



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

DYENNE CRISTINA DA SILVA MOURA
MICHELE MAYUMI FARIAS SATO

**RELAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE COM O ESTADO NUTRICIONAL E APOIO
FAMILIAR EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Belém-Pará

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

DYENNE CRISTINA DA SILVA MOURA
MICHELLE MAYUMI FARIAS SATO

**RELAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE COM O ESTADO NUTRICIONAL E APOIO
FAMILIAR EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição, da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito parcial à obtenção do título bacharel em nutrição.

Orientadora:

Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes;

Co-orientadora:

Profa. Dra. Liliane Maria Messias Machado.

Belém–Pará

2018

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

M929r Moura, Dyenne Cristina da Silva
 Relação do nível de ansiedade com o estado nutricional e apoio familiar em
mulheres submetidas à cirurgia bariátrica / Dyenne Cristina da Silva Moura, Michelle
Mayumi Farias Sato. — 2018
 51 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Nutrição, Instituto
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes
Coorientação: Profa. Dra. Liliane Maria Messias
Machado.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Ansiedade. 3. Obesidade. I. Sato, Michelle Mayumi Farias.
II. Gomes, Daniela Lopes, *orient.* III. Título

DYENNE CRISTINA DA SILVA MOURA
MICHELLE MAYUMI FARIAS SATO

**RELAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE COM O ESTADO NUTRICIONAL E APOIO
FAMILIAR EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, pela Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes e co-orientado pela Profa. Dra. Liliane Maria Messias Machado.

Banca Examinadora:

Presidente/Orientadora: Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes
Instituição: Faculdade de Nutrição - ICS/UFPA.

Membro Titular: Profa. *Esp.* Nadja Lobato da Silva
Instituição: Faculdade de Nutrição - ICS/UFPA.

Membro Titular: Prof. Dr. Antônio José de Oliveira Castro
Instituição: Faculdade de Nutrição - ICS/UFPA.

Membro Suplente: Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá
Instituição: Faculdade de Nutrição - ICS/UFPA.

Data da aprovação: 11/07/2018

Dyenne

“Por isso mesmo – pelo amor, fê e luz – tenho absoluta certeza que tudo vai dar certo” (Caio Fernando Abreu)

Michelle

“Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu; tempo de chorar, tempo de rir, tempo de prantear e tempo de saltar; há tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de colher o que se plantou” (Eclesiastes 3)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois até aqui o Senhor me ajudou e permanece fiel quanto às promessas em minha vida, sem a Sua permissão esse sonho não seria possível.

À minha amada família, em especial aos meus pais, Ulysses e Lucirene, que foram meus maiores incentivadores e não mediram esforços para me apoiar em todos os momentos. Aos meus irmãos, Diogo e Diego, que sempre torceram e acreditaram no meu potencial. O amor de vocês me manteve firme para prosseguir e fechar esse ciclo com sucesso.

À minha orientadora, Daniela Gomes, pela toda paciência, dedicação e ensinamento. Ao abrir as portas do ANCIB proporcionou imensa experiência e vivência como acadêmica.

À minha co-orientadora, Liliane Machado, que transborda alegria e gentileza, e esteve em muitos momentos da graduação, além de contribuir imensamente nessa fase final.

À minha dupla e amiga Michelle Sato, que desde o primeiro dia na universidade esteve ao meu lado, sendo fundamental nessa caminhada que percorremos onde por vezes não foi fácil, mas a amizade construída a cada dia foi combustível e tornou tudo mais leve.

Às amigas, parceiras e cúmplices, Mylene Maciel e Tuanny Melo, uma amizade cujos princípios sempre foram ajudar uma a outra, crescer juntas, ser apoio nos momentos ruins e compartilhar os momentos bons.

À toda minha turma, 2014.4, que por vezes não permaneceu tão unida quanto deveria, mas, compartilhou comigo dias incríveis na graduação, sem dúvidas cada um teve sua participação especial, ajudando de forma direta ou indireta.

À todos os professores, que foram fonte de conhecimento e imensa inspiração como profissionais e seres humanos.

Dyenne Moura

AGRADECIMENTOS

À Deus sou grata todos os dias de minha vida pelas conquistas, pela saúde e pela sabedoria nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Ao meu companheiro Elder Júnior por estar sempre ao meu lado, enxugando minhas lágrimas e me oferecendo seu ombro nos momentos de fraqueza e fazendo sempre o possível para me ver sorrir.

À minha família, minha base, a qual sempre me apoiou e que mesmo com a distância se fez presente, incentivando-me a prosseguir, em especial à minha tia Ronísia Farias, minha mãe Rosa Farias e meu Avô Manoel Xavier.

Agradeço profundamente à minha avó Rocila Farias, que foi quem me motivou a sempre estudar e nunca desistir dos meus sonhos e a qual com lágrimas relembro por não estar mais entre nós, dedico esta vitória com muito orgulho.

À minha orientadora Daniela Gomes, uma pessoa maravilhosa e fonte de inspiração que Deus colocou em minha vida, obrigada por toda a ajuda e dedicação.

À minha Co-orientadora Liliane Messias, a qual me acompanhou por um longo período nessa jornada e que com seu jeito doce e sorridente sempre me ajudou.

À minha amiga e dupla de TCC Dyenne Moura, por toda a parceria, paciência, amizade, palavras de conforto em meio à angústias, levarei sempre em meu coração.

Às minhas amigas Mylene Maciel e Tuanny Melo, companheiras de trabalho e de estudo, com certeza se tornaram irmãs de coração, obrigada por tornarem meus dias mais coloridos e doces.

Ao projeto ANCIB, o qual me proporcionou grandes aprendizados, foi uma experiência gratificante.

Aos meus professores, essenciais na minha formação e que foram luz na jornada acadêmica.

Gratidão!

Michelle Sato

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIações

ABCD – Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade.

ACP – Análise dos Componentes Principais.

ANCIB – Acompanhamento Nutricional em Cirurgia Bariátrica.

CB – Cirurgia Bariátrica

DSM – IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

IMC – Índice de Massa Corporal.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela I - Características sociodemográficas, comportamentais e estilo de vida de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Tabela II - Apoio familiar, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Tabela III – Associação entre o apoio familiar, comportamento alimentar, IMC e nível de ansiedade de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Tabela IV - Análise de componentes principais com seus respectivos autovalores e matriz de autovalores para as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de apoio familiar e de ansiedade que melhor explicam a presença de obesidade em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre os níveis de ansiedade, o estado nutricional e o apoio familiar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica (CB) após 24 meses. Trata-se de um estudo clínico-transversal, descritivo e analítico com amostragem não probabilística por conveniência de 18 mulheres submetidas à CB à 24 meses ou mais, por meio das técnicas cirúrgicas de *Bypass Gástrico* ou *Sleeve*, atendidas no projeto de extensão “Acompanhamento Nutricional em Cirurgia Bariátrica” (ANCIB). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA (CAAE 59781416.0.0000.0018) e todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram coletadas informações sobre as características sociodemográficas, antropométricas, comportamento alimentar, grau e satisfação com o apoio familiar no pós-operatório. Para a análise estatística dos dados foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e correlação de Pearson. Na análise dos componentes principais foi utilizado o software BIOESTAT v. 5.3, sendo aplicada a técnica Multivariada Exploratória de Análise de Componentes Principais (ACP). Relataram ter apoio familiar 14 pacientes (77,8%). Quanto à satisfação com o apoio familiar, 11 (61,1%) disseram estar muito satisfeitas. Segundo o IMC atual, 14 participantes (77,8%) foram classificadas com obesidade grau I. A ansiedade grave foi observada em 10 (55,6%) das pacientes e a ansiedade moderada em 8 (44,4%). As entrevistadas descreveram a sua relação com a comida, onde 11 (61,1%) classificaram como uma relação boa. O sentimento de culpa após as refeições foi referido por 7 (38,9%) participantes. Houve correlação significativa, moderada e inversa da ansiedade com o apoio familiar no período pós-cirúrgico, de forma que, quanto maior a ansiedade, menor foi o apoio familiar após a cirurgia. Não foi detectada diferença estatística significativa entre os grupos de ansiedade e o IMC, bem como não foi encontrada correlação entre estas variáveis. No entanto, observou-se maior frequência de ansiedade grave em mulheres com obesidade. Na análise de componentes principais, a primeira componente teve como variáveis mais importantes a prática de atividade física, relação com a comida, grau de satisfação com o apoio familiar e grau de escolaridade, explicando 34,07% das variâncias dos dados. Já a segunda componente teve como variáveis mais importantes a culpa por comer, ansiedade, apoio familiar e renda, explicando 18,91% das variâncias. Foi possível observar a fundamental importância do apoio familiar após a CB, pois está correlacionado inversamente à ansiedade, e presente em todas as pacientes do estudo, apresentando-se em nível grave em mulheres obesas. Os principais fatores identificados que explicam 78,19% da presença da obesidade foram atividade física, sentimento de culpa após as refeições e escolaridade, com os dois últimos de correlação inversa e proporcional.

