



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

JANIELE FRANCINE PEREIRA

CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM
REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

2017

JANIELE FRANCINE PEREIRA

**CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM
REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

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

Orientadora: Prof^ª Dra Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2017

Pereira, Janiele Francine

Caracterização psicológica de pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica / Janiele Francine Pereira -- São José do Rio Preto, 2017.
xiv, 55f.

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

Título em inglês: Characterization psychological of patients with weight regain after bariatric surgery.

Orientadora: Profa Dra Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki.

1. Obesidade; 2. Cirurgia Bariátrica; 3. Reganho de Peso.

JANIELE FRANCINE PEREIRA

**CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM
REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina de O. Santos Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinadora: Prof^a Dr^a Priscila Silveira Duarte Pasqual

Instituição: Vara de Infância e Juventude de São José do Rio Preto

2º Examinadora: Prof^a Dr^a Karina Kelly Borges

Instituição: Funfarme

São José do Rio Preto, 30/06/2017.

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos.....	v
Epígrafe.....	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xi
Lista de Abreviaturas	xii
Resumo	xiii
Abstract.....	xiv
Introdução	1
Objetivos	10
Método	10
Resultados e Discussões.....	15
Conclusão	28
Referências	29
Apêndices e Anexos	36

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes com obesidade e aos que almejam a cirurgia bariátrica, por me permitirem aprender com eles e por fazerem parte de um momento tão importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Por vossa presença em mim, por guiar os meus passos e ser o meu sustento todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, Sandra e Nilso

Por me ensinarem não apenas o que sei, mas o que sou, não apenas como andar, mas por onde andar. Pelo apoio, exemplo de fé e perseverança e por me mostrarem o verdadeiro sentido da vida.

Ao meu irmão, Wander

Pelo exemplo de ser humano. Agradeço o incentivo aos estudos e por não medir esforços para realizar os meus sonhos.

A meu noivo, Fabio

Pela dedicação e companheirismo de todos esses anos, por acreditar em mim e por me provar que a felicidade existe.

A todos os meus familiares e amigos

O amor que nos une muito me fortalece, obrigada por todo apoio e união.

À querida, Paula Sforcin Lopes de Macedo

Pelos ensinamentos durante os anos de Aprimoramento. Você é um exemplo de profissionalismo! Agradeço por todo carinho e atenção.

Orientadora, Professora Dra. Maria Cristina de Oliveira S. Miyazaki

Você terá sempre o meu orgulho e admiração. Agradeço por me acolher e me incentivar e pelo carinho e dedicação na elaboração deste trabalho.

À equipe de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base

Agradeço pelo acolhimento e ensinamento. Gratidão por dividir as lutas e as alegrias de fazer parte desta equipe.

À toda equipe do Ambulatório, Hospital de Base e Laboratório de Psicologia

Sinto imensa gratidão a todos que de alguma forma contribuem e se dedicam para a constante atividade deste lugar. Desejo força, coragem e serenidade para os dias de trabalho de cada um de vocês.

Aos mestrandos que fizeram parte da minha jornada

Entre tantos sentimentos dividimos a alegria, amor e a ansiedade. Obrigada pela presença de cada um nas nossas tardes de segundas-feiras.

Ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base

Por toda ajuda, incentivo e cooperação. Levo comigo um pouco de cada um, deixo minha eterna admiração por vocês.

Aos meus pacientes

Gratidão pela confiança no meu trabalho.

À Unimed São José do Rio Preto

Sou grata pela oportunidade de trabalhar nesta empresa tão querida e respeitada. Em especial agradeço a equipe da medicina preventiva que me acolheu como família e pela força e união que vivemos diariamente.

EPIGRAFE

“Peça a Deus que abençoe os seus planos e eles darão certo.”

Provérbios, 16:3

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Pós Esclarecido	36
Apêndice B - Questionário de dados sócio-demográficos.....	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD).....	42
Anexo B - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (<i>Binge Eating Scale</i>).....	45
Anexo C - Inventário CAGE.....	50
Anexo D - Escala de rastreamento de dependência de sexo.....	51
Anexo E - Escala Analógica para avaliar satisfação com a cirurgia.....	54
Anexo F - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes pós-cirurgia bariátrica em relação a sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão.....	15
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes com reganho de peso (n = 11).....	17
Tabela 3 - Histórico de sintomas de transtornos mentais pré e pós-cirurgia bariátrica, conforme relato dos pacientes (n=19).....	18
Tabela 4 - Histórico de transtornos mentais pré e pós-cirurgia bariátrica dos pacientes com reganho de peso, conforme relato dos pacientes (n=11).....	19
Tabela 5 - Consumo de álcool, drogas, exercício físico, acompanhamento psicológico e nutricional dos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica (n = 19).....	20
Tabela 6 - Consumo de álcool, drogas, exercício físico, acompanhamento psicológico e nutricional dos pacientes com reganho de peso antes e após a cirurgia bariátrica (n=11).....	21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do estudo realizado para caracterização dos pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica.....	11
Figura 2 - Evolução perda/ganho de peso antes e após a cirurgia bariátrica (n=19).....	23
Figura 3 - Compulsão alimentar avaliada pela Escala de compulsão alimentar periódica (Binge Eating Scale), após a cirurgia bariátrica (n=19).....	25
Figura 4 - Resultados obtidos com a escala analógica para avaliação de satisfação com a cirurgia.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS

FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
HAD	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
BGYR	Bypass Gástrico em Y de Roux

Pereira, J. F. (2017). *Caracterização psicológica de pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Introdução: A obesidade é considerada uma doença crônica de origem multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. **Objetivos:** descrever o perfil sociodemográfico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica há mais de 24 meses, investigar a presença de sintomas e de transtornos mentais, e avaliar a evolução da perda/ganho de peso após a cirurgia. **Método:** após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no período entre julho e dezembro de 2012, no Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, foram convidados a participar do estudo e responderam a um Questionário de dados sócio-demográficos, à Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD), Inventário CAGE para avaliação do nível de dependência de álcool, Escala de rastreamento de dependência de sexo e Escala Analógica para avaliar satisfação com a cirurgia. **Resultados:** participaram 19 pacientes, com idade entre 28 e 59 anos (média: 44,11; \pm 8,90). Houve predomínio do sexo feminino (n = 18), cor branca e casadas, ensino médio completo, com profissão no setor terciário, renda familiar de um salário mínimo e meio e procedência da região de São José do Rio Preto. Dos pacientes analisados, 11 apresentaram reganho de peso. Os resultados dos instrumentos indicaram presença de sintomas de compulsão alimentar periódica 9,09% (n=1), sintomas de ansiedade 18,18% (n=2) e de depressão 18,18% (n=2), abuso de álcool 18,18% (n=2) e dependência de sexo 36,36% (n=4) no pós-operatório dos pacientes com reganho de peso. **Conclusão:** Houve predomínio do sexo feminino e alto grau de satisfação com a cirurgia. Foram identificados importantes sintomas de transtornos mentais, que devem receber atenção da equipe, pois podem prejudicar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida do paciente.

Descritores: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Reganho de Peso.

Pereira, J. F. (2017). *Characterization psychological of patients with weight regain after bariatric surgery*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Introduction: obesity is a multifactorial disease characterized by excessive body fat accumulation. **Objectives:** to describe sociodemographic profile of patients who underwent bariatric surgery more than 24 months ago, to investigate presence of symptoms and mental disorders and to assess the evolution of weight lost / gain after surgery. **Method:** the study was approved by FAMERP Ethics Committee. Patients who underwent bariatric surgery between July and December/2012 at Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP, were invited to participate by filling a sociodemographic questionnaire, the Binge-Eating Scale (ECAP), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), the CAGE to assess the level of alcohol dependence screening test for problem drinking, the Sexual Addiction Screening Scale, and an analogic scale to assess patients' satisfaction with surgery. **Results:** participants were 19 patients (mean age: 44.11 ± 8.90), predominantly females (n = 18), white, married, graduated from high school, working on the tertiary sector, with a family income of one and a half minimum wage, and from the Sao Jose do Rio Preto area. Eleven, of the 26 participants presented weight regain. Data from the questionnaires indicated binge eating 9,09% (n=1), anxiety symptoms 18,18% (n=2), depressive symptoms 18,18% (n=2), alcohol abuse 18,18% (n=2) and sex addiction 36,36% (n=4) on the post-operative period for patients with weight regain. **Conclusion:** there was a predominance of females and high satisfaction with surgery. Important symptoms of mental disorders were identified and must receive attention since they may impair treatment adherence and patients' quality of life.

Key-words: Obesity; Bariatric surgery; Weight regain.

INTRODUÇÃO

Obesidade

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo e pelos riscos associados, sendo atualmente considerada um grave problema de saúde pública (Peixoto & Ganem, 2010).

A causa principal da obesidade e do excesso de peso é um desequilíbrio energético entre calorias consumidas e o gasto de energia corporal, resultando em graves prejuízos à saúde (WHO, 2016). De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), existem cerca de 600 milhões de pessoas obesas no mundo, aproximadamente 30 milhões no Brasil; ao considerarmos a população com sobrepeso este número chega a 95 milhões no nosso país (WHO, 2016; WHO, 2014).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2012, revelou que a obesidade cresceu no país, atingindo o percentual de 17% da população, sendo que em 2006, quando os dados começaram a ser coletados, o índice era de 11%. Diante de tal situação, este órgão criou a portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, classificando a obesidade como preocupação relevante para a saúde pública (Anderi Junior, Araújo, Fuhro, Godinho, & Henriques, 2007).

Segundo ainda Organização Mundial da Saúde, o Brasil apresenta um progresso notável na redução da desnutrição infantil, porém, concomitantemente, o país enfrenta uma epidemia de obesidade, considerada por muitos, de mais difícil controle (WHO, 2016). A prevalência mundial de obesidade mais do que dobrou entre os anos de 1980 e 2014. No ano de 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos acima de 18 anos estavam acima do peso, destes mais de 600 milhões tinham obesidade. Aproximadamente 13% da população adulta mundial com 18 anos ou mais, sendo 11% homens e 40% mulheres, eram obesos em 2014. Em relação ao

sobrepeso, neste mesmo ano, os dados apontam para 39% dos adultos com 18 anos ou mais, o que representa 38% dos homens e 40% das mulheres (WHO, 2016).

O sobrepeso e a obesidade estão mais relacionados a mortes no mundo todo, do que o baixo peso, e mundialmente, há mais pessoas obesas do que abaixo do peso. Isto acontece em todas as regiões, exceto em partes da África Subsaariana e Ásia (WHO, 2016). De acordo com a OMS, globalmente, tem ocorrido uma ingestão excessiva de alimentos ricos em gordura e alto índice de sedentarismo, muitas vezes, estimulado pelo aumento da urbanização (trabalho, transportes) (WHO, 2016). O estilo de vida (ingestão excessiva de alimentos e falta de atividade física), fatores genéticos (tendência e problemas hormonais) e emocionais como principalmente, ansiedade e depressão, estão entre as principais causas da obesidade. Indivíduos obesos apresentam maior prevalência de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios (WHO, 2016).

Moliner e Rabuske (2008), ao analisar os hábitos alimentares é preciso considerar que os mesmos são construídos a partir de diversas influências, como as culturais, socioeconômicas, familiares e psicológicas. Embora já tenha sido considerado um problema apenas de países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão dramaticamente em ascensão em países em desenvolvimento, especialmente em áreas urbanas. Em 2011, o Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa realizada em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que revelou que 48,5% da população brasileira está acima do peso (SBEM, 2013).

A OMS utiliza o IMC (Índice de Massa Corporal) ¹ como indicador internacional de obesidade. Os índices de massa corporal podem ser classificados da seguinte forma: abaixo do peso (até 18,5), peso normal (entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (entre 25 e 29,9), obesidade

¹ O IMC é calculado a partir do peso corpóreo em quilogramas, dividido pela altura ao quadrado

classe I (entre 30 e 34,9), obesidade classe II (entre 35 e 39,9) e obesidade classe III ou obesidade grave (maior que 40) (WHO, 2016; Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2016).

Nas crianças, a idade deve ser considerada quando se calcula o excesso de peso e a obesidade, para isto, há gráficos padronizados (WHO, 2016). No Brasil, o Ministério da Saúde considera que no idoso (definido como com 60 anos ou mais), o IMC normal varia de >22 a <27 m^2 pela diminuição de massa magra natural do envelhecimento e maior risco de sarcopenia que é caracterizada pela diminuição de massa, força e desempenho muscular e de incapacidade física (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2016).

Cirurgia bariátrica

O tratamento da obesidade como doença crônica, de origem multifatorial, envolve intervenções distintas, como: nutricionais, medicamentosa e prática de atividade física. Contudo, muitos pacientes não respondem a estas estratégias terapêuticas, precisando de intervenções adicionais. A indicação da cirurgia bariátrica é adequada a estes pacientes, revelando-se como técnica auxiliar na condução clínica de certos casos de obesidade mórbida, sendo utilizada cada vez mais (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) Nº 2.131/2015, aumenta o rol de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com IMC de $35kg/m^2$ e $40kg/m^2$. Esta resolução altera a anterior nº 1.942/10 e adiciona outras doenças relacionadas à obesidade:

“(…) Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) acima de $40 kg/ m^2$. Pacientes com IMC maior que $35 kg/m^2$ e afetados por comorbidezes que ameacem a vida como: diabetes, apneia do sono,

hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão”. Idade: maiores de 18 anos. Obesidade estabelecida conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.”

Entre as técnicas cirúrgicas para a cirurgia bariátrica, a mais utilizada é a de Fobbi Capella, uma técnica mista – restritiva que combina a redução da capacidade gástrica e disabsortiva (provoca a alteração da anatomia intestinal). Neste procedimento, o estômago é dividido em dois compartimentos com o uso de grampeadores. O estômago remanescente possuirá um volume de aproximadamente 30 mL a 50 mL e será ligado a um segmento do intestino delgado, enquanto a maior porção do estômago fica fora do trânsito alimentar. Esta técnica leva a uma redução de até 75% do peso excessivo no decorrer de um ano, o que a torna relevante no tratamento da obesidade mórbida, por proporcionar a redução e até mesmo a eliminação das principais comorbidades associadas ao excesso de peso (Cruz & Marimoto, 2004).

Além da perda de peso, a cirurgia bariátrica proporciona importantes benefícios físicos e psicológicos. Tem se mostrado um tratamento seguro, embora o paciente esteja sujeito a complicações no pós-cirúrgico, entre elas, o risco de mortalidade (1%), morbidade

(30%) ou até mesmo o desenvolvimento de problemas que requerem nova cirurgia (Sarwer Wadden & Fabricatore, 2005; Moreno, Montiel & Aguayo, 2002).

A cirurgia bariátrica, como técnica de emagrecimento eficaz e satisfatória para um público considerável, tem sido associada a outro tipo de problema comum às pessoas que a realizam, como alterações psicológicas pós-cirurgia. Em muitos casos, a perda rápida de peso aumenta a vulnerabilidade do paciente para transtornos mentais como depressão, ansiedade, alcoolismo, comportamento compulsivo, problemas conjugais, entre outros (Leal & Baldin, 2007).

De acordo com Song e Frenstom (2008) há uma prevalência de sintomatologia depressiva em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, que varia entre 4,4% e 53%. Estes sintomas, somados a sintomas ansiosos, constituem os principais fatores preditores do insucesso do procedimento. A literatura mostra que, após a realização da cirurgia, ocorrem melhorias significativas dos sintomas e transtornos relacionados ao humor e a ansiedade, verificando-se uma diminuição de 40 para 20% desta sintomatologia, principalmente nos primeiros seis meses após o procedimento. Entretanto verifica-se também uma recidiva desses transtornos, que reflete de forma negativa na perda de peso após a cirurgia.

Um transtorno associado à obesidade mórbida é o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). A presença deste transtorno pré-cirurgia pode estar relacionada a perdas menores de peso ou seu ganho nos dois anos subsequentes (Kalarchian, Marcus, Wilson, Labouvie, Brolin, & LaMarca, 2002).

No Brasil estima-se que de 27% a 47% de obesos que se submeteram a cirurgia bariátrica apresentam compulsão alimentar. Entretanto, estes números podem variar devido à dificuldade no diagnóstico. (Machado, Zilberstein, Cecconello & Monteiro, 2008). A presença de compulsão alimentar, após a cirurgia bariátrica, está relacionada à frequência de recaídas após o tratamento para perda de peso, a quadros depressivos, abuso de álcool e

substâncias, transtornos de personalidade e insatisfação com a imagem corporal, quando comparada com grupo de obesos-controle (Machado et al., 2008).

Atuação da Psicologia na Cirurgia Bariátrica

O Ministério da Saúde considera e torna obrigatória a participação de diversos profissionais compondo as equipes multidisciplinares de atendimento aos obesos. O Consenso Bariátrico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (2008) caracteriza a equipe multidisciplinar como um:

“(...) grupo de profissionais de áreas diversas, trabalhando em harmonia de ações e objetivos, visando avaliar, orientar e seguir os pacientes portadores de obesidade mórbida em programas de cirurgia bariátrica, dividindo tarefas com o cirurgião, zelando pela proteção da boa relação médico-paciente e contribuindo na conquista e manutenção dos bons resultados, como também na resolução das situações de complicações ou insucessos” (p.9).

Floresi, Machado e Soares (2009) apontam para a necessidade de atenção especial ao impacto da cirurgia bariátrica sobre comorbidades psiquiátricas e o psicólogo é um dos profissionais cuja atuação é exigida pelo Ministério da Saúde - sua atuação vai do pré ao pós-operatório. O preparo pré-operatório consiste em um conjunto de condutas e cuidados visando à otimização da segurança e de resultados positivos da cirurgia. Neste processo, o paciente e seus familiares devem ter amplo acesso às informações sobre os riscos, benefícios e as opções cirúrgicas, fornecidas em consultas detalhadas com a equipe multidisciplinar (Consenso Bariátrico, 2008).

Serviço de Psicologia e protocolo de cirurgia bariátrica do ambulatório do Hospital de Base

Composta por equipe interdisciplinar, o Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, iniciou suas atividades em 2000, realizando cerca de quatro cirurgias mensais. Atualmente, o serviço realiza dezesseis cirurgias mensais. Após darem início ao protocolo que precede a cirurgia bariátrica, os pacientes são encaminhados para Avaliação da Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Nutrição. Na avaliação psicológica são utilizados os seguintes instrumentos:

- *SF-36* – Pesquisa em Saúde: avalia a qualidade de vida (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999)
- *HAD* – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Este instrumento avalia presença de sintomas ansiosos/depressivos. As análises são realizadas a partir das normas propostas por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr., & Pereira (1995).
- *ECAP* - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Binge Eating Scale): avalia presença e intensidade de compulsão alimentar (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001).
- *Escala de Autoestima (Rosenberg)*: visa conhecer e medir a autoestima (Hutz & Univ Zanon, 2011).
- Avaliação dos Critérios de compulsão alimentar periódica *DSM-V* (American Psychiatric Association, 2014).
- *EMEP* – Escala de enfrentamento de problemas: visa medir os principais fatores que influenciam na resolução de problemas (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001).
- *Entrevista semi-dirigida*: avalia hábitos e transtornos alimentares, presença de suporte social e comportamentos aditivos (consumo de álcool, drogas e tabagismo).

Após esta avaliação, os pacientes que necessitarem podem ser encaminhados para terapia individual, terapia em grupo (ansiedade e depressão), consulta psiquiátrica ou

diretamente para os grupos de preparação pré-cirurgia, oferecidos pelo hospital. O protocolo de avaliação inicial incluía 12 sessões com aplicação dos questionários, contudo, em função das dificuldades dos pacientes para comparecer ao hospital e a alta demanda na área, este número foi reduzido.

Atualmente o trabalho psicológico com os grupos pré-cirurgