobre os dados da Tabela 2, o tempo decorrido da realização da cirurgia no momento da coleta era de 25 meses ou mais em 42,2% (n=168) dos participantes, 22,4% (n=89)

realizaram a cirurgia no período de 0 a 6 meses, 18,1% (n=72) passaram pelo procedimento cirúrgico entre 7 e 12 meses, 18,1% (n=72) passaram pela cirurgia no período de 13 a 24 meses.

Quando os participantes foram questionados sobre a motivação para realização da cirurgia 71,35% (n=284) estavam preocupados com a saúde e 23,37% (n=93) estavam insatisfeitos com a imagem corporal. Além disso, o incentivo de familiares ou até mesmo a insistência destes também foram considerados pontos motivacionais para realização da cirurgia, bem como outros motivos, correspondendo ao restante da amostra com quantitativo presente na Tabela 2.

Tabela 3

Acompanhamento Nutricional e Psicológico no Pré e Pós-cirúrgico.

| Variável | Categoria | n | % |
|--|------------------|----------|----------|
| Acompanhamento Nutricional Pré-Cirúrgico | Nenhuma | 19 | 4,8 |
| | 1 a 2 consultas | 107 | 26,9 |
| | 3 a 4 consultas | 112 | 28,1 |
| | 5 ou mais | 160 | 40,2 |
| Acompanhamento Nutricional Pós-Cirúrgico Imediato | Nenhuma | 22 | 5,5 |
| | 1 a 2 consultas | 62 | 15,6 |
| | 3 a 4 consultas | 87 | 21,9 |
| | 5 ou mais | 227 | 57,0 |
| Acompanhamento Psicológico Pré-Cirúrgico | Nenhuma | 12 | 3,0 |
| | 1 a 2 consultas | 91 | 22,9 |
| | 3 a 4 consultas | 102 | 25,6 |
| | 5 ou mais | 193 | 48,5 |
| Acompanhamento Psicológico Pós-Cirúrgico | Nenhuma | 136 | 34,2 |
| | 1 a 2 consultas | 45 | 11,3 |
| | 3 a 4 consultas | 47 | 11,8 |
| | 5 ou mais | 170 | 42,7 |

Considerando a frequência dos participantes nos serviços de Nutrição e Psicologia em que os dados podem ser vistos na Tabela 3, observou-se que eles foram às consultas em ambos os serviços tanto no pré quanto no pós-cirúrgico imediato. Ao se considerar o quantitativo de consultas realizadas no pré-cirúrgico com a nutrição, apenas 4,8% (n=19) dos pacientes não consultaram com essa categoria profissional, 26,9% (n=107) fizeram entre uma e duas consultas, 21,9% (n=112) fizeram de 3 a 4 consultas e 40,2% (n=160) fizeram cinco ou mais consultas.

No pós-cirúrgico imediato 5,5% (n=22) dos participantes não deram continuidade ao acompanhamento nutricional, 15,6% (n=62) realizaram entre uma e duas consultas com a nutrição, 21,9% (n=87) realizaram entre três e quatro consultas e 57% (n=227) continuaram o acompanhamento nutricional realizando cinco ou mais consultas.

No que se refere ao acompanhamento psicológico no pré-cirúrgico, 3% (n=12) dos participantes não realizaram a avaliação psicológica inicial, 22,9% (n=91) realizaram apenas uma ou duas consultas com o profissional 25,6% (n=102) realizaram entre três e quatro sessões enquanto 48,5% (n=193) frequentaram o serviço de psicologia entre cinco ou mais consultas.

Após a cirurgia percebe-se uma descontinuidade do acompanhamento psicológico em que 34,2% (n=136) deixaram de frequentar o serviço, 11,3% (n=45) fizeram entre uma e duas sessões com o (a) psicólogo (a) no pós-cirúrgico, 11,8% (n=47) realizaram entre três e quatro consultas e 42,7% (n=170) realizaram entre cinco ou mais consultas.

Tabela 4

Frequência de reganho de peso medida pelo tempo de realização da cirurgia.

| Reganho de peso | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Não houve reganho | 236 | 59,3 |
| 0 a 24 meses | 43 | 10,8 |
| 25 meses ou mais | 119 | 29,9 |

Na Tabela 4 encontram-se os dados relacionados ao reganho de peso autorrelatado pelos participantes. Vale ressaltar que para considerar que houve reganho de peso é levado em conta o tempo de realização da cirurgia, portanto, o recorte de tempo foi feito e os resultados apontam que do total dos participantes da pesquisa 29,9% (n=119) tiveram algum grau de reganho de peso.

Tabela 5

Frequência do grau de insatisfação com o tamanho da imagem corporal obtido pela Escala de Silhuetas de Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983).

| Satisfação com a imagem corporal | n | % |
|---|----------|----------|
| Insatisfeito silhueta menor | 327 | 82,2 |
| Satisfeito | 51 | 12,8 |
| Insatisfeito silhueta maior | 20 | 5,0 |

Em relação aos dados obtidos pela escala de silhuetas de Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983) e apresentados na Tabela 5, os dados obtidos demonstram que 82,2% (n=327) dos participantes encontravam-se insatisfeitos com a imagem corporal e gostariam de ter uma silhueta menor, enquanto, 5% (n=20) dos participantes também estavam insatisfeitos com a imagem corporal, porém, neste caso eles gostariam de ter uma silhueta maior. Apenas 12,8% (n=51) da amostra estava satisfeita com a imagem corporal.

Na Tabela 6 encontram-se os resultados referentes aos domínios do comportamento alimentar disfuncional coletados a partir do TFEQ – R21, dentre os domínios avaliados no instrumento observou-se maior frequência de Restrição Cognitiva (RC), quando comparado aos

demais domínios. 52,0% (n=207) dos participantes apresentaram resultado muito frequente para RC, 34% (n=138) das pessoas apresentaram uma sensibilidade a RC considerada frequente, enquanto 11,1% (n=44) apresentaram uma sutil predominância de RC, apenas 2,3% (n=9) demonstraram resultado de ausência de RC.

Tabela 6

Domínios do Comportamento Alimentar Disfuncional obtidos através do TFEQ-R21.

| Domínios do Comportamento Alimentar Disfuncional | | n | % |
|---|-----------------|----------|----------|
| Descontrole alimentar | Raramente | 131 | 32,9 |
| | Frequente | 43 | 10,8 |
| | Ausência | 214 | 53,8 |
| | Muito frequente | 10 | 2,5 |
| | Total | 398 | 100 |
| Alimentação emocional | Raramente | 109 | 27,4 |
| | Frequente | 79 | 19,8 |
| | Ausência | 173 | 43,5 |
| | Muito frequente | 37 | 9,3 |
| | Total | 398 | 100 |
| Restrição cognitiva | Raramente | 44 | 11,1 |
| | Frequente | 138 | 34,7 |
| | Ausência | 9 | 2,3 |
| | Muito frequente | 207 | 52,0 |
| | Total | 398 | 100 |

Ainda na análise dos resultados presentes na Tabela 6, ao se considerar o domínio do comportamento alimentar disfuncional do Descontrole Alimentar (DA), percebeu-se menor frequência, onde 53,8% (n=173) da amostra não apresentou DA. Enquanto aqueles que mostraram sensibilidade alta ao domínio correspondem a apenas 2,5% (n=10) da população. 10,8% (n=43) tiveram a presença de DA e 32,9% apresentaram baixa sensibilidade ao DA.

Sobre o domínio da Alimentação Emocional (AE) os resultados também demonstram frequência menor quando comparada com a RC. Neste domínio 43,5% (n=173) da amostra evidenciou a sua ausência, e apenas 9,3% (n=37) com resultados de AE muito frequente, enquanto 19,8% (n=79) tiveram resultado de AE frequente e os 27,4% (n=109) restantes da amostra apresentaram AE raramente.

Foi realizada a análise de correlação entre as variáveis: domínios do comportamento alimentar disfuncional, satisfação com a imagem corporal, ganho de peso, com o acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-cirúrgico, cujos resultados estão apresentados na Tabela 7.

Houve uma correlação negativa alta ($p < .001$) entre o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico e acompanhamento nutricional pré-cirúrgico ($R=0,280$), ou seja, quanto menos

consultas com o (a) psicólogo (a) antes da cirurgia, mais consultas foram realizadas com o (a) nutricionista no pré-operatório.

Observou-se também uma correlação negativa ($p < .001$) entre o acompanhamento psicológico no pré-cirúrgico e o acompanhamento nutricional no pós-cirúrgico ($R=0,470$). O resultado sugere que quanto menos consultas realizadas com o (a) psicólogo (a) antes da cirurgia, maior é o número de consultas realizadas com o (a) nutricionista no pós-cirúrgico imediato.