Palavra-chave: Cirurgia bariátrica, ansiedade, obesidade.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the relationship of anxiety levels with nutritional status and family support of women undergoing bariatric surgery after 24 months of bariatric surgery. This is a cross-sectional, descriptive and analytical study with convenience non-probabilistic sampling of 18 women who underwent bariatric surgery (BC) 24 months ago or more, using Gastric Bypass or Sleeve Bypass techniques, attended by the extension project entitled "Nutritional Monitoring in Bariatric Surgery" (NMBS). The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Institute of Health Sciences / UFPA (CAAE 59781416.0.0000.0018) and all the patients signed the Informed Consent Term. Information on sociodemographic parameters, anthropometric characteristics, eating behavior, degree and satisfaction with family support in the postoperative period were collected. For the statistical analysis of the data were used the Kruskal-Wallis, Mann-Whitney and Pearson correlation tests. In the analysis of the main components, the BIOESTAT v. 5.3, and the Exploratory Multivariate Principal Components Analysis (PCA) technique was applied. Reported having full family support 14 patients (77.8%). Regarding to satisfaction with family support, 11 (61.1%) patients were very satisfied. According to the current BMI, 14 participants (77.8%) were classified as grade I obesity. Severe anxiety was observed in 10 (55.6%) patients and moderate anxiety in 8 (44.4%). The interviewees described their relationship with food, where 11 (61.1%) classified it as a good relation. The feeling of guilt after meals was reported by 7 (38.9%) participants. There was a significant, moderate and inverse correlation of anxiety with family support in the postoperative period, so that the higher the anxiety, the lower the family support after the surgery. No significant statistical difference was detected between the anxiety and BMI groups, as well as no correlation between these variables. However, a higher frequency of severe anxiety was observed in obese women. In the analysis of main components, the first component had as the most important variables: physical activity, food relationship, satisfaction with family support and educational level, explaining 34.07% of the data variances. On the other hand, the second component had the most important variables of guilt for eating, anxiety, family support and income, accounting for 18.91% of the variances. It was possible to observe the fundamental importance of family support after BC, because it is inversely correlated with anxiety, being present in all the patients of the study, and at serious level in obese women. The main factors that explain 78.19% of the presence of obesity were physical activity, feelings of guilt after meals and schooling, being these lasting two, inversely and proportionally correlated.

Keywords: Bariatric surgery, anxiety, obesity.

SUMÁRIO

RESUMO	08
ABSTRACT	09
APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 MATERIAL E MÉTODOS	15
REFERÊNCIAS	18
4 ARTIGO CIENTÍFICO	20
APÊNDICES	34
ANEXOS	43

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado “Relação do nível de ansiedade com o estado nutricional e apoio familiar em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica” está estruturado para apresentação em formato de artigo científico e a sua redação obedece às orientações definidas pela Revista: Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, em conformidade com as instruções aos autores para a preparação dos manuscritos (<http://www.scielo.br/revistas/abcd/pinstruc.htm>). A partir da página nº 19 toda a formatação segue a orientação das revistas escolhidas para o encaminhamento do manuscrito.

Prof.^a Dra. Daniela Lopes Gomes
(Orientadora)

1 INTRODUÇÃO

Descrita como uma doença crônica e caracterizada por adiposidade excessiva a obesidade é considerada uma epidemia mundial (SOUSA et al., 2010). O tratamento inicial da obesidade se dá com a adoção de mudanças no estilo de vida, sendo este um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade. O tratamento cirúrgico é um recurso eficaz nos casos de obesidade grave, cujo qual proporciona aos pacientes um menor índice de mortalidade e melhora nas complicações associadas (ABESO, 2016).

De acordo com o Consenso Bariátrico estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2008), as cirurgias bariátricas, independentemente da técnica a ser empregada, estão indicadas quanto ao IMC: > 40 kg/m², sem a presença de comorbidades, e entre 35 e 40 kg/m² quando houver presença de comorbidades.

A realização da cirurgia bariátrica (CB) tem tornado-se mais frequente a nível mundial, em virtude do aumento na prevalência de obesidade e por se tratar de técnicas que oferecem resultados clínicos satisfatórios aos pacientes (SBCBM, 2017). Além da perda de peso significativa, a CB auxilia no tratamento das comorbidades associadas ao excesso de peso, como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias entre outras (MECHANICK et al., 2013).

Apesar dos benefícios citados, a CB pode predispor o indivíduo a alterações psicológicas, sendo as mais comuns a ansiedade e a depressão. Os distúrbios psicológicos podem ser explicados pelas diversas tentativas frustradas para perda de peso, acompanhado das dificuldades no controle do comportamento alimentar enfrentados pelos pacientes, bem como a insatisfação com sua imagem corporal (MOTA et al., 2014).

A ansiedade é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes, variando de 15 a 25% na população geral (KAPLAN; SADOCK, 2007) e é definida, de acordo com DSM-IV (2002), como uma preocupação excessiva e deve estar presente na maioria dos dias da semana por pelo menos seis meses.

O comportamento alimentar é um fator relevante no pós-operatório de CB, pois se o paciente mantiver comportamentos prejudiciais à saúde como a compulsão alimentar, o ato de beliscar alimentos e/ou descontar emoções na comida, pode ocorrer a reincidência de peso e piora do controle metabólico. O sentimento de culpa e

tristeza profunda após a emissão de comportamentos alimentares inadequados podem levar a transtornos alimentares, e o envolvimento da família tem fundamental importância, pois o apoio familiar após a CB ajudará no alcance dos objetivos (BENEDETTI, 2009; MATOS et al., 2017). Nesse sentido, a inclusão dos familiares neste processo pode ampliar o entendimento dos sintomas e modificar costumes e padrões pré-estabelecidos (COBELO; SAIKALI; SHOMER, 2004), o que é importante para a adequação de comportamentos alimentares ao estilo de vida saudável que deve ser adotado no pós-operatório de CB.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre os níveis de ansiedade, o estado nutricional e o apoio familiar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 24 meses.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a relação dos níveis de ansiedade com o estado nutricional e o apoio familiar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

2.2 Específicos

- Descrever os aspectos sociodemográficos das pacientes;
- Classificar o estado nutricional;
- Analisar o apoio familiar e o grau de satisfação com este apoio;
- Verificar os níveis de ansiedade e satisfação com o corpo;
- Descrever aspectos relevantes do comportamento alimentar;
- Identificar, dentre as variáveis do estudo, qual(is) melhor explicam a presença de obesidade nas pacientes avaliadas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico-transversal, descritivo e analítico com amostragem não probabilística por conveniência com 18 mulheres que realizaram CB, por meio das técnicas cirúrgicas de *Bypass* Gástrico ou *Sleeve*, por serem as mais utilizadas no Brasil (SBCBM, 2017). A captação de pacientes se deu por meio de sites, materiais impressos e redes sociais. As pacientes procuraram voluntariamente pelo projeto de extensão denominado “Acompanhamento Nutricional em Cirurgia Bariátrica” (ANCIB).

Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, do sexo masculino, com menos de 24 meses de pós-operatório e que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas na pesquisa pacientes do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos e que tivessem 24 meses ou mais de pós-operatório de CB. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA (CAAE 59781416.0.0000.0018), cumprindo as exigências legais das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e todas as pacientes assinaram o TCLE..

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2017 à fevereiro de 2018, por meio de entrevista com as pacientes no momento das consultas nutricionais previamente agendadas, que ocorreram no Laboratório de Patologia da Nutrição localizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Foram coletadas informações sobre as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade), antropométricas (peso atual, altura e IMC), comportamento alimentar (aspectos sobre relação com a comida, sentimento de culpa após as refeições e hábito de beliscar ao longo do dia) e grau e satisfação com o apoio familiar no pós-operatório (Questionário de percepção com o apoio familiar adaptado de LIMA, 2012).

O peso e altura dos pacientes foram obtidos por meio de balança mecânica, da marca Welmy[®], com estadiômetro acoplado, tendo capacidade de 300 kg e precisão de 50 g e o estadiômetro com comprimento máximo de 2 metros, com precisão de 0,5 cm. Durante a aferição do peso corporal, os pacientes estiveram descalços e com roupas leves. A altura foi aferida com o paciente em posição ereta e braços relaxados junto ao corpo, pés unidos e olhando para o horizonte. A partir

desses dados coletados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), obtendo-se a classificação do estado nutricional de acordo com os critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995).

O comportamento alimentar foi analisado por meio do prontuário utilizado no projeto extensão, com perguntas abertas e fechadas: “Como você definiria sua relação com a comida?” Opções de respostas: boa/regular/péssima; “Possui algum sentimento de culpa após as refeições?” Opções de respostas: sim/não/algumas vezes e “Possui ou já possuiu o hábito de beliscar ao longo do dia?” Opções de respostas: sim/não/algumas vezes.

O apoio familiar foi caracterizado por meio do questionário de percepção do apoio familiar (ANEXO A), sendo utilizadas neste estudo apenas as 2 perguntas sobre o apoio familiar após a cirurgia. Tais perguntas abordavam o grau de apoio familiar (Não apoiam; Não dificultam nem apoiam; Apoiam parcialmente e Apoiam completamente) e a satisfação do paciente com o apoio recebido (Muito insatisfeito, Nem satisfeito nem insatisfeito, Parcialmente satisfeito, Muito satisfeito), respectivamente.

Para a análise estatística dos componentes principais foi utilizado o software BIOESTAT v. 5.3, sendo aplicada a técnica Multivariada Exploratória de Análise de Componentes Principais (ACP). Os principais objetivos da ACP são: reduzir o número de variáveis originais e verificar quais componentes principais explicam uma proporção elevada da variação total associada ao conjunto original (FÁVERO et al., 2009).

Por meio desta técnica, é possível indicar a significância relativa de variáveis preditivas. Quando o número destas variáveis, em um conjunto de dados, é muito grande podem surgir, pela análise de regressão múltipla, coeficientes irracionais, dificultando uma acurada identificação da importância das mesmas (AYRES et al., 2007).

Trata-se, portanto, de um teste interpretativo, o qual consiste em examinar um grupo de k variáveis correlacionadas, transformando-as em outro conjunto de variáveis não correlacionadas e independentes, dispostas em combinações lineares e em ordem decrescente de importância através de índices designados de Z_p , de tal maneira que a variância $\text{var}(Z_1) \geq \text{variância } \text{var}(Z_2) \geq \text{variância } \text{var}(Z_3) \geq \dots \geq \text{variância } \text{var}(Z_p)$ (AYRES et al., 2007).

A ACP inicia-se com o cálculo dos autovalores e, posteriormente, dos autovetores da matriz de variâncias-covariâncias ou de uma matriz de coeficientes de correlação entre variáveis. De sorte que, a maior porcentagem de variabilidade total, corresponderá ao primeiro autovalor encontrado (FÁVERO et al., 2009).

O número de componentes principais analisados foi decidido a partir da porcentagem de variância explicada pelos autovalores. Comumente é aceito um valor maior ou igual a 70% de explicação (FÁVERO et al., 2009).

Por meio desta análise, foi possível identificar quais das variáveis analisadas (demográficas, social, econômica, comportamental, apoio familiar e ansiedade) se relacionam melhor com a presença de obesidade (OMS, 1995 Lipschitz, 1994) nesta amostra.

Foi utilizado o programa SPSS versão 20.0 para a realização das análises descritivas (medidas de tendência central, medidas de dispersão e distribuição de frequências). Além disso, foram realizados os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para verificação de diferença estatística significativa entre as variáveis do estudo; e o teste de Correlação de Spearman, para verificação de correlação entre as variáveis do estudo. O nível de significância foi a 5%.

Os resultados deste Trabalho de Conclusão de Curso serão apresentados em formato de artigo científico, segundo as normas da revista Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva (ABCD), que apresenta qualis B1 segundo a última atualização da plataforma Sucupira. As normas deste periódico estão em anexo neste trabalho (ANEXO B).

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **Diretrizes Brasileira de Obesidade**; 4° ed., p. 163-164, 2016.
- AYRES M., AYRES JUNIOR M., AYRES D.L., et al. **Bioestat 5.0 - Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. ONG Mamiraua, p. 364, Belém-PA, 2007.
- BENEDETTI, C. Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. In: Ximenes E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. Santos, 1°ed., cap. 11, p.79-89, 2009.
- COBELO, A. W.; SAIKALI, M. O.; SCHOMER, E. Z. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. **Rev. psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 184-187, 2004.
- DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artmed, 4°ed., 2002.
- FÁVERO, L.P., BELFIORE P., SILVA F. L., et al. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro, Campus-Elsevier, 2009.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre, Artmed, 9° ed., 2007.
- LIMA, L. S. **Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Prim Care. 1994; 21:55-67.
- MATOS, CRISTIANE S.; PAULA, LUIZA A.; FIGUEIREDO, MARIA D.; Comportamento alimentar e fatores emocionais em pacientes pós-cirurgia bariátrica. **Programa de Apoio à Iniciação Científica – PAIN**, 2016-2017.
- MECHANICK, J.I., YODIM A, JONES D. B., et al. **Clinical Practice Guidelines for the Perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the Bariatric Surgery Patient – 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric surgery (AAACE/TOS/ASMBS Guidelines)**. Endocrine Practice 2013; 19(2).
- MOTA, D. C. L.; COSTA, T. M. B.; ALMEIDA, S. S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo. Vol. 16. Num. 3. 2014. p. 100-113.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995.
- SOUSA T. F., NAHAS, M.V., SILVA D. A. S., et al. Fatores associados à obesidade central em adultos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2010; 14(2): 296-309.
- SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Consenso Bariátrico (2008). Disponível em: < http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php >. Acesso em: 18 de fev. 2018.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Técnicas Cirúrgicas. 2017. Disponível em: <[https:// www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/#1508950079023-d8a0025b-4492](https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/#1508950079023-d8a0025b-4492)>. Acesso em: 27 de Mai. 2018.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO ARQUIVO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA (ABCD)

Relação do nível de ansiedade com o estado nutricional e apoio familiar em
mulheres submetidas à cirurgia bariátrica

RELATIONSHIP OF ANXIETY LEVEL WITH NUTRITIONAL STATUS AND FAMILY
SUPPORT IN WOMEN SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY

Trabalho realizado no Laboratório de Patologia
da Nutrição no Hospital Universitário João de
Barros Barreto, da Universidade Federal do
Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil.

Autores:

Dyenne Cristina da Silva Moura¹;
Michelle Mayumi Farias Sato¹;
Liliane Maria Messias Machado²;
Daniela Lopes Gomes³

Identificação dos Autores:

¹Discentes do Curso de Graduação em Nutrição – Universidade Federal do Pará
(UFPA);

²Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Brasília.
Prof^a Adjunta - Universidade Federal do Pará (UFPA).

³Nutricionista. Doutora em Nutrição Humana pela Universidade Federal de Brasília.
Prof^a Adjunta - Universidade Federal do Pará (UFPA).

Autor correspondente:

✉ Michelle Mayumi Farias Sato

Rua Dr. Américo Santa Rosa, 571, São Brás, Belém-PA. CEP 66090-230

Fone: (91) 991222747

E-mail: michellesato25@gmail.com

RESUMO

Racional - O sentimento de culpa e tristeza profunda após a emissão de comportamentos alimentares inadequados podem levar a transtornos alimentares e o envolvimento da família tem fundamental importância, pois o apoio familiar após a cirurgia ajudará no alcance dos objetivos. **Objetivo** - analisar a relação entre os níveis de ansiedade, o estado nutricional e o apoio familiar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 24 meses. **Métodos** - Foram coletadas informações sobre as características sociodemográficas, antropométricas, comportamento alimentar, grau e satisfação com o apoio familiar no pós-operatório de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 24 meses ou mais. **Resultados** - 77,8% relataram ter total apoio familiar. Quanto à satisfação com o apoio familiar, 61,1% disseram estar muito satisfeitas. Segundo o índice de massa corporal atual, 77,8% foram classificadas com obesidade grau I. A ansiedade grave foi observada em 55,6% das pacientes e a ansiedade moderada em 44,4%. As entrevistadas descreveram a sua relação com a comida, onde 61,1% classificaram como uma relação boa. O sentimento de culpa após as refeições foi referido por 38,9% participantes. Houve correlação significativa, moderada e inversa da ansiedade com o apoio familiar no período pós-cirúrgico. Observou-se maior frequência de ansiedade grave em mulheres com obesidade. Na análise de componentes principais, a primeira componente teve como variáveis mais importantes a prática de atividade física, relação com a comida, grau de satisfação com o apoio familiar e grau de escolaridade, explicando 34,07% das variâncias dos dados. **Conclusão** - Foi possível observar a importância do apoio familiar após a cirurgia bariátrica, pois está correlacionado inversamente à ansiedade, e presente em todas as pacientes do estudo, apresentando-se grave em mulheres obesas. O sentimento de ansiedade também é capaz de intervir no comportamento alimentar do bariátrico, uma vez que houve culpa após as refeições.

Descritores: Cirurgia bariátrica, comportamento alimentar, ansiedade, obesidade.

ABSTRACT

Background - Feeling guilty and deep sadness after inappropriate eating behaviors can lead to eating disorders and family involvement is of fundamental importance because family support after surgery will help achieve the goals. **Aim** - to analyze the relationship between anxiety levels and nutritional status and family support of women undergoing bariatric surgery after 24 months of bariatric surgery. **Method** - Data on sociodemographic, anthropometric characteristics, eating behavior, degree and satisfaction with family support in the postoperative period of women submitted to bariatric surgery after 24 months or more were collected. **Results** - 77.8% reported having full family support. Regarding satisfaction with family support, 61.1% said they were very satisfied. According to the current body mass index, 77.8% were classified as grade I obesity. Severe anxiety was observed in 55.6% of the patients and moderate anxiety in 44.4%. The interviewees described their relationship with food, where 61.1% classified it as a good relation. The feeling of guilt after meals was reported by 38.9% participants. There was a significant, moderate and inverse correlation of anxiety with family support in the postoperative period. There was a higher frequency of severe anxiety in obese women. In the analysis of main components, the first component had the most important variables: physical activity, food relationship, satisfaction with family support and educational level, explaining 34.07% of the data variances. **Conclusion:** It was possible to observe the importance of family support after bariatric surgery, since it is inversely correlated with anxiety, being present in all the patients of the study, presenting severe in obese women. The feeling of anxiety is also able to intervene in the eating behavior of the bariatric since there was guilt after meals.

Headings: Bariatric surgery, eating behavior, anxiety, obesity.

INTRODUÇÃO

Descrita como uma doença crônica e caracterizada por adiposidade excessiva a obesidade é considerada uma epidemia mundial²⁷. O tratamento inicial da obesidade se dá com a adoção de mudanças no estilo de vida, sendo este um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade. O tratamento cirúrgico é um recurso eficaz nos casos de obesidade grave, cujo qual proporciona aos pacientes um menor índice de mortalidade e melhora nas complicações associadas¹.

Apesar dos benefícios citados, a CB pode predispor o indivíduo a alterações psicológicas, sendo as mais comuns a ansiedade e a depressão. Os distúrbios psicológicos podem ser explicados pelas diversas tentativas frustradas para perda de peso, acompanhado das dificuldades no controle do comportamento alimentar enfrentadas pelos pacientes, bem como a insatisfação com sua imagem corporal²¹.

A ansiedade é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes, variando de 15 a 25% na população geral¹² e é definida, de acordo com DSM-IV⁹, como uma preocupação excessiva e deve estar presente na maioria dos dias da semana por pelo menos seis meses.

O comportamento alimentar é um fator relevante no pós-operatório de CB, pois se o paciente mantiver comportamentos prejudiciais à saúde como a compulsão alimentar, o ato de beliscar alimentos e/ou descontar emoções na comida, pode ocorrer a reincidência de peso e piora do controle metabólico. O sentimento de culpa e tristeza profunda após a emissão de comportamentos alimentares inadequados podem levar a transtornos alimentares, e o envolvimento da família tem fundamental importância, pois o apoio familiar após a cirurgia ajudará no alcance dos objetivos^{4,19}. Nesse sentido, a inclusão dos familiares neste processo pode ampliar o entendimento dos sintomas e modificar costumes e padrões pré-estabelecidos⁸.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre os níveis de ansiedade, o estado nutricional e o apoio familiar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica após 24 meses.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico-transversal, descritivo e analítico com amostragem não probabilística por conveniência com 18 pacientes do sexo feminino que realizaram CB seguindo as técnicas Bypass Gástrico ou Sleeve com mais de 2 anos de pós-operatório, participantes do projeto de extensão denominado "Acompanhamento Nutricional em Cirurgia Bariátrica" (ANCIB). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA (CAAE 59781416.0.0000.0018), cumprindo as exigências legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2017 à fevereiro de 2018, por meio de entrevista aos pacientes no momento das consultas nutricionais previamente agendadas, que ocorreram no Laboratório de Patologia da Nutrição localizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto, onde se obtiveram informações sobre características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade); antropométricas (peso atual, altura e IMC); comportamento alimentar (através do prontuário de atendimento) e grau e satisfação com o apoio familiar no pós-operatório (Questionário de percepção com o apoio familiar).

Os dados antropométricos coletados foram os referentes às medidas de peso e estatura aferidas segundo técnicas e instrumentos preconizados, procedeu-se ao cálculo do Índice de Massa Corpórea e classificação do estado nutricional, conforme pontos de corte da Organização Mundial de Saúde²².

O comportamento alimentar foi identificado através do prontuário com perguntas abertas e fechadas sobre sentimento de culpa após as refeições, beliscos durante o dia.

O apoio familiar foi observado através do questionário de Lima¹⁵, foram utilizadas as últimas 2 perguntas (3 e 4), as quais eram relacionadas com o apoio familiar pós cirúrgico.

Foi utilizado o programa SPSS versão 20 para realização dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, com significância à 5%. Para a análise estatística dos componentes principais foi utilizado o software BIOESTAT 5.3, sendo aplicada a técnica Multivariada Exploratória de Análise de Componentes Principais (ACP).

RESULTADOS

A tabela I demonstra que, das 18 pacientes avaliadas, a maioria tinha idade igual ou maior que 40 anos (55,6%; n=10), eram casadas (61,1%; n= 11), não possuíam o ensino superior completo (72,2%; n= 13), possuíam renda entre 3 e 6 salários mínimos (44,4%; n=8), não eram etilistas (66.7%; n=12) nem tabagistas (94,4%; n= 17) e praticam atividade física (55,6%; n= 10).

Tabela I - Características sociodemográficas, comportamentais e estilo de vida de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Parâmetros	N	%	
Idade	<40 anos	8	44.4
	≥ 40 anos	10	55.6
Estado civil	Solteira	7	38.9
	Casada	11	61.1
Escolaridade	<ESC	13	72.2
	≥ ESC	5	27.8
Renda	Até1 SM	3	16.7
	1 3 SM	5	27.8
	3 6 SM	8	44.4
	6 9 SM	2	11.1
Etilismo	Sim	6	33.3
	Não	12	66.7
Tabagismo	Sim	1	5.6
	Não	17	94.4
Prática de Atividade física	Sim	10	55.6
	Não	8	44.4

Nota: ESC (Ensino Superior Completo); SM (Salário Mínimo).

Na tabela II estão descritos o grau e a satisfação com o apoio familiar após a cirurgia, onde 14 pacientes (77,8%) relataram ter total apoio familiar. Quanto à satisfação com o apoio familiar, 11 (61,1%) disseram estar muito satisfeitas. Segundo o IMC atual, 14 participantes (77,8%) foram classificadas com obesidade ≤ grau I. Quando questionadas sobre a satisfação com a imagem corporal, 14 (77,8%) pacientes relataram não estarem satisfeitas após a cirurgia.

A ansiedade grave foi observada em 10 (55,6%) das pacientes e a ansiedade moderada em 8 (44,4%). As entrevistadas descreveram a sua relação com a comida, onde 11 (61,1%) classificaram como uma relação boa. O sentimento de culpa após as refeições foi referido por 7 (38,9%) participantes. O ato de “beliscar” foi mencionado por 11 (61,1%) pacientes.

Tabela II – Apoio familiar, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

	Parâmetros	n	%
Apoio familiar pós cirurgia	Não dificultam nem apoiam	3	16.7
	Me apoiam parcialmente	1	5.6
	Me apoiam completamente	14	77.8
Grau de satisfação com o apoio familiar	Estou muito insatisfeito	1	5.6
	Não estou satisfeito nem insatisfeito	2	11.1
	Estou um pouco satisfeito	4	22.2
IMC atual	Estou muito satisfeito	11	61.1
	Eutrofia	2	11.1
	Sobrepeso	2	11.1
Satisfação com corpo	Obesidade (\leq grau I)	14	77.8
	Sim	4	22.2
	Não	14	77.8
Ansiedade	Moderada	8	44.4
	Grave	10	55.6
Relação com a comida	Boa	11	61.1
	Regular	6	33.3
	Péssima	1	5.6
Sentimento de culpa após a realização das refeições	Sim	7	38.9
	Não	6	33.3
	Às vezes	5	27.8
Consumo de lanches extras (beliscos)	Sim	11	61.1
	Não	1	5.6
	Às vezes	6	33.3

Na tabela III foram descritas a relação de apoio familiar após a cirurgia bariátrica e o estado de ansiedade. Todas as voluntárias apresentaram algum grau de ansiedade, classificadas como moderada ou grave, tendo os parâmetros e suas categorias relacionadas com sua ocorrência.

Quando se testou a relação entre a ansiedade e o apoio familiar após a cirurgia bariátrica, verificou-se que não houve diferença estatística significativa. Das entrevistadas classificadas com ansiedade moderada, 8 (100%) referiram que a família apoiou completamente o procedimento cirúrgico, já dentre as classificadas com ansiedade grave, apenas 6 (60%) relataram que receberam total apoio familiar. Houve correlação significativa, moderada e inversa da ansiedade com o apoio familiar no período pós-cirúrgico, de forma que, quanto maior a ansiedade, menor foi o apoio familiar após a cirurgia.

Ao testar a relação entre o nível de ansiedade e o grau de satisfação das pacientes com o apoio familiar, não se encontrou diferença estatística significativa nem houve correlação entre estas variáveis. No entanto, pode-se observar que 6 (75%) das participantes com ansiedade moderada e 5 (50%) com ansiedade grave estavam muito satisfeitas com o apoio da família. Da mesma forma, não se encontrou diferença estatística significativa entre o nível de ansiedade e a relação com a comida.

Entre as pessoas com ansiedade moderada, a maioria 7 (87,5%) referiram ter uma boa relação com a comida, e dentre as entrevistadas com ansiedade grave, metade (5) afirmaram ter uma relação regular com a comida, mas, ao se testar a correlação entre estas duas variáveis, pode-se verificar uma correlação moderada e

significativa direta e positiva, de forma que, um alto nível de ansiedade parece piorar a relação com a comida.

Quando se testou a relação entre a ansiedade e o sentimento de culpa após as refeições, não houve diferença estatística significativa entre os grupos de ansiedade e culpa, porém, pode-se observar que 6 (60%) das pessoas com ansiedade grave apresentavam sentimento de culpa após comer e dentre as pacientes com ansiedade moderada, 4 (50%) apresentavam às vezes o sentimento de culpa após comer.

Foi identificada uma correlação moderada, direta e significativa entre ansiedade e sentimento de culpa após as refeições, sugerindo que um maior nível de ansiedade pode potencializar o sentimento de culpa por comer. Não foi detectada diferença estatística significativa entre os grupos de ansiedade e o IMC, bem como não foi encontrada correlação entre estas variáveis. No entanto, observou-se maior frequência de ansiedade grave em mulheres com obesidade.

Tabela III – Associação entre o apoio familiar, comportamento alimentar e IMC com o nível de ansiedade de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Parâmetros		Ansiedade						
		Moderada		Grave		Valor de p	Correlação	
		n	%	n	%			r
Apoio familiar pós cirurgia	Não dificultam nem apoiam	0	0	3	30	0.128	-0.46	0.049
	Me apoiam parcialmente	0	0	1	10			
	Me apoiam completamente	8	100	6	60			
Grau de satisfação com o apoio familiar	Estou muito insatisfeito	1	12.5	0	0	0.271	-0.112	0.659
	Não estou satisfeito nem	0	0	2	20			
	insatisfeito	1	12.5	3	30			
	Estou um pouco satisfeito	6	75	5	50			
	Estou muito satisfeito							
Relação com a comida	Boa	7	87.5	4	40	0.116	0.478	0.045
	Regular	1	12.5	5	50			
	Péssima	0	0	1	10			
Sentimento de culpa após as refeições	Às vezes	4	50	1	10	0.074	0.538	0.021
	Não	3	37.5	3	30			
	Sim	1	12.5	6	60			
IMC atual	Eutrofia	0	0	2	20	0.128	0.063	0.803
	Sobrepeso	2	25	0	0			
	Obesidade	6	75	8	80			

Nota: Valor de **p** significativo quando menor que 5%; valor de p obtido por meio dos testes de Mann-Whitney e * Kruskal Wallis. Correlação de Person ($p < 0,05$ - resultado significativo).

A análise de componentes principais das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de apoio familiar e ansiedade das participantes com presença de obesidade, e seus respectivos autovalores e matriz de autovetores, estão apresentados na Tabela 4. Foram retidas quatro componentes que explicam 78,15% da informação contida nas variáveis. A primeira componente teve como variáveis mais importantes a prática de atividade física, relação com a

comida, satisfação com o apoio familiar e grau de escolaridade, explicando 34,07% das variâncias dos dados. Já a segunda componente teve como variáveis mais importantes a culpa por comer, ansiedade, apoio familiar e renda, explicando 18,91% das variâncias. A terceira componente explicou 13,95% das variâncias, tendo como variáveis de maior peso a culpa após as refeições, o apoio familiar e o estado civil. E a quarta componente explicou 11,22% da variância, sendo caracterizada pela variável idade.

Tabela IV – Análise de componentes principais com seus respectivos autovalores e matriz de autovalores para as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de apoio familiar e de ansiedade que melhor explicam a presença de obesidade em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Variáveis	Presença de Obesidade			
	Cargas dos Autovetores (Componente Principal)			
	1°	2°	3°	4°
Idade	0.2843	0.1898	-0.0975	-0.4188
Atividade física	0.4242	0.1496	-0.1569	-0.2226
Relação com a comida	-0.3705	-0.0532	-0.0825	-0.5518
Sentimento de culpa após as refeições	0.2587	0.4629	0.3062	0.3456
Ansiedade	-0.2819	-0.3821	0.0317	-0.0941
Grau de apoio familiar*	0.2936	-0.3603	0.4309	-0.2743
Satisfação com o apoio familiar*	0.3379	-0.2661	0.1175	0.3393
Estado civil	0.0482	-0.0064	-0.7973	0.1112
Escolaridade	-0.4136	-0.3367	0.0538	-0.2623
Renda	-0.2860	-0.5143	-0.1619	0.2659
Autovalores	3.4072	1.8908	1.3949	1.1218
% da Variância explicada	34.07	18.91	13.95	11.22
% da Variância acumulada explicada	34.07	52.98	66.93	78.15

Nota: para fins desta análise a amostra foi apenas de mulheres obesas (adultas obesas, idosas com excesso de peso), totalizando 14 pacientes. * pós cirurgia bariátrica.

O modelo apresentado na tabela IV explica 78,15% da variância acumulada para a ocorrência de obesidade. Por meio da análise de componentes principais, a primeira componente, que explica 34,07% da variância, mostrou a associação da atividade física, relação com a comida, satisfação com o apoio familiar após CB e escolaridade com a presença da obesidade, que foi o principal achado deste teste.

DISCUSSÃO

Neste estudo houve a participação apenas de mulheres, corroborando com pesquisas realizadas, visto que as mulheres são a maioria na busca do tratamento cirúrgico da obesidade e, quando comparadas aos homens, são mais preocupadas com a saúde. Também vale atribuir este achado à questão social, pois as mulheres são submetidas aos padrões de beleza que visam a perda de peso, sobretudo a valorização da magreza^{20,23,2}. A maioria das pacientes desse estudo possuíam mais de 40 anos, eram casadas e apresentavam nível de escolaridade inferior ao ensino superior completo, resultados semelhantes aos de outros estudos que analisaram essas variáveis^{20,2}.

Sobre a relação de baixa escolaridade com a presença de obesidade, um estudo feito por Velásquez-Meléndez, Pimenta & Kac²⁷, encontrou maior prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres com menor tempo de escolaridade em comparação às mulheres com maior tempo de estudo. Os resultados deste trabalho também estão de acordo com os encontrados por Veloso & Silva²⁸ o qual observaram associação inversa entre a escolaridade e a prevalência de obesidade abdominal em mulheres.

A renda predominante das participantes deste estudo foi 3 a 6 salários mínimos, diferente dos resultados de Segura et al²³ e Barros et al², onde a maioria dos entrevistados possuíam renda entre 3 a 4 e entre 1 a 3 salários mínimos, respectivamente.

Estudos mostram que o nível de escolaridade e a renda são fatores capazes de intervir na maneira como os indivíduos escolhem os seus alimentos, na adoção de comportamentos saudáveis e na forma de interpretar informações relacionadas à saúde, aspectos esses fortemente ligados ao surgimento de sobrepeso e obesidade²⁷.

O etilismo foi relatado por menos da metade das pacientes avaliadas, mesmo resultado constatado por Bastos et al³ em um estudo feito com 59 pacientes submetidas à CB, no qual 45,6% afirmaram consumir bebidas alcoólicas no pós-operatório.

Em um estudo realizado por Spadola et al²⁶ sobre o consumo de álcool pós CB com 69 jovens, 24% relataram um aumento do consumo de álcool. Este mesmo autor objetivou em seu estudo buscar quais os motivos do aumento do consumo de bebidas alcólicas e organizou as opções em quatro respostas: (1) aumento da sensibilidade à intoxicação por álcool; (2) uso de álcool como um mecanismo de auto reconstituição alimentar; (3) aumento na socialização; (4) álcool como um mecanismo de enfrentamento. O motivo mais prevalente entre os entrevistados foi o primeiro (aumento da sensibilidade à intoxicação por álcool). E apesar de existir um número muito limitado de estudos na literatura sobre as mudanças na absorção do álcool pós CB, algumas literaturas em seus achados afirmam que após os procedimentos cirúrgicos pode haver um aumento da sensibilidade ao álcool, o qual pode prejudicar os objetivos da cirurgia bariátrica²⁶.

Quanto ao tabagismo, menos da metade das mulheres avaliadas eram tabagistas, o que também é constatado por Gregório et al¹⁰, em um estudo elaborado com pacientes pós CB, onde apenas 13% das mulheres da amostra eram tabagistas.

Relacionado à prática de atividade física, o resultado foi semelhante ao estudo conduzido por Barros et al², no qual 54,7% das mulheres eram praticantes de algum tipo de atividade física, o que foi associado a uma melhora na qualidade de

vida das pacientes, principalmente nos aspectos de autoestima e do desempenho no trabalho.

Todas as voluntárias apresentaram algum grau de ansiedade, classificadas como moderada ou grave. Resultado semelhante ao encontrado por Mota et al²⁰, que avaliaram 50 mulheres submetidas à CB, e encontraram alta prevalência de ansiedade.

O fator ansiedade mostrou-se relevante à obesidade na segunda componente conforme tabela IV, porém não houve correlação significativa entre essas duas variáveis, como mostra a tabela III, dados semelhantes ao trabalho de Simon et al²⁴ que avaliaram 9.125 indivíduos e identificaram que pessoas obesas têm aproximadamente 25% maior probabilidade de apresentar depressão e ansiedade do que a população geral.

Encontrou-se também correlação entre a relação com a comida e o nível de ansiedade. Pacientes sujeitos às alterações emocionais como a ansiedade buscam amenizar este estado recorrendo à comida como compensação¹⁷. Machado et al¹⁷ em estudo com 50 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com mais de 24 meses, observaram características de compulsão alimentar em pacientes ansiosas, de forma que a restrição alimentar poderia ter contribuído para a alteração emocional.

O aumento gradativo do nível de ansiedade e o sentimento de culpa após as refeições pode ser explicado pelo descontrole emocional em relação à manutenção da perda de peso e a satisfação com o corpo, atribuídos ao impacto que isso causa no comportamento alimentar após a CB. Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo⁵ o comportamento alimentar é influenciado por aspectos psicológicos, no qual envolve alteração de humor, ansiedade e sentimento de culpa. Os mesmos autores afirmam que obesos, principalmente mulheres, comem exageradamente como recurso compensatório com o objetivo de suprir situações de tristeza, ansiedade, depressão e raiva.

Após a cirurgia bariátrica o comportamento alimentar pode ser alterado, isso pode ser explicado pelo fato de alguns pacientes não suportarem a mudança na forma como se alimentavam anteriormente à cirurgia e sentirem falta da quantidade de comida que consumiam, para eles é comum que as emoções sejam depositadas na comida, por isso, é preciso que hajam outras distrações. Neste processo, o envolvimento da família tem fundamental importância, pois o apoio após a cirurgia irá ajudar no alcance dos objetivos pós-cirúrgicos⁴.

O suporte familiar após a realização da cirurgia bariátrica é essencial, pois, o paciente submetido ao procedimento pode apresentar alterações quanto ao seu estado emocional, apresentando ansiedade, como mostrou o atual estudo. Izidorio & Lima¹¹ apontaram a importância da família durante o processo de submissão à cirurgia bariátrica, destacando a família como o apoio primário e fundamental, para contribuir com o sucesso da cirurgia.

O comprometimento familiar após a cirurgia bariátrica pode proporcionar bons resultados no tratamento da obesidade, pois a inclusão dos familiares amplia o entendimento dos sintomas e modifica costumes e padrões pré-estabelecidos, o que é importante no combate e tratamento de transtornos alimentares⁸.

Braga⁶ afirma a importância do suporte familiar ao paciente, para o tratamento da obesidade se tornar mais tolerável, obtendo um controle emocional mais consistente. O apoio familiar encontrado pelo autor no estudo de caso realizado, houve destaque para a adesão de novos hábitos alimentares e incentivo à prática de atividade física, atitudes vistas como positivas pela paciente entrevistada.

Em uma revisão de literatura executada por Livhits et al¹⁶, que objetivou determinar os efeitos de grupos de apoio com pacientes ou outras formas de apoio social no pós-operatório de cirurgia bariátrica, constatou-se que apenas 10 dos 934 artigos avaliados estudaram relação entre a redução de peso corporal e o apoio social. Destes estudos, metade eram sobre os efeitos do grupo de apoio na perda de peso pós-operatória e a outra metade citava a importância de outras fontes de apoio, como o apoio familiar, por exemplo. Todos encontraram uma relação positiva entre apoio social e perda de peso, reforçando a importância do apoio familiar no processo de tratamento da obesidade antes e após a cirurgia bariátrica.

Neste estudo, encontrou-se associação entre a relação com a comida e a obesidade e alguns estudos referem a possibilidade de aumento no consumo alimentar ser consequência da baixa recompensa pós-prandial em mulheres obesas e uma alta antecipação deste prazer, o que sugere uma busca excessiva por alimentos devido à insatisfação^{7,13}.

Mais da metade das pacientes do estudo relataram o ato de beliscar durante o dia, ou seja, realizar pequenos lanches extras, o que, segundo Marchesini¹⁸, não promove sensação de empanzinamento como ocorre na compulsão e inibe a percepção do limite alimentar, podendo contribuir para o ganho de peso.

Neste trabalho, foi encontrado ainda relação entre o sentimento de culpa após as refeições e a presença de obesidade, e podem estar relacionado à ingestão de alimentos calóricos e ao ganho de peso, fatores que levam o indivíduo a baixa autoestima e descontrole emocional, fazendo-o relacionar a comida com um alívio imediato, o que gera um ciclo vicioso. Tal dado se assemelha ao estudo de Lima & Oliveira¹⁴, que avaliaram 10 pessoas obesas, e dessas, 50% relataram o sentimento de culpa após as refeições.

Há a necessidade de ampliar o estudo além e avaliar outras variáveis que podem estar associadas com o nível de ansiedade e o estado nutricional pós-operatório, como o comportamento alimentar após a CB. No entanto, trata-se de um estudo inédito quanto às associações testadas e de grande relevância para a compreensão de variáveis envolvidas na melhora do estado nutricional após a cirurgia bariátrica, podendo auxiliar na elaboração de estratégias clínicas que contribuam para o sucesso cirúrgico e manutenção dos resultados positivos alcançados após a cirurgia.

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível observar que existem muitos aspectos que podem contribuir para o sucesso da CB, dentre eles o apoio familiar, que possui fundamental importância pois está correlacionado inversamente à ansiedade, a qual esteve presente em todas as pacientes deste estudo.

O sentimento de culpa após as refeições teve correlação direta e significativa ao sentimento de ansiedade, pois à medida em que se aumentava o grau de ansiedade, o sentimento de culpa após as refeições era potencializado.

Em relação ao estado nutricional e ansiedade, foi identificado maior frequência de ansiedade grave em mulheres com obesidade.

Os principais fatores identificados que explicam a presença da obesidade foram atividade física, sentimento de culpa após as refeições, satisfação com o apoio familiar após CB e escolaridade, com os dois últimos de correlação inversa e proporcional.

Com isso, verificou-se a necessidade de uma atenção maior ao estudo do apoio familiar após a cirurgia bariátrica e todos os benefícios que este pode proporcionar na recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Diretrizes Brasileira de Obesidade; 4° ed.,p. 163-164, 2016.
2. Barros LM, Moreira, RAN, Frota NM, Araújo TM, Caetano JA. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev. Eletr. Enf.; 2015 abr./jun.;17(2):312-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27367>.
3. Bastos ECL, Barbosa EMWG, Soriano GMS, Santos EA, Vasconcelos SML. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.26 supl.1 São Paulo; 2013.
4. Benedetti C. Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. In: Ximenes E. Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico. 1.ed. Santos, 2009. cap. 11, p.79-89.
5. Bernardi F, Chichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Revista de Nutrição. Campinas, v. 18. n. 1, PP. 85-93; Jan/Fev., 2005.
6. Braga LR. A influência que a relação familiar pode exercer no paciente pós cirurgia bariátrica. Centro Universitário Jorge Amado. Salvador – BA, 2011.
7. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. Obes Res.; 2000: 8 (6): 459-66.
8. Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. Rev. psiquiatria. clínica., São Paulo , v. 31, n. 4, p. 184-187; 2004.
9. DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre. Artmed, 4° ed., 2002.
10. Gregório VD, Ramalho MF, Santiago JB, Lucchese R, Vera I, Lemos MF, Diniz-Pinto HS, Silva GC. Fatores associados ao tabagismo em pacientes pós-cirurgia bariátrica. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 31(1): 1-9, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7112/pdf>. Acessado em: 31 mai. 2018.
11. Izidorio R, Lima TCS. Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 145-160, jul./dez. 2012.
12. Kaplan HI, Sadock B. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 9° ed., 2007.
13. Leblanc V, Provencher V, Bégin C, Corneau L, Tremblay A, Lemieux S. Impacto f a Health-At-Evert-Size intervention on changes in dietary and eating patterns in premenopausal overweight womwn: Results of randomized trial. Clinical Nutrition; 2012: 31 (1): 481-88.
14. Lima ACR, Oliveira AB. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental; Rev. Mudanças – Psicologia da Saúde, 24 (1) 1-14; Jan.-Jun., 2016.

15. Lima LS. Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
16. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Gibbons, M. M. (2011). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? A systematic review. *Obesity Reviews*, 12, 142- 148. doi:10.1111/j.1467-789X.
17. Machado CE, Zilberstein B, Conconello IM. Compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica. *Rev. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig*; 2008; 21 (4): 185-91.
18. Marchesini SD. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*; 2010;23(2):108-113. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n2/10.pdf>.
19. Matos CS, Paula LA, Figueiredo MD. Comportamento alimentar e fatores emocionais em pacientes pós-cirurgia bariátrica. Programa de Apoio à Iniciação Científica – PAIN; 2016-2017.
20. Mota DCL, Costa TM, Almeida SS. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. Vol. 16. Num. 3; 2014. p. 100-113.
21. OMS. Organização Mundial da Saúde. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
23. Segura DC, Nascimento AFC, Beuren TR, Wozniak SD. Análise da qualidade devida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e hábitos de atividade física pós-cirurgia. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.9,n.1,pp.12-19 (Dez 2014 – Fev 2015)
24. Simon GE, Korff MV, Sauters K, Miglioretti DL, et al. (2006). Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. *Archives General Psychiatry*, 63, 824-830.
25. Sousa TG, Nahas MV, Silva DAS, Duca GFD, Peres MA. Fatores associados à obesidade central em adultos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 2010; 14(2): 296-309.
26. Spadola CE, Wagner EF, Varga LM, Syvertsen JL, Munoz ND & Messiah SE. Qualitative Examination of Increased Alcohol Use after Bariatric Surgery among Racially/Ethnicallly Diverse Young Adults. *Obesity Sugery*; 2017.
27. Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, e Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*; 2004;16(5):308-14.
28. Veloso HJF, Silva AAM. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. São Luiz, MA. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará / Instituto de Ciências da Saúde / Faculdade de
Nutrição

PROJETO: Efeitos de três tipos de intervenção nutricional no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com ganho de peso após 24 meses de bypass gástrico em um hospital público de Belém – PA

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes

Telefone para contato: (61) 8214-4342 ou (91) 3250-5372 / e-mail:
danielagomes@ufpa.br

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma pesquisa sobre os efeitos de três tipos de intervenção nutricional no perfil nutricional, comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes com ganho de peso após 24 meses de bypass gástrico em um hospital público de Belém – PA. Com os resultados deste estudo, poderemos entender melhor as dificuldades encontradas após 2 anos de cirurgia bariátrica, como dificuldade de manter o peso perdido, retorno de aumento de glicemia e colesterol e de aderir a uma alimentação saudável. Estes dados poderão ser úteis para estabelecer a melhor conduta nesses casos. As informações iniciais serão coletadas por meio de 4 entrevistas sobre dados da cirurgia, comportamento alimentar, sua percepção da qualidade de vida e nível de ansiedade, além de avaliação de seu peso e estatura e de sua composição corporal que tem duração aproximada de 90 minutos. Esses dados serão coletados por membros desta equipe, devidamente treinados. Será necessário ainda que o(a) senhor(a) realize um exame de sangue para avaliar o açúcar e gordura presentes em seu sangue. Além destas etapas, coletaremos algumas informações em seu prontuário, como seus pesos anteriores e a data de sua cirurgia. Caso seja verificado que o(a) senhor(a) apresentou ganho de peso importante após a cirurgia bariátrica que realizou, o(a) senhor (a) será convidado a participar de uma segunda etapa desta pesquisa, na qual o(a) senhor (a) terá um acompanhamento nutricional no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), receberá orientações nutricionais e terá encontros semanais no HUJBB ou na Faculdade de Nutrição da UFPA, em datas e horários pré-definidos. Durante os encontros, serão feitas perguntas sobre a qualidade e quantidade das refeições que o(a) senhor(a) realiza para auxiliar na redução do seu peso e prevenir as complicações da cirurgia. No início e ao final da pesquisa serão medidos seu peso, composição corporal, glicose e colesterol por exames de sangue e serão aplicados questionários sobre sua percepção da qualidade de vida e nível de ansiedade. Estes procedimentos trarão riscos mínimos para sua saúde e não comprometerão de qualquer forma o seu horário de atendimento no Hospital Jean Bitar (HJB). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revistas e congressos científicos. Sua participação em nosso estudo é VOLUNTÁRIA e o(a) senhor(a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízos para a continuidade de seu atendimento e tratamento no Hospital Jean Bitar (HJB). O(a) senhor(a) não é obrigado a responder alguma pergunta caso se sinta constrangido e as informações coletadas ficarão com a pesquisadora responsável que manterá sua identidade em sigilo. Portanto, não serão divulgadas suas informações pessoais, as respostas serão usadas apenas para análise dos dados do grupo todo de

participantes. Em caso de dúvida, estamos à disposição para esclarecê-las a qualquer momento da pesquisa através do contato disponibilizado acima, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Preparo para exames a serem realizados durante a pesquisa:

Bioimpedância Elétrica: O (a) Sr (a) deverá comparecer ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) em jejum de no mínimo 12 horas, bem hidratado (consumo de 2 a 4 copos de água aproximadamente 2 horas antes do teste e esvaziar a bexiga exatamente antes), sem realização de exercício nas 4 a 6 horas anteriores e sem consumir álcool e café nas últimas 24 horas anteriores ao exame.

Análise bioquímica: O (a) Sr (a) deverá comparecer ao laboratório do HJB em jejum de 12 horas.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável – Profa. Dra. Daniela Lopes Gomes
Contatos: (61)8214-4342 ou (91)3250-5372 / email: danielagomes@ufpa.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para análise.

Belém, ____/____/____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

APÊNDICE 2 - PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES QUE REALIZARAM A
CIRURGIA BARIÁTRICA (ANCIB)**

REG: _____ Data de atendimento: ____/____/____

Nome: _____

Data da Cirurgia ____/____/____ Tempo de Pós Operatório:

Idade: _____ Sexo _____

Escolaridade: Analf. () Fund. Inc. () Fund. comp. () Méd. inc.() Méd. comp. ()

Sup. inc. () Sup. comp. ()

Ocupação: _____

Renda Familiar: Até 1 SM () 1 a 3 SM () 3 a 6 SM () 6 a 9 SM () 9 a 12

SM () 12 a 15 SM () > 15 SM()

Queixas iniciais:

Hábitos / Estilo:

Medicação em uso:

() nenhum () não soube relatar

Tomando todos os prescritos:

() sim () não

Suplemento em uso:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> não soube relatar | <input type="checkbox"/> Polivitamínico | <input type="checkbox"/> Vitamina D (ADtil) |
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> (Centrun, All 26plus) | <input type="checkbox"/> Acido fólico |
| <input type="checkbox"/> Albumina em pó | <input type="checkbox"/> Sulfato ferroso | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Citrato de cálcio | <input type="checkbox"/> Vitamina B12 IM (Citoneurin) | |
| <input type="checkbox"/> Ferro quelado (neutrofer) | <input type="checkbox"/> Vitamina C (Redoxon) | |

Tomando todos os prescritos sim não.

Se não porquê?

- Etilismo: não sim

Qual Tipo de bebida? _____

Frequência consumida: _____ Quantidade: _____

- Tabagismo: não sim

Quantos cigarros por dia? _____

- Atividade física: sim não

Qual? _____ Frequência: _____/semana _____/min.

sedentário sem indicação médica

- Quem realiza as compras em sua residência? _____

- Quem prepara suas refeições? _____

- Como você definiria sua relação com a comida: Boa Regular Péssima

- Possui algum sentimento de culpa após realizar as refeições: Sim Não
Algumas vezes

- Possui ou já possuiu o hábito de beliscar ao longo do dia: Sim Não
Algumas vezes

Sintomas Gastrointestinais: Verificar a introdução da dieta e sua aceitação pelo paciente; Atentar para qualquer desconforto ou intercorrências que houver com a introdução da dieta, a presença de náuseas, vômitos ou diarreias após a dieta (disfagia, odinofagia, dispepsia, aerofagia, epigastralgia, pirose, sínd. dumping).

S. de Dumping: precoce tardia ausente

Transito intestinal:

() regular () constipação () diarreia

Presença de:

Esteatorreia: ()sim () não

Antenia: () sim () não

Alopécia: ()sim () não

• **Avaliação Antropométrica:**

Dados Antropométricos	Avaliação	Classificação	Adequação%	Classificação	Indicativo
Peso atual (kg)					
Peso inicial (quando começou o tratamento para obesidade) (kg)					
Peso da data de cirurgia (kg)					
PP pós op (kg)					
Estatura (m)					
PEP (%)					
Peso ideal (kg)					
IMC (kg/m ²) ²					

Diagnóstico nutricional:

() Sobrepeso () Obes. Grau I () Obes. Grau II () Obes. Grau III () Obes. Grau IV () Obes. Grau V

Pi = Peso inicial; **Pa**= peso atual; **ExP** = Excesso de peso

$$\% \text{ PEP} = \frac{Pi - Pa}{ExP} \times 100$$

PP pós op: P cirurgia – P atual

PPT: P inicial – P atual

%PEP: _____

• **Anamnese Alimentar:**

Consistência da dieta atual: () liq. clara () liq. completa () pastosa () branda () normal

Número de refeições/dia ()

Tempo de realização das refeições : _____

Consumo água: _____

Intolerâncias _____ Alimentares:

Recordatório alimentar		
Refeição	Alimentos	Qtde em med. caseira
Café da manhã		
Colação		
Almoço		
Lanche		
Jantar		

Ceia		
------	--	--

Avaliação do recordatório:

Conduta:

- Motivo da cirurgia:

- Teve Apoio Familiar para realizar a cirurgia? Sim () não ()

Se não,

porquê? _____

- Tem acompanhamento psicológico? Sim () não ()

- Como você avalia sua auto imagem corporal? Ruim () Razoável () Boa ()
Excelente ()

- Começou apresentar o quadro de obesidade? Infância () Adolescência ()
Adulto ()

- Já realizou algum tipo de tratamento para perda de peso antes da cirurgia?

Sim, por conta própria () Sim, com auxilio de um profissional () Não, nunca ()

- Realizou o uso de medicamentos sacietógenos/ Anorexigénos? Sim () Não ()

- Sente-se satisfeito com seu corpo após ter realizado a cirurgia? Sim () Não.

Se não, porquê? _____

- Qual o seu peso máximo atingido? _____

- Qual o seu menor peso atingido? _____

- Qual o peso que você gostaria de ter? _____

Retorno: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE APOIO FAMILIAR

Número: _____

Data da coleta: _____

Nome:	Prontuário:
1. Antes da cirurgia, como foi o apoio da sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia? <input type="checkbox"/>) Minha família não me apoiou (1) <input type="checkbox"/>) Não dificultaram nem me apoiaram (2) <input type="checkbox"/>) Me apoiaram parcialmente (3) <input type="checkbox"/>) Me apoiaram completamente (4)	
2. Qual a sua satisfação antes da cirurgia com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento e à realização da cirurgia? <input type="checkbox"/>) Fiquei muito insatisfeito (1) <input type="checkbox"/>) Não fiquei satisfeito nem insatisfeito (2) <input type="checkbox"/>) Fiquei um pouco satisfeito (3) <input type="checkbox"/>) Fiquei muito satisfeito (4)	
3. Atualmente, como você considera o apoio da sua família para seu tratamento? <input type="checkbox"/>) Não me apóiam (dificultam meu tratamento) (1) <input type="checkbox"/>) Não dificultam nem me apóiam (2) <input type="checkbox"/>) Me apóiam parcialmente (3) <input type="checkbox"/>) Me apóiam completamente (4)	
4. Atualmente, qual a sua satisfação com o apoio de sua família em relação ao seu tratamento? <input type="checkbox"/>) Estou muito insatisfeito (1) <input type="checkbox"/>) Não estou satisfeito nem insatisfeito (2) <input type="checkbox"/>) Estou parcialmente satisfeito (3) <input type="checkbox"/>) Estou muito satisfeito (4)	

ANEXO B – Normas da Revista Brasileira de Cirurgia Digestiva (ABCD)

REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA DIGESTIVA – ABCD

<http://www.revistaabcd.com.br/>

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS

Escopo e Política

ABCD – ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA é periódico trimestral com um único volume anual, órgão oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva – CBCD e tem por missão a publicação de artigos de estudos clínicos e experimentais que contribuam para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e assistência na área gastroenterologia cirúrgica, clínica, endoscópica e outras correlatas. Tem como seções principais artigos originais, artigos de revisão ou atualização, relatos de casos, artigos de opinião (a convite) e cartas ao editor. Outras seções podem existir na dependência do interesse da revista ou da necessidade de divulgação.

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente ao ABCD e não podem ter sido publicados anteriormente em forma semelhante. Toda matéria relacionada à investigação humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da instituição onde o trabalho foi realizado, ou em outra instituição local ou regional se não houver este comitê onde ela foi desenvolvida. Seguindo as normas correntes da boa prática em pesquisa humana, os pacientes arrolados no estudo devem ter formulário de consentimento livre e informado assinado.

O ABCD apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, quando os artigos encaminhados forem controlados aleatórios (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

1. FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

1.1. MANUSCRITOS

Os originais, escritos em português ou inglês, devem ser enviados eletronicamente por e-mail para revistaabcd@gmail.com (telefone (41) 3240 5488), quando então o(s) autor(es) receberão resposta, também por essa via, notificando seu recebimento. Esta confirmação não garante a publicação do artigo, mas sim confirma o recebimento e o encaminhamento para análise editorial. A redação dos manuscritos deve obedecer à forma escolhida pelo autor dentre as seções do ABCD e detalhadas mais adiante.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial tamanho 12, numerando-se as páginas consecutivamente, iniciando a contagem na do título. O tamanho máximo do texto, incluindo referências, tabelas e ilustrações, deve ser de até 15 páginas para artigos originais e artigos de revisão, cinco para relatos de caso e artigos de opinião e duas para as cartas ao editor (esse último não deverá conter tabelas e ilustrações). As tabelas e ilustrações devem vir logo após terem sido citadas no texto e não ao final do trabalho. Todos os conceitos e assertivas científicas emanadas pelos artigos, ou as publicidades impressas, são de inteira responsabilidade dos autores ou anunciantes. Afim de efetuar uniformização da linguagem de termos médicos, os autores deverão utilizar a Terminologia Anatômica, São Paulo, Editora Manole, 1ªEd., 2001, para os termos anatômicos. O ABCD tem a liberdade de fazê-la caso o(s) autor(es) não a tenham seguido.

Todo artigo submetido à publicação, escrito de maneira concisa e no todo na terceira pessoa do singular ou plural, deve constar de uma parte pré/pós-textual e uma textual.

2. PARTE PRÉ/PÓS TEXTUAL

Deve ser composta por: 1) título em português e em inglês; 2) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); 3) identificação do(s) local(is) onde o trabalho foi realizado, ficando clara a(s) instituição(s) envolvidas, cidade, estado e país; 4) nome e endereço eletrônico do autor responsável; 5) agradecimentos após as conclusões, quando pertinentes; 6) resumo, que não deve conter abreviaturas, siglas ou referências, em até 300 palavras, parágrafo único e estruturado da seguinte forma: *artigo original* – racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); *relato de caso*: introdução, (objetivo – opcional), relato do caso e conclusão(ões); *artigo de revisão*: introdução, (objetivo – opcional), método – mencionando quantos artigos foram escolhidos do universo consultado, os descritores utilizados e quais foram as bases de dados pesquisadas – com síntese das subdivisões do texto e conclusão; 7) abstract, contendo as mesmas divisões, informações científicas e obedecendo a mesma forma redacional usada para o em português redigidas da seguinte forma: *original article* – background, aim, method(s), results, conclusion; *case report* – background, (aim – opcional),

case report, conclusion; *review article* – background, (aim – opcional), method, conclusion; 8) descritores, no máximo cinco palavras-chave, que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde – DeCS <http://decs.bvs.br/> ou no MESH site www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html (atenção: **não devem ser citadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois elas serão recusadas**); 9) headings (palavras-chave em inglês), da forma como aparecem no DeCS ou MESH.

3. PARTE TEXTUAL

Pode conter siglas – evitadas ao máximo -, e usadas somente para palavras técnicas repetidas mais de dez vezes no texto. Elas devem ser posta entre parênteses na primeira vez em que aparecer e a seguir somente as siglas. A divisão do texto deve seguir a seguinte orientação:

- *artigos originais* – introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), método(s), resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e referências;
- *artigos de revisão* – introdução, método (referir as palavras-chave procuradas, as bases de dados pesquisadas e o período de tempo analisado), revisão da literatura (pode ser dividido em sub-temas aglutinando os achados encontrados, podendo ser incluída a experiência dos autores), conclusão(ões) (sumário das tendências atuais) e referências;
- *artigos de opinião* (Editoriais) – deverão ser feitos sob convite do Conselho Editorial;
- *relatos de casos* – introdução, relato do caso, discussão (com revisão da literatura se houver), conclusão e referências;
- *cartas ao Editor* – redação clara sobre o comentário que se pretende publicar em no máximo três páginas, podendo ou não conter referências;

referências – normalizadas segundo as Normas de Vancouver (Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou site www.icmje.org itens IV.A.9 e V), sendo que serão aceitas até 30 referências para artigos originais e de revisão, e até 15 para relatos de casos. Relacionar a lista de referências com os autores por ordem alfabética do sobrenome do primeiro autor e numerá-las em números arábicos seqüenciais. Na citação no texto, utilizar o número da referência de forma sobrescrita. Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada de acordo com List of Journal Indexed in Index Medicus.

O texto do trabalho deve ser auto-explicativo, ou seja, ele deve trazer claramente a interpretação e síntese dos dados sem que o leitor tenha a necessidade de, para tanto, recorrer aos gráficos, tabelas, quadros ou figuras. Deve-se evitar dizer: “Os resultados estão descritos na Tabela 1” e não descrevê-los no texto. Da mesma forma as tabelas, gráficos, quadros e figuras devem ser autoexplicativos, ou seja, se o leitor quiser evoluir sua leitura somente utilizando-os, ao final ele poderá interpretar os resultados da mesma maneira que lendo unicamente o texto.

4. GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Adicionalmente ao texto podem ser enviados gráficos, quadros, tabelas e figuras. Todos devem ser citados no manuscrito no local onde devem aparecer – quer entre parênteses, quer referidos na própria redação, e serem colocados no manuscrito logo após terem sido citados no texto e não ao final do trabalho. Cuidado especial deve ser tomado para que não haja redundância entre eles, ou seja, ter um gráfico que mostre a mesma coisa que uma tabela, por exemplo. Se isso ocorrer, o revisor do artigo sugerirá ao Editor a eliminação do que achar redundante.

Gráficos e quadros devem ser encaminhados em preto e branco, numerados com algarismos arábicos e com seu título e legendas localizadas no rodapé.

Tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, tendo seu título na parte superior e explicações dos símbolos e siglas no rodapé.

Figuras, numeradas em algarismos arábicos, são fotografias ou desenhos (no máximo seis) e devem ser enviados em resolução mínima de 300 dpi em preto e branco (figuras coloridas são de custo pago pelos autores). O título e legendas devem vir localizados no rodapé. Figuras previamente publicadas devem ser citadas com a permissão do autor.

PEER REVIEW

Os estudos submetidos ao ABCD são encaminhados a dois revisores de reconhecida competência no tema abordado, designados pelo Conselho Editorial da revista (peer-review) e que são orientados a verificar a relevância da contribuição médica do artigo, originalidade existente, validade dos métodos empregados, validade dos resultados e o aspecto formal da redação. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. Os artigos recusados serão devolvidos. Os artigos aprovados ou aceitos sob condições, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações maiores no processo de revisão e editoração e que possam modificar o sentido do exposto no texto enviado.

CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no artigo **não há conflito de interesse**, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos; 2) que **não há fonte financiadora**; 3) que o trabalho **foi submetido a CEP que o aprovou**; 4) que concede os direitos autorais para publicação ao ABCD; e 5) que autoriza o Editor-Chefe e/ou Corpo Editorial da revista e efetuar alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico do ABCD, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou ilustrações que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. **Caso haja discordâncias quanto às estas premissas, os autores deverão escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam e o ABCD terá então necessidade de analisar se o artigo pode ser encaminhado para publicação ou devolvido aos autores.** Caso haja conflito de interesse ele deve estar mencionado ao final das referências com o texto: “O(s) autores (s) (nominá-los) receberam research grant da empresa (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Quando houver fonte financiadora ela deve, também no mesmo local, ser identificada.