Percebeu-se ainda alta correlação ($p < .001$) entre o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico e o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico ($R=0,399$). Neste caso uma correlação positiva, evidencia que a chance de manter o acompanhamento psicológico após a cirurgia tem relação com um número maior de consultas realizadas no pré-operatório.

Tabela 7

Correlação parcial entre acompanhamento nutricional e psicológico com as variáveis do comportamento alimentar e imagem corporal.

| | | Nutri Pré | Nutri Pós | Psi Pré | Psi Pós | Satisfação com a imagem corporal | DA | AE | RC | Reganho |
|----------------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------------------------|-----------|-----------|-------|---------|
| Nutri Pós | R de Pearson | — | | | | | | | | |
| | p-value | — | | | | | | | | |
| Nutri Pré | R de Pearson | 0.323 *** | — | | | | | | | |
| | p-value | < .001 | — | | | | | | | |
| Psi Pré | R de Pearson | 0.280 *** | 0.470 *** | — | | | | | | |
| | p-value | < .001 | < .001 | — | | | | | | |
| Psi Pós | R de Pearson | 0.423 *** | 0.243 *** | 0.399 *** | — | | | | | |
| | p-value | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | | | |
| Satisfação com a Imagem Corporal | R de Pearson | -0.140 ** | -0.062 | 0.004 | 0.056 | — | | | | |
| | p-value | 0.006 | 0.225 | 0.940 | 0.267 | — | | | | |
| DA | R de Pearson | -0.039 | 0.203 *** | 0.116 * | 0.049 | 0.268 *** | — | | | |
| | p-value | 0.442 | < .001 | 0.023 | 0.333 | < .001 | — | | | |
| AE | R de Pearson | 0.003 | 0.193 *** | 0.073 | 0.146 ** | 0.234 *** | 0.762 *** | — | | |
| | p-value | 0.958 | < .001 | 0.150 | 0.004 | < .001 | < .001 | — | | |
| RC | R de Pearson | 0.001 | 0.083 | 0.029 | 0.055 | 0.150 ** | 0.171 *** | 0.120 * | — | |
| | p-value | 0.981 | 0.101 | 0.567 | 0.278 | 0.003 | < .001 | 0.019 | — | |
| Reganho | R de Pearson | -0.004 | 0.091 | 0.081 | 0.032 | 0.206 *** | 0.219 *** | 0.241 *** | 0.042 | — |
| | p-value | 0.942 | 0.074 | 0.112 | 0.523 | < .001 | < .001 | < .001 | 0.414 | — |

Nota. Controlando para 'Tempo de cirurgia' Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 Nota. Nutri Pré (Acompanhamento nutricional pré-cirúrgico) Nutri Pós (acompanhamento nutricional pós-cirúrgico) Psi pré (acompanhamento psicológico pré-cirúrgico) Psi Pós (Acompanhamento psicológico pós-cirúrgico). DA (Descontrole Alimentar) AE (Alimentação Emocional) RC (Restrição Cognitiva)

O resultado da satisfação com a imagem corporal teve relevância estatisticamente significativa ($p < .01$) com o acompanhamento nutricional pré-cirúrgico ($R=0,140$). Neste caso, a correlação negativa demonstra que quanto maior o número de consultas com o serviço de nutrição no pré-operatório, menor o escore de insatisfação com a imagem corporal. Em relação ao acompanhamento psicológico não foi observada correlação entre a satisfação e a imagem corporal.

Ao considerar os escores dos domínios do comportamento alimentar disfuncional houve uma moderada correlação ($p < .01$) entre AE e o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico ($R=0,146$). Quanto maior o escore de AE, maior o número de consultas com o (a) psicólogo (a) logo após a cirurgia. Houve ainda uma alta correlação ($p < .001$) entre AE e o acompanhamento nutricional pós-cirúrgico ($R=0,193$) então, quanto maior o escore de AE, maior o número de consultas com o (a) nutricionista logo após a cirurgia.

O DA teve uma leve correlação ($p < .05$) com o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico ($R=0,116$). Neste caso, quanto maior o escore de DA, maior o número de consultas com o (a) psicólogo (a) no pós-operatório. Este domínio apresentou alta correlação ($p < .001$) com o acompanhamento nutricional no pós-cirúrgico ($R=0,203$), quanto maior o escore de DA maior o número de consultas com o (a) nutricionista no pós-operatório imediato.

Houve correlação estatisticamente significativa ($p < .001$) entre a satisfação com a imagem corporal e o DA ($R=0,268$), quanto maior o escore de insatisfação com a imagem corporal, maior o escore de DA. Assim como também teve correlação alta ($p < .001$) entre a satisfação com a imagem corporal e a AE ($R=0,234$), quanto maior o escore de insatisfação com a imagem corporal, maior o escore de AE.

A insatisfação com a imagem corporal também se relacionou moderadamente ($p < .01$) com a RC ($R=0,234$) significando que, na presença da insatisfação corporal maior o escore de RC.

Os resultados também demonstram alta correlação ($p < .001$) entre a satisfação com a imagem corporal e o ganho de peso ($R=0,219$) então, quanto maior o ganho de peso, maior a insatisfação com a imagem corporal.

O ganho de peso se relacionou ($p < .001$) com os domínios do comportamento alimentar. Na presença de ganho de peso maior o escore de DA ($R=0,219$) e maior o escore de AE ($R=0,241$).

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa apontam que a prevalência da população submetida à CB é do sexo feminino 93,47% (n=372), com faixa etária 40 a 59 anos de idade 57% (n=170), casadas 60,8% (n=228), brancas 58,79% (n=234), alfabetizados com 12 anos ou mais de estudo 81,15% (n=323) e com renda maior que cinco salários mínimos 34,18% (n=136), esses dados corroboram com resultados de estudos anteriores (Silva et al. 2015). As características desta população demonstram que o perfil de pessoas submetidas à CB, pertence a uma classe social com maior acesso à saúde suplementar e/ou privada.

Outros estudos (Oliveira et al., 2021; Silva et al., 2015) apresentam resultados compatíveis com o desta amostra ao considerar a região do Brasil que mais realiza a CB, neste caso, as regiões Sudeste e Sul. Há uma diferença entre os dados desta pesquisa com os demais estudos em relação à região Norte, que foi a segunda maior população aderente à pesquisa. Apesar de se tratar de uma pesquisa nacional distribuída remotamente, este estudo foi realizado em uma instituição de ensino no estado do Pará, por isso, a diferenciação do dado. Ao que já se sabe, a região Norte é a que tem menor número de cirurgias realizadas de 2010 a 2020, mesmo com o aumento do número de procedimentos feitos ao longo do tempo (Silva et al., 2015).

O procedimento cirúrgico mais realizado foi o *Bypass* gástrico em Y de Roux 79,15% (n=315), segundo Floriano et al. (2021) a abordagem cirúrgica em questão tem sido considerada “padrão ouro” pela perda de aproximadamente 70% do excesso de peso corporal e o possível controle de comorbidades como do diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome metabólica, entre outros.

É relevante ressaltar que a efetividade do *Bypass* gástrico em Y de Roux é suportada por evidências de longo prazo, com estudos demonstrando resultados sustentados e duradouros ao longo dos anos após a cirurgia. Isso contribui para a confiança no procedimento e reforça sua posição como uma intervenção cirúrgica eficaz para o tratamento da obesidade e suas complicações associadas.

Sendo o *Bypass* gástrico em Y de Roux o procedimento cirúrgico mais realizado na amostra estudada, o dado está em consonância com sua reputação na literatura científica. Suas características de perda de peso significativa e controle de comorbidades o tornam uma opção valiosa para pacientes com obesidade grave e condições de saúde relacionadas. No entanto, é importante considerar as características individuais de cada paciente e suas necessidades específicas ao optar pelo procedimento cirúrgico mais adequado.

A principal motivação para realização da cirurgia pelos participantes foi a preocupação com a saúde **71,35% (n=284)**. Percebeu-se ausência de publicações sobre as motivações para realização da CB em pacientes com mais de 5 anos de cirurgia na literatura, assim como estudos realizados no Brasil, no entanto, Hult et al. (2022) apontaram em um estudo multicêntrico realizado na Europa que as expectativas para realização da CB em participantes mulheres eram a perda de peso e a melhora nas comorbidades. Quase todos os participantes da pesquisa de Hult et al. (2022) justificaram a razão pela cirurgia a partir da perda de peso (n=233/250, 93,2%), do aumento da expectativa de vida (231/250, 92,4%) e da melhora da atividade física (n=216/250, 86,4%). Já o estudo de Theunissen et al. (2020), mostrou que a principal motivação para realização da cirurgia foram as queixas físicas vivenciadas pelos participantes (85,9%), seguidos da falta de energia (82,7%), porém, quando realizada a comparação diferencial entre gêneros, nas mulheres, a principal motivação era a redução na autoconfiança (63,2% vs. 41,0%, $p < 0,001$).

Ao se considerar a adesão ao acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório imediato observou-se que os participantes tendem a realizar mais consultas no pós-operatório (57%; n=227) em comparação ao pré-operatório imediato (40,2%; n=160). Alvarado et.al (2005) encontrou resultado parcialmente similar, onde 87% dos participantes mantiveram consultas com a nutrição no pós-operatório imediato. Entretanto, Manegotto et al. (2013), chamam atenção para uma redução progressiva da adesão às consultas com a nutrição no pós-operatório a partir do primeiro trimestre após a cirurgia. Os dados demonstram que 81,45% fizeram um número médio de consultas ($1,22 \pm 0,08$), e a partir do terceiro mês de realização da cirurgia a frequência dos participantes caiu para 25,59% ($0,33 \pm 0,67$ de consultas realizadas).

Em relação à adesão às consultas realizadas com a psicologia no pré e pós-operatório o estudo demonstra que 48,5% (n=193) dos participantes realizaram 5 ou mais consultas de avaliação psicológica no pré-operatório e apenas 3% (n=12) não participou de nenhuma sessão com o (a) psicólogo (a) antes da CB. Por outro lado, houve aumento significativo entre pessoas que não fizeram nenhuma sessão com o (a) psicólogo (a) após a realização da operação resultando em 34% (n=136), e que não haviam ido ao (a) psicólogo (a) nesta etapa da CB, mas 42,7% (n=170) seguiram o acompanhamento com uma frequência de cinco ou mais consultas.

Ao se considerar a frequência dos participantes quanto ao número de consultas não foram encontrados estudos realizados até o presente momento. O que já se sabe é que a avaliação psicológica pré-operatória é um critério obrigatório para realização da CB, nesta fase do tratamento, e esta obrigatoriedade pode ser determinante para o dado desta pesquisa que

apresenta maior frequência na avaliação psicológica prévia. Antes da realização da operação, o (a) psicólogo (a) é responsável por avaliar o estado psicológico, emocional e social do indivíduo candidato a CB, bem como, apresentar por meio de instruções as principais consequências da cirurgia e as modificações comportamentais necessárias para garantir a segurança do paciente e sucesso do procedimento a médio e longo prazo. Ao final da avaliação psicológica o profissional elabora um laudo que determina se o paciente está apto ou se é recomendado o acompanhamento psicológico prévio como condicionante a CB (Benedetto, 2007; CFP, 2003; SBCBM, 2023).

Justino et al. (2018) investigaram a avaliação psicológica no pré-operatório e o acompanhamento terapêutico após a realização da cirurgia afim de avaliar a existência ou não de repertórios alternativos ao comportamento alimentar que auxiliem no manejo do pós-cirúrgico. O estudo foi realizado com 15 participantes e coletou o relato dos mesmos em relação à avaliação psicológica pré-operatória. Os resultados apontaram ao que os autores chamam de falta de comprometimento dos profissionais de psicologia diante das orientações recomendadas pelo CFP. Os relatos de todos os participantes foram de que participaram de no máximo duas consultas, sendo uma delas para o recebimento do laudo, outros falaram que foram a uma palestra com a equipe multiprofissional e na consulta individual com o (a) psicólogo (a) o laudo já estava pronto. Os mesmos participantes perceberam pouca ou nenhuma necessidade de dar continuidade ao acompanhamento psicológico após a cirurgia. O número de participantes da pesquisa de Justino et al. (2018) pode ser insuficiente para realizar uma análise precisa destas variáveis, no entanto, na presente pesquisa também foi observada a diminuição na busca pelo acompanhamento no pós-operatório de um número expressivo de participantes quando comparada com a fase pré-operatória. Condizente com esses resultados, Mahony (2011) constatou que 67,4% de adultos que realizaram a CB gostariam de ser melhor preparados psicologicamente com mais de uma sessão de avaliação psicológica.

O reganho de peso teve maior frequência naqueles participantes que realizaram a CB entre 25 meses ou mais (29,9%; n=119) e 10,8% (n=43) tiveram reganho de peso ponderal entre 0 e 24 meses após a realização da operação, a maior parte dos participantes não teve reganho de peso (59,3%; n=236). Esses resultados da pesquisa são compatíveis com resultados de estudos anteriores (Elfhag & Rössner, 2005; Lopez et al., 2007; Shah, Simha & Garg, 2006; Magro et al., 2008) que apresentam um índice menor de pessoas que obtiveram reganho de peso em comparação com aqueles que não tiveram reganho. Nesses estudos, os principais fatores associados ao reganho foram o tempo de realização da cirurgia, exercer atividade laboral relacionadas a alimentação (Bastos et al., 2013), o sedentarismo, a falta de continuidade no

tratamento pós-operatório, hábitos alimentares inadequados e peso inicial muito elevado (Elfhag & Rössner, 2005; Magro et al., 2008; Shah, Simha & Garg, 2006).

A insatisfação com a imagem corporal foi observada na amostra desta pesquisa. 82,2% (n=82,2) dos participantes encontravam-se insatisfeitos com a imagem corporal e gostariam de ter uma silhueta menor. Estes resultados são compatíveis com o estudo de Caldeira, Domingos e Miyazaki (2020) em que 95,4% (n=41) apresentaram insatisfação com a imagem corporal desejando ter uma silhueta menor, sendo que esses dados foram obtidos pela escala de silhueta. Semelhantes estudos apontam que os resultados com a insatisfação corporal tendem a permanecer ao longo do tempo, e podem estar associados a fatores como o reganho de peso e/ou excesso de pele resultante da perda de peso (Behrens et al., 2021; Ivezaj & Grilo, 2018).

Quanto aos resultados referentes aos domínios do comportamento alimentar disfuncional coletados a partir do TFEQ – R21, dentre os domínios avaliados no instrumento observou-se maior frequência de Restrição Cognitiva (RC), em que 52% (n=207) dos participantes apresentaram resultado muito frequente para RC, 34% (n=138) dos voluntários da pesquisa tiveram RC e 11,1% apresentaram sensibilidade leve para RC. Acredita-se que o tempo decorrido desde a realização da CB seja uma variável relevante a ser considerada nos escores de Restrição Cognitiva. Indivíduos em fase de pós-operatório imediato tendem a apresentar maiores escores de RC como resultado da CB devido às alterações fisiológicas provocadas pelo procedimento, ou seja, esses resultados são previsíveis e esperados para essa população (Abu Dayyeh, 2016; Engström et al., 2015).

Hindle et al. (2019) constataram que indivíduos com pontuações mais baixas no escore de Restrição Cognitiva (RC) no pré-operatório apresentam uma redução na percepção da fome no pós-operatório após um ano da cirurgia. Além disso, essa diminuição na percepção da fome está correlacionada com escores mais baixos de Descontrole Alimentar (DA) e Alimentação Emocional (AE).

A análise dos dados revelou resultados relevantes sobre a relação entre Descontrole Alimentar (DA) e o desempenho nos três domínios do comportamento alimentar em pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica (CB). A maioria dos participantes, 53,8% da amostra total (n=173) não apresentou Descontrole Alimentar, sugerindo que a tendência de manifestar comportamentos impulsivos ou descontrolados em relação à alimentação não foi predominante na população estudada. Essa descoberta pode ser vista como um indicativo positivo, pois uma parcela significativa dos pacientes submetidos à CB conseguiu manter controle satisfatório em relação à alimentação após a cirurgia. Apenas uma parcela muito reduzida da amostra, correspondendo a 2,5% dos participantes (n=10), apresentou alta sensibilidade ao domínio do

Descontrole Alimentar. Esses resultados revelam que a presença de indivíduos com uma sensibilidade elevada a esse comportamento é pouco comum no grupo analisado.

Os achados do ensaio clínico randomizado conduzido por Engström et al. (2015) que fez uma investigação longitudinal no período de dois anos, com indivíduos que realizaram a CB, podem ser comparados a esse resultado. A amostra foi dividida entre pessoas com maior controle alimentar e outro grupo com menor escore de controle alimentar, medido pelo domínio de Descontrole Alimentar (DA) do TFEQ-R21. Notavelmente, as pessoas com maior controle alimentar apresentaram resultados mais favoráveis nos três domínios do comportamento alimentar, obtendo escores favoráveis de Descontrole Alimentar e Alimentação Emocional (AE) até os 24 meses de pós-operatório. Entretanto, os participantes do grupo com maior Descontrole Alimentar mostraram uma trajetória diferente. Eles apresentaram melhora nos escores de DA e AE no período de 0 a 12 meses de pós-operatório, o que pode indicar uma resposta inicial positiva à intervenção cirúrgica. No entanto, esses mesmos indivíduos experimentaram uma piora nos resultados no período de 12 a 24 meses de pós-operatório. Essa descoberta é de grande importância clínica, pois indica que pacientes com maior Descontrole Alimentar podem requerer acompanhamento e intervenções específicas no longo prazo para garantir resultados satisfatórios após a cirurgia bariátrica.

Em relação ao domínio da Alimentação Emocional (AE), os resultados também apontam para uma frequência relativamente menor em comparação com a RC. Dos participantes da amostra, 43,5% (n=173) evidenciaram a ausência de AE, indicando que essa tendência comportamental não foi predominante na população estudada. 9,3% (n=37) dos indivíduos apresentaram resultados de AE com alta frequência, demonstrando que a manifestação frequente de alimentação como resposta emocional foi pouco comum nesse grupo.

Para aqueles que tiveram resultado de AE frequente, representando 19,8% (n=79) da amostra, é importante notar que essa frequência moderada pode indicar a presença de uma relação mais estreita entre emoções e alimentação em um subgrupo específico de participantes. A maioria dos participantes, 27,4% (n=109) restantes da amostra, apresentou AE raramente, o que sugere que esses indivíduos não manifestam com frequência a tendência de recorrer à alimentação como resposta a estímulos emocionais.

Esses resultados são consistentes com pesquisas anteriores que apontam para a complexidade e a variabilidade do comportamento alimentar em relação às emoções (Abu Dayyeh, 2016; Engström et al., 2015; Hindle et al., 2019). A presença de um grupo significativo de indivíduos sem AE e um subgrupo menor com alta frequência de AE indica a importância

de considerar fatores individuais e contextuais que interferem na relação entre emoções e alimentação.

Ao discutir esses resultados, é fundamental reconhecer que a AE pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo aspectos psicológicos, sociais e culturais. A identificação dos subgrupos com diferentes padrões de AE pode fornecer reflexões valiosas para a personalização de estratégias de intervenção e tratamento para indivíduos que possam estar mais propensos a recorrer à alimentação como forma de lidar com as emoções. Para tanto, o processo de avaliação pré-cirúrgica realizada pela equipe multiprofissional, especialmente o (a) psicólogo (a) e nutricionista, é uma parte importante para garantir o sucesso da cirurgia considerando as variáveis em questão.

Retomando os resultados relacionados a adesão ao número de consultas com o (a) nutricionista e psicólogo (a) na fase pré-operatória neste grupo específico, pode ser uma variável importante a ser observada, no que tange aos resultados de menor escore de DA e AE. No entanto, apontamos para a necessidade de estudos longitudinais que mostrem a dinâmica destes comportamentos ao longo do tempo.

Em resumo, os resultados sobre o comportamento alimentar disfuncional fornecem uma visão abrangente da frequência e distribuição desse comportamento na população estudada. Esses achados podem ser úteis para embasar abordagens clínicas mais individualizadas e informar estratégias de prevenção e intervenção relacionadas ao comportamento alimentar e à relação com as emoções.

A partir dos resultados acredita-se que o treino de autocontrole pode ser uma técnica eficiente para o manejo do comportamento alimentar disfuncional, fundamentado na Análise do Comportamento. Tal abordagem consiste em uma intervenção que visa capacitar indivíduos a regular seus comportamentos e emoções de forma mais eficaz. Por meio de uma análise funcional cuidadosa e estabelecimento de metas claras, os participantes aprendem a identificar e modificar comportamentos problemáticos (Martin & Pear, 2014).

O automonitoramento é incentivado para aumentar a consciência do próprio comportamento e identificar padrões relevantes. A aplicação de técnicas de autorregulação, como o auto-reforço e autoinstruções, é ensinada para promover mudanças comportamentais funcionais. Além disso, reforço social e apoio contínuo são fornecidos para incentivar o progresso e a manutenção dos ganhos alcançados. Essa abordagem eficaz contribui para o desenvolvimento de habilidades de autocontrole e aprimoramento da qualidade de vida dos participantes (Martin & Pear, 2014).

Os resultados obtidos com a análise de correlação entre as variáveis de interesse e o acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-cirúrgico são de grande relevância para o entendimento do impacto desses acompanhamentos na evolução do comportamento alimentar, da satisfação com a imagem corporal e do ganho de peso após a cirurgia bariátrica. Esses achados fornecem resultados importantes para a prática clínica e podem contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais efetivas e personalizadas no cuidado desses pacientes.

Primeiramente, a correlação negativa alta entre o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico com o acompanhamento nutricional pré-cirúrgico ($R=0,280$; $p < .001$) indica que, em geral, os pacientes que tiveram menos consultas com o (a) psicólogo (a) antes da cirurgia buscaram maior apoio e orientação do (a) nutricionista no período pré-operatório. Esse resultado sugere que a atenção e o suporte psicológico podem influenciar o engajamento com o acompanhamento nutricional antes da cirurgia. A identificação dessa correlação pode orientar os profissionais de saúde a fornecerem suporte psicológico adequado a fim de aumentar a adesão aos cuidados nutricionais antes da cirurgia, potencialmente impactando positivamente os resultados pós-operatórios.

Da mesma forma, a correlação negativa entre o acompanhamento psicológico no pré-cirúrgico com o acompanhamento nutricional no pós-cirúrgico ($R=0,470$; $p < .001$) indica que pacientes que tiveram menos consultas com o (a) psicólogo (a) antes da cirurgia buscaram mais apoio nutricional no pós-operatório imediato. Esse achado sugere que uma menor participação no acompanhamento psicológico pode levar a uma maior busca por orientação nutricional após a cirurgia. Nesse sentido, é relevante que os profissionais de saúde estejam atentos à necessidade de um suporte contínuo ao paciente, especialmente no período pós-cirúrgico, e compreendam como a falta de acompanhamento psicológico prévio pode influenciar a adesão ao tratamento nutricional após a cirurgia.

Além disso, a alta correlação positiva ($R=0,399$; $p < .001$) entre o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico com o acompanhamento pós-cirúrgico sugere que pacientes que tiveram mais consultas com o (a) psicólogo (a) antes da cirurgia têm uma maior probabilidade de continuar o acompanhamento psicológico após a cirurgia. Essa associação positiva destaca a importância do suporte psicológico prévio como um fator que pode influenciar a continuidade do cuidado no pós-operatório. Isso reforça a necessidade de fortalecer e incentivar o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico como parte fundamental do processo de cuidado integral desses pacientes.

Em resumo, os resultados da análise de correlação destacam a importância do acompanhamento nutricional e psicológico nos períodos pré e pós da cirurgia bariátrica. As

correlações observadas fornecem informações relevantes para a prática clínica e sugerem a necessidade de fortalecer a abordagem multidisciplinar no cuidado desses pacientes. A implementação de um acompanhamento mais integrado, considerando as necessidades individuais de cada paciente, pode contribuir para melhores resultados a longo prazo e maior adesão ao tratamento, promovendo uma abordagem mais efetiva no manejo do comportamento alimentar disfuncional e da satisfação com a imagem corporal após a cirurgia.

A análise dos resultados de correlações entre as variáveis de interesse proporcionou uma visão abrangente das relações entre os domínios do comportamento alimentar disfuncional, a satisfação com a imagem corporal, o reganho de peso e o acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-cirúrgico. Essas correlações são fundamentais para a compreensão dos fatores que podem influenciar os desfechos após a cirurgia bariátrica.

Quanto às correlações, os resultados indicam que o acompanhamento nutricional pré-cirúrgico apresentou correlação negativa significativa com a satisfação com a imagem corporal ($R=0,140$; $p < .01$). Isso sugere que quanto mais consultas foram realizadas com o serviço de nutrição antes da cirurgia, menor foi o escore de insatisfação com a imagem corporal. Esse achado é relevante, pois pode indicar que o suporte nutricional adequado durante a preparação para a cirurgia pode ter um impacto positivo na percepção da imagem corporal dos pacientes, possivelmente contribuindo para uma melhor saúde mental e satisfação com os resultados da cirurgia.

Por outro lado, não foi observada correlação significativa entre o acompanhamento psicológico pré-cirúrgico e a satisfação com a imagem corporal. Esse resultado pode indicar que, no contexto específico do estudo, o suporte psicológico antes da cirurgia pode não ter tido uma influência direta na percepção da imagem corporal dos pacientes. Entretanto, é importante notar que a ausência de correlação não implica necessariamente na falta de importância do suporte psicológico, pois outros fatores podem ter sido relevantes nessa relação.

No que diz respeito aos domínios do comportamento alimentar disfuncional, os resultados mostram correlações significativas com o acompanhamento psicológico e nutricional no pós-cirúrgico. A Alimentação Emocional (AE) demonstrou moderada correlação positiva com o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico ($R=0,146$; $p < .01$) e uma alta correlação positiva com o acompanhamento nutricional pós-cirúrgico ($R=0,193$; $p < .001$). Esses achados sugerem que pacientes com maior escore de AE podem ter procurado mais apoio e orientação tanto do (a) psicólogo (a) quanto do (a) nutricionista após a cirurgia. Essa relação positiva pode ser explicada pela busca por estratégias de enfrentamento das emoções associadas ao comportamento alimentar após a cirurgia.

O Descontrole Alimentar (DA), por sua vez, também apresentou correlações significativas com o acompanhamento psicológico e nutricional no pós-cirúrgico. O DA teve leve correlação positiva com o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico ($R=0,116$; $p < .05$) e alta correlação positiva com o acompanhamento nutricional pós-cirúrgico ($R=0,203$; $p < .001$). Esses resultados indicam que pacientes com maior escore de DA procuraram mais apoio e orientação tanto do (a) psicólogo (a) quanto do (a) nutricionista no período pós-operatório. A relação positiva entre o DA e o acompanhamento nutricional pode ser explicada pela necessidade de assistência adicional para lidar com o controle alimentar após a cirurgia.

Além disso, os resultados mostram que a satisfação com a imagem corporal está correlacionada com os domínios do comportamento alimentar disfuncional. A insatisfação com a imagem corporal apresentou correlação significativa com o DA ($R=0,268$; $p < .001$) e com a AE ($R=0,234$; $p < .001$), sugerindo que a percepção negativa da imagem corporal pode estar associada a comportamentos alimentares disfuncionais, como o Descontrole Alimentar e a Alimentação Emocional. Essa relação pode indicar que a insatisfação com a imagem corporal pode ser um fator importante a ser abordado no cuidado pós-operatório para promover uma melhor relação com a alimentação e com o corpo.

Por fim, os resultados também destacam a correlação significativa entre a satisfação com a imagem corporal e o ganho de peso ($R=0,219$; $p < .001$). Isso indica que pacientes com maior ganho de peso após a cirurgia tendem a apresentar maior insatisfação com a imagem corporal. Essa relação pode ser multifacetada, envolvendo aspectos psicológicos e comportamentais, e reforça a importância de abordar a satisfação com a imagem corporal como parte integral do acompanhamento pós-cirúrgico.

Em resumo, os resultados das correlações fornecem informações importantes sobre as interações entre o acompanhamento nutricional e psicológico, os domínios do comportamento alimentar disfuncional e a satisfação com a imagem corporal após a cirurgia bariátrica. Essas correlações podem orientar a prática clínica e destacam a relevância de uma abordagem multidisciplinar para abordar os diferentes aspectos do comportamento alimentar e da saúde mental nesse contexto. Entretanto, é importante lembrar que os resultados de correlação não implicam em causalidade, e estudos adicionais são necessários para aprofundar a compreensão dessas associações e seus mecanismos subjacentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi identificar se há relação entre acompanhamento nutricional e psicológico com ganho de peso, comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal. Com base nos resultados obtidos na pesquisa considera-se que foi satisfatoriamente alcançado, podendo responder à pergunta inicial da pesquisa.

A análise do perfil dos pacientes revelou características predominantes, como o predomínio de mulheres na faixa etária entre 40 e 59 anos, casadas, com nível educacional superior e renda acima da média. Esses dados estão em consonância com a realidade das regiões Sudeste e Sul do Brasil, onde a cirurgia bariátrica é mais realizada.

O *Bypass* gástrico em Y de Roux foi identificado como o procedimento mais frequente, o que está alinhado com sua comprovada eficácia na perda de peso e controle de comorbidades associadas à obesidade grave. A motivação principal para a realização da cirurgia foi a preocupação com a saúde, seguida pela expectativa de perda de peso e melhora nas comorbidades. É notável que, além dos aspectos físicos, fatores psicológicos também influenciam a decisão dos pacientes.

O acompanhamento nutricional e psicológico é essencial no pós-operatório, e os resultados revelaram uma redução na adesão a partir do terceiro mês após a cirurgia. O suporte psicológico pré-cirúrgico mostrou-se relevante para a adesão aos cuidados nutricionais, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar desde o período preparatório até o acompanhamento pós-cirúrgico.

Os padrões de comportamento alimentar após a cirurgia mostraram uma prevalência moderada de Restrição Cognitiva e frequências menores de Alimentação Emocional e Descontrole Alimentar. No entanto, a insatisfação com a imagem corporal foi uma questão predominante entre os pacientes.

Vale ressaltar que a amostra deste estudo é restrita e que as generalizações devem ser feitas com cautela. Mais pesquisas são necessárias para aprofundar a compreensão desses padrões de Alimentação Emocional e como eles se relacionam com outros aspectos do comportamento alimentar, bem como para explorar possíveis associações com aspectos psicossociais e de saúde mental.

As correlações identificadas entre o acompanhamento nutricional e psicológico, os domínios do comportamento alimentar disfuncional e a satisfação com a imagem corporal destacam a complexidade dessa jornada pós-cirúrgica.

Diante disso, fica evidente que a cirurgia bariátrica é mais do que um procedimento cirúrgico; é uma jornada que demanda um suporte contínuo e especializado. Profissionais de saúde, incluindo cirurgiões, nutricionistas e psicólogo (a)s, desempenham um papel crucial na preparação pré-cirúrgica, no acompanhamento pós-operatório e na promoção da saúde mental dos pacientes.

Em resumo, os resultados deste estudo destacam a relevância do controle alimentar como fator determinante nos resultados pós-cirúrgicos em pacientes submetidos à CB. Além disso, ressaltam a importância do acompanhamento de longo prazo para garantir a eficácia e o sucesso da intervenção cirúrgica. Essas conclusões podem fornecer diretrizes valiosas para a prática clínica e o desenvolvimento de abordagens terapêuticas personalizadas, visando o melhor resultado para cada paciente.

É importante ressaltar que essas correlações observadas fornecem informações valiosas, mas não estabelecem relação de causa e efeito. Portanto, é necessário considerar outros fatores contextuais e individuais que podem estar contribuindo para essas associações. Estudos futuros podem explorar de forma mais aprofundada os mecanismos subjacentes a essas correlações e investigar como intervenções específicas podem otimizar o acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-operatório, a fim de melhorar os desfechos de saúde e qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Para o futuro, são necessárias mais pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre a experiência dos pacientes após a cirurgia bariátrica, especialmente considerando o longo prazo e a evolução das questões psicológicas e comportamentais ao longo dos anos. Esses estudos podem ajudar a desenvolver abordagens mais eficazes para o cuidado integral desses indivíduos.

Em suma, a cirurgia bariátrica continua a ser uma importante alternativa no combate à obesidade grave, mas é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades emocionais e comportamentais dos pacientes, além das questões físicas. Com uma abordagem individualizada, podemos otimizar os resultados e melhorar a qualidade de vida daqueles que buscam essa intervenção.

REFERÊNCIAS

- Abu Dayyeh B. K., Jirapinyo P. & Thompson C. C. (2016). Plasma Ghrelin Levels and Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg [Internet]*, 27(4), 1031–6. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2418-3>
- Alvarado R., Alami R. S., Hsu G., Safadi B. Y., Sanchez B. R., Morton J. M. & Curet M. J. (2005). The Impact of Preoperative Weight Loss in Patients Undergoing Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg*, 15, 1282–1286. <https://doi.org/10.1381/096089205774512429>
- Bagdade P. S. & Grothe K. B. (2012). Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectr*, 25(4), 211-216. <https://doi.org/10.2337/diaspect.25.4.211>
- Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia Medica*, 26(4). <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224>
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A. dos ., & Vasconcelos, S. M. L.. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 26, 26–32. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>
- Behrens, S. C., Lenhard, K., Junne, F., Ziser, K., Lange, J., Zipfel, S., Giel, K. E., Teufel, M. & Mack, I. (2021). Effects of Bariatric Surgery on Depression: Role of Body Image. *Obes Surg*, 31, 1864–1868. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05057-3>
- Benedetto, C. (2007). Avaliação psicológica na cirurgia bariátrica: reflexões pertinentes. In *Anais, 3 Congresso Internacional de Psicologia e 9 Semana de Psicologia* (pp. 1-5). Maringá. Maringá: Universidade Estadual de Maringá.
- Bertoletti, J., Aparicio, M. J. G., Bordignon, S., & Trentini, C. (2019). Body image and bariatric surgery outcomes – a systematic review of literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14(2). <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bari.2018.0036>
- Bianciardi, E., Di Lorenzo, G., Niolu, C., Betrò, S., Zerbin, F., Gentileschi P. & Siracusano, P. (2019). Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Rivista di psichiatria*, 54(1), 8-17. <https://doi.org/10.1708/3104.30935>

- Caldeira, T. P. D., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2020). Fatores associados ao ganho de peso após cirurgia bariátrica. *Braz. J. Hea. Rev.*, 3(1), 883-900. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-070>
- Cohen, E., Ndao, A., Bernard, J. Y., Gueye, A., Duboz, P., Macia, E., Boëtsch, G., Pasquet, P., Holdsworth, M., & Gradidge, P. J. (2020). Development and validation of the body shape scale (BOSHAS) for assessing body shape perception in African populations. *BioMed Central Public Health*, 20 (1562). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09654-w>
- Conselho Federal de Medicina. (2016). Resolução CFM nº 2.131/2015. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>. Acesso em: 23 ago 2023.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). Resolução nº 7/2003. Manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo (a) psicólogo (a), decorrentes da avaliação psicológica. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo (a) psicólogo (a), decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Brasília: CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf. Acesso em: 23 ago 2023.
- Conselho Federal de Psicologia [Internet]. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI. 2023. <http://www.pol.org.br/satepsi>. Acesso em: 23 ago 2023.
- Dahás, L., Calegare, N., Carvalho, L. M. & Alvarenga, M. (2021). Terapias comportamentais e contextuais em prol da mudança do comportamento alimentar. In Alvarenga, M., Dahás, L. & Moraes, C. (Orgs). *Ciência do Comportamento Alimentar*. 1 ed. Santana de Parnaíba, São Paulo: Manole.
- Dias, J. C. R. (2014). *Validação das escalas de preocupação com o peso corporal e de estresse percebido* [Tese de Doutorado]. Universidade Estadual Paulista. Repositório institucional UNESP. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/108723?show=full>
- Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weightloss maintenance and weight regain. The International Association for the Study of Obesity. *Obesity Reviews*, 6, 67–85. 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x
- Engström, M., Forsberg, A., Sovik, T. T., Olbers, T., Lönroth, H., & Karlsson, J. (2015). Perception of control over eating after bariatric surgery for super-obesity—a 2-year

- follow-up study. *Obesity surgery*, 25(6), 1086–1093. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1652-4>
- Ferreira, A. F. R. P. (2018). *Avaliação da imagem corporal: validação da escala de silhuetas para cirurgia da obesidade* [Tese de Doutorado]. Universidade de Aveiro. Repositório institucional. <http://hdl.handle.net/10773/24922>
- Flores, C. A. (2014). Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva* (São Paulo), 27, 59–62. <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201400S100015>
- Floriano, A. L. S., Lemos, A. C. dos A. B., Rangel, F. K. dos S., Amaral, J. O., Jesus, L. S. de, Durães, M. S., Maquiné, M. E. F. & Corrêa, M. I. (2021). Comparação entre as principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade: revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 26410-26420. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-223>
- Geller, S., Dahan, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S., & Abu-Abeid, S. (2020). Body Image and Emotional Eating as Predictors of Psychological Distress Following Bariatric Surgery. *Obesity surgery*, 30(4), 1417–1423. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04309-1>
- Hindle, B. R., Lorimer, A., Winwood, P. & Keogh, W. L. J. (2019). The Biomechanics and Applications of Strongman Exercises: a Systematic Review. *Sports Med - Open*, 5(49). <https://doi.org/10.1186/s40798-019-0222-z>
- Hult, M., Riele, W. te., Fischer, L., Röstad, S., Orava, K., Heikkinen, T., Sandbu, R., Juuti, A. & Bonn, S. E. (2022). Women's Reasons to Seek Bariatric Surgery and Their Expectations on the Surgery Outcome - a Multicenter Study from Five European Countries. *Obes Surg*, 32, 3722–3731. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06280-w>
- Ivezaj, V. & Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116–1140. <https://doi.org/10.1111/obr.12685>
- Jaunoo, S. S. & Southall, P. J. (2010). Bariatric surgery. *International journal of surgery*, 8(2), 86–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2009.12.003>
- Justino, Y. A. C., Tatagiba, T. M. B., Pogian, L. P. & Pimentel, F. C. (2018). Modificações comportamentais entre o pré e o pós-operatório de pacientes bariátricos. *Psicologia em Revista*, 24(2). <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p577-599>

- Kyle, T. K., Dhurandhar, E. J., & Allison, D. B. (2016). Regarding Obesity as a Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45(3), 511–520.
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004>
- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, A. A. B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(2).
<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>
- Lent, M. R., Campbell, L. K., Kelly, M. C., Lawson, J. L., Murakami, J. M., Gorrell, S., Wood, G. C., Yohn, M. M., Ranck, S., Petrick, A. T., Cunningham, K., LaMotte, M. E., & Still, C. D. (2020). The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial. *PLoS ONE*, 14(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223885>
- Magro D. O., Delfini R., Pareja B. C., Callejas F. & Pareja J. C. (2008). Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. *Obes Surg.*, 18(6), 648–651.
10.1007/s11695-007-9265-1
- Mahony D. (2011). Psychological assessments of bariatric surgery patients. Development, reliability, and exploratory factor analysis of the PsyBari. *Obesity Surgery*, 21(9), 1395–1406. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0108-0>
- Menegotto, A. L. S., Cruz, M. R. R., Soares, F. L., Nunes, M. G. J., & Branco-Filho, A. J. (2013). Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva* (São Paulo), 26(2), 117–119. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000200009>
- Marchesini, S. D. & Antunes, M. A. (2020). Fatores grupais e sociais que influenciam no reganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 100 – 108.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Martin, G. & Pear, J. (2014). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer*. 8.ed. São Paulo: Roca
- Ministério da Saúde. (2021). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021* – ISBN 978-65-5993-195-8

- Mota, J. S. (2019). A utilização do Google Forms® na pesquisa acadêmica. *Revista Humanidades e Inovação*, 6(12).
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/issue/view/55>
- Natacci, L. C. & Ferreira, M., Jr (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
- Oliveira, A. M., Costa, S. S., Costa, I. S., & Batalha, N. J. P., Jr. (2021). Bariatric surgeries performed in the unique brazilian health system between 2010 and 2019. *Research, Society and Development*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11982>
- Pereira, S. E., Rossoni, C. & Magro, D. O. (2022). *Guia brasileiro de nutrição na cirurgia bariátrica e metabólica*. São Paulo: Editora Dialética.
- Santolin, C. B. (2021). História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, 25(3), 167-172.
<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A. & Fabricatore, N. A. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res Apr*, 3(4), 639-648).
<https://doi.org/10.1038/oby.2005.71>
- Shah M., Simha V. & Garg A. (2006). Review: Long term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 91(11), 4223-31. doi: 10.1210/jc.2006-0557
- Silva, P. T. da ., Patias, L. D., Alvarez, G. da C., Kirsten, V. R., Colpo, E., & Moraes, C. M. B. de. (2015). Profile of patients who seek the bariatric surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva* (São Paulo), 28(4), 270–273.
<https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500040013>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2020). Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (BR). SBCBM divulga números e pede participação popular para cobertura da cirurgia metabólica pelos planos de saúde. 2020.
<https://www.sbcbm.org.br/sbcbm-divulga-numeros-e-pede-participacao-popular-para-cobertura-da-cirurgia-metabolica-pelos-planos-de-saude/>. Acesso em: 23 ago 2023.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2023). Diretrizes Brasileiras de Assistência Psicológica em Cirurgia Bariátrica e Metabólica. COESAS / SBCBM.
<https://www.sbcbm.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Diretrizes-brasileiras-de->

assistência-psicológica-em-cirurgia-bariátrica-e-metabólica.pdf. Acesso em: 23 ago 2023.

- Stunkard, A. J., Sorensen, T. & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 60, 115–120.
- Theunissen, C. M. J., Vlijmen, A. van, Tak, D. J. A. M., Nyklíček, I., Jongh M. A. C. & Langenhoff, B. S. (2020). Motivation and Weight Loss Expectations in Bariatric Surgery Candidates: Association with 1- and 2-Year Results After Bariatric Surgery. *Obes Surg*, 30, 4411–4421. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04811-x>
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G. & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity facts*, 9(6), 424-441. <https://doi.org/10.1159/000454837>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 23 ago 2023.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies:evidence for action*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9?sequence=1>. Acesso em: 23 ago 2023.
- World Health Organization. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 23 ago 2023.
- World Obesity. (2022). *World Obesity Atlas 2022*. World Obesity Federation. Londres. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>

APÊNDICE 01 - CRONOGRAMA DE PESQUISA

| Atividade | Mês/ano |
|--|------------------------------|
| Submissão do projeto inicial ao Comitê de ética | Dezembro / 2021 |
| Aprovação do Comitê de Ética | Janeiro / 2022 |
| Elaboração do questionário de coleta de dados | Fevereiro /2022 |
| Teste do questionário | Março / 2022 |
| Ajustes do Questionário | Março / 2022 |
| Coleta de dados após aprovação | Agosto a novembro / 2022 |
| Tabulação dos dados originais | Agosto a novembro / 2022 |
| Elaboração deste projeto | Outubro a janeiro /2022/2023 |
| Levantamento Bibliográfico deste projeto | Outubro a Novembro /2022 |
| Análise do recorte de dados obtidos na pesquisa original | Janeiro a março / 2023 |
| Redação do trabalho | Abril a junho / 2023 |
| Apresentação dos resultados | junho / 2023 |
| Revisão / redação final | Junho a julho/ 2023 |
| Defesa da dissertação | agosto / 2023 |
| Apresentação/publicação | setembro / 2023 |

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos**”, integrante do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, sob a linha de pesquisa de Processos Comportamentais Complexos, cuja pesquisadora responsável é **Renata Cristina Bezerra Rodrigues**, nutricionista, CRN nº 11653, sob orientação da orientadora Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá.

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Descrever as características sociodemográficas.
2. Identificar os padrões do comportamento alimentar.
3. Identificar o grau de satisfação com a imagem corporal.
4. Relacionar os padrões do comportamento alimentar com a satisfação com a imagem corporal.

Caso concorde em participar, sua participação nesta pesquisa consistirá em

1. Assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obrigatório, que autoriza a utilização dos dados coletados e garante o respeito pela dignidade e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa, respeitando todas as normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.
2. Responder ao questionário referente ao seu perfil sociodemográfico e informações sobre a cirurgia, o tempo e evolução pós-operatória, e como foi a perda de peso ao longo do tempo.
3. Responder ao questionário Three Factor Eating Questionnaire (Questionário dos Três Fatores Alimentares), composto por 21 itens de múltipla escolha sobre comportamento alimentar.
4. Responder ao questionário Body Shape Questionnaire (BSQ), composto por 34 itens de múltipla escolha sobre satisfação com a imagem corporal.

Em cumprimento à resolução 466/12 do CNS e anexo II da Norma Operacional da CNS 001/2013, a pesquisadora responsável assinou um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), como compromisso em manter a confidencialidade sobre os dados coletados e

que, ao publicar os resultados, manterá o anonimato dos participantes cujos dados foram pesquisados.

Riscos: toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. No entanto, não há previsão de possíveis danos aos participantes desta pesquisa. Res. 466/12-CNS, IV.3.b.).

Benefícios: antes da coleta de dados não podem ser afirmados os benefícios da pesquisa. Os benefícios esperados serão posteriores, e a sua participação como voluntário possibilitará a realização deste estudo, cuja população beneficiada será de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica. Com os resultados, as informações poderão ser usadas para:

1. Assistência e acompanhamento dos pacientes, possibilitando a utilização de estratégias seguras, que vão interferir positivamente no pós-operatório e na qualidade de vida dos mesmos.
1. Elaboração de ferramentas específicas, utilizadas em intervenções por profissionais da saúde.
2. Sobre o comportamento alimentar, os resultados poderão auxiliar no pré e pós-operatório, a fim de evitar episódios de restrição ou compulsão alimentar e alimentação emocional.
3. Sobre autoimagem corporal, os resultados poderão auxiliar na conscientização das mudanças corporais decorrentes da perda de peso, falando sobre a imagem corporal desejada e a possível, podendo reduzir ou evitar frustrações futuras, que prejudicariam a evolução após a cirurgia.
4. Os resultados poderão dar base para novas pesquisas com objetivos semelhantes.

Serão obedecidas os procedimentos do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para coleta de dados em ambiente virtual (utilização da internet e Google Forms®) visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes. Sugere-se expressamente que O (A) Sr(a) guarde em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico, solicitado no final da pesquisa, mediante conclusão e disponibilização de um e-mail para envio do mesmo.

Enquanto voluntário, são seus direitos:

1. Não responder qualquer questão, mesmo dita como obrigatória, sem necessidade de explicação ou justificativa, e retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa.
2. Em caso desistência, a qualquer momento antes da finalização da pesquisa, será automaticamente retirado o consentimento de utilização dos dados e estes não ficarão salvos.
3. Após finalização, não será possível excluir as suas respostas, nem retirar o consentimento da utilização, pois os dados são salvos anônimos e não terá registro com associação ao participante.

4. Na descrição deste TCLE O(A) Sr(a) tem acesso ao conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados nos questionários), no entanto, só terá acesso às perguntas após seu consentimento.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). Os dados serão armazenados em pendrive e no banco de dados virtual One Drive, protegidos por senha e de acesso restrito aos pesquisadores cadastrados desta pesquisa.

Garantimos ao(à) Sr(a) ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não haja despesas previstas (Item IV.3.g, da Res. CNS nº. 466 de 2012). A participação neste projeto não submeterá os pacientes a um tratamento e não causará nenhum gasto ou prejuízo com relação a qualquer procedimento médico-clínico-terapêutico.

O(A) Sr(a) não receberá remuneração ou recompensa, sendo sua participação totalmente voluntária. O (A) Sr (a) receberá uma cópia deste termo, com telefone e endereço dos pesquisadores, para tirar dúvidas sobre o projeto, ou sua participação, a qualquer momento.

Pesquisadora responsável pelo projeto: Renata Cristina Bezerra Rodrigues

Contato do Pesquisador: (91) 3201-8536 - E-mail do Pesquisador: nutri.renatacris@gmail.com

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 – Bairro: Guamá, Belém – PA. CEP: 66075-750

Pesquisadora (orientadora): Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá

Contato: (91) 3201-8536 - E-mail: naizasa@ufpa.br

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 – Bairro: Guamá, Belém – PA. CEP: 66075-750

Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, 1º andar, ou pelo telefone: (91) 3201-0961, ou e-mail: cepnmt@ufpa.br

Ressalta-se que não serão introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo - Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS.

Por tudo acima explicado, solicito, então, explicitamente sua autorização para registro e uso das suas respostas, com a garantia de confidencialidade, proteção da imagem e a não estigmatização do Sr.(a) enquanto participante, garantindo a não utilização das suas informações em prejuízo de terceiros em termos de autoestima, prestígio e/ou de aspectos

econômico-financeiros (item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII).

Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

() **CONCORDO**

() **DISCORDO**

ANEXO 2 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Renata Cristina Bezerra Rodrigues, CPF nº 006.718.802-84; residente em Belém do Pará; Nutricionista CRN nº 11653/P, responsável pelo projeto de pesquisa sob título “**Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos**”, integrante do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, sob a linha de pesquisa de Processos Comportamentais Complexos, sob orientação da orientadora Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá, nutricionista, CRN nº XXXX-PA, assino esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa, devido caráter remoto da coleta de dados.

Me comprometo em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados. Declaro, ainda, estar ciente de que é minha responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também me comprometo que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estou ciente do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Me comprometo, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Belém, ____/____/_____.

| Pesquisador | CPF | Assinatura |
|-----------------------------------|----------------|------------|
| Renata Cristina Bezerra Rodrigues | 006.718.802-84 | |

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL EM PACIENTES BARIÁTRICOS QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nesse momento da pesquisa são perguntas sobre você, algumas características suas e informações sobre a cirurgia bariátrica que você realizou. Você perceberá que não será solicitada nenhuma informação que permita fazer sua identificação, o que garante a participação anônima. Selecione as respostas que mais se assemelharem à sua realidade.

1. Sexo

Feminino

Masculino

Outro

2. Idade [.....]

3. Estado Civil atual:

Solteiro (a)

Casado (a)

União estável

Divorciado (a)

Viúvo (a)

4. Seu Estado Civil mudou após a realização da cirurgia? Você acredita que a cirurgia influenciou?

Não mudou, não acho que a cirurgia tenha influenciado.

Não mudou e acho que a cirurgia influenciou.

Mudou, me separei, mas não acho que a cirurgia tenha influenciado.

Mudou, me separei e acho que a cirurgia influenciou.

Mudou, me casei/união estável, mas não acho que a cirurgia tenha influenciado.

Mudou, me casei/união estável e acho que a cirurgia influenciou

5. Estado: [.....]

6. Zona

rural

Urbana

7. Escolaridade (IBGE)

Sem instrução

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

8. Renda (IBGE [considere o salário mínimo de R\$ 1.212,00])

Até meio salário mínimo

Entre meio e 1 salário

Entre 1 e 2 salários

Entre 2 e 3 salários

Entre 3 e 5 salários

Acima de 5 salários

9. Qual tipo de procedimento você realizou?

Banda gástrica ajustável

Gastrectomia vertical ou Sleeve ou Gastrectomia em Manga

Bypass gástrico ou Derivação Gástrica em Y de Roux

Desvio Bileopancreática ou Duodenal Switch

Outro [.....]

Não sei informar

10. Há quanto tempo você realizou sua Cirurgia Bariátrica?

Menos de 6 meses completos

Entre 6 e 12 meses

Entre 12 e 18 meses

Entre 18 e 24 meses

Entre 24 e 36 meses

Mais de 36 meses

11. Altura: [.....]

12.1 Peso atual [.....]

12.2 Peso na indicação do procedimento: [.....]

12.3 Peso pré-operatório: [.....]

12.4 Menor peso alcançado: [.....]

12.5 Com quanto tempo, aproximadamente, alcançou o menor peso pós-operatório?

Menos de 6 meses completos

Entre 6 e 12 meses

Entre 12 e 18 meses

Entre 18 e 24 meses

Entre 24 e 36 meses

Mais de 36 meses

12.6 Se houve reganho de peso, com quanto tempo, aproximadamente, começou a ganhar peso após a cirurgia?

Menos de 6 meses completos

Entre 6 e 12 meses

Entre 12 e 18 meses

Entre 18 e 24 meses

Entre 24 e 36 meses

Mais de 36 meses

13. Quanto tempo durou o pré-operatório? Desde a indicação/primeira consulta até o momento da cirurgia.

Não fez acompanhamento pré-operatório

Menos de 6 meses completos

Entre 6 e 12 meses

Entre 12 e 18 meses

Mais de 18 meses

14. Qual (quais) a(s) indicação(ões) para realização da cirurgia? Pode escolher mais de uma alternativa.

- Perda de peso
- Controle do diabetes
- Controle da hipertensão
- Doença cardíaca, vascular ou similares
- Problema respiratório, asma, falta de ar ou similares
- Problemas de articulação, ortopédico ou similares
- Transtornos alimentares, compulsão alimentar ou similares
- Ansiedade, depressão, transtornos de humor ou similares
- Problema gástrico, refluxo gastroesofágico, gastroparesia ou similares
- Problemas intestinais ou similares
- Outros: [.....]

15. Qual foi a sua maior motivação a aceitar realizar o procedimento?

- Preocupação com a própria saúde
- Insatisfação com a imagem corporal
- Incentivo familiar, de cônjuge ou similares
- Insistência, ou pressão psicológica, de familiares, cônjuge ou similares.
- Outra [.....]

16. Quantas consultas com nutricionista você participou antes da cirurgia? [.....]

17. Quantas consultas com psicólogo (a) você participou antes da cirurgia? [.....]

18. Você visitou algum outro profissional antes da cirurgia? Não Sim
[.....]

ANEXO 4 – TFEQ-R21

Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos

The Three Factor Eating Questionnaire

Questionário dos Três Fatores Alimentares

Esta seção contém declarações e perguntas sobre hábitos alimentares e sensação de fome.

Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

3. Às vezes, quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

10. Quando me sinto solitário (a), me consolo comendo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

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.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?

Quase nunca

Raramente

Frequentemente

Quase sempre

18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?

Não estou disposto(a)

Estou um pouco disposto(a)

Estou relativamente bem disposto(a)

Estou muito disposto(a)

19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?

Nunca

Raramente

Às vezes

Pelo menos 1 vez por semana

20. Com qual frequência você fica com fome?

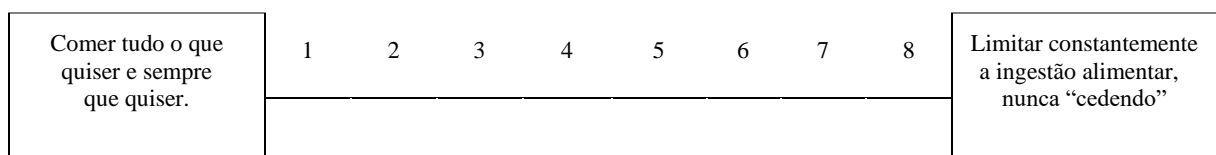
Somente nos horários das refeições

Às vezes entre as refeições

Frequentemente entre as refeições

Quase sempre

21. Em uma escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?



ANEXO 5 - BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ

Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos
Body Shape Questionnaire - BSQ
Questionário Sobre a Forma Do Corpo

Responda as questões abaixo sobre como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas.

1. Sentir-se entediado (a) faz você preocupar-se com a forma física?
 1–Nunca
 2–Raramente
 3–Às vezes
 4–Frequentemente
 5–Muito frequentemente
 6–Sempre

2. Sua preocupação com a forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?
 1–Nunca
 2–Raramente
 3–Às vezes
 4–Frequentemente
 5–Muito frequentemente
 6–Sempre

3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do corpo?
 1–Nunca
 2–Raramente
 3–Às vezes
 4–Frequentemente
 5–Muito frequentemente
 6–Sempre

4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?
 1–Nunca
 2–Raramente
 3–Às vezes
 4–Frequentemente
 5–Muito frequentemente

6-Sempre

5. Você anda preocupado (a) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir estomago cheio, você se preocupa em ter engordado?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

7. Você se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

9. Estar com pessoas magras do mesmo gênero que você faz você reparar em sua forma física?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo gênero que o seu, e ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

14. Ao estar nua (nu), por exemplo ao tomar banho, você se sente gorda (o)?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com a sua forma física?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?
- 1–Nunca
- 2–Raramente
- 3–Às vezes
- 4–Frequentemente
- 5–Muito frequentemente
- 6–Sempre
19. Você se sente muito grande e arredondado?
- 1–Nunca
- 2–Raramente
- 3–Às vezes
- 4–Frequentemente
- 5–Muito frequentemente
- 6–Sempre
20. Você sente vergonha do seu corpo?
- 1–Nunca
- 2–Raramente
- 3–Às vezes
- 4–Frequentemente
- 5–Muito frequentemente
- 6–Sempre
21. A preocupação com sua forma física a (o) leva a fazer dieta?
- 1–Nunca
- 2–Raramente
- 3–Às vezes
- 4–Frequentemente
- 5–Muito frequentemente
- 6–Sempre
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?
- 1–Nunca
- 2–Raramente
- 3–Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

23. Você acredita que a sua forma física se deva a sua falta de controle?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estomago?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo gênero que o seu sejam mais magras que você?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?

1-Nunca

2-Raramente

3-Às vezes

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

6-Sempre

27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco do ônibus)?
- 1–Nunca
 - 2–Raramente
 - 3–Às vezes
 - 4–Frequentemente
 - 5–Muito frequentemente
 - 6–Sempre
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?
- 1–Nunca
 - 2–Raramente
 - 3–Às vezes
 - 4–Frequentemente
 - 5–Muito frequentemente
 - 6–Sempre
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?
- 1–Nunca
 - 2–Raramente
 - 3–Às vezes
 - 4–Frequentemente
 - 5–Muito frequentemente
 - 6–Sempre
30. Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura?
- 1–Nunca
 - 2–Raramente
 - 3–Às vezes
 - 4–Frequentemente
 - 5–Muito frequentemente
 - 6–Sempre
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?
- 1–Nunca
 - 2–Raramente

- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

32. Você já tomou laxante para se sentir mais magra (o)?

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

ANEXO 6 - ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD, SORENSEN E SCHULSINGER (1983).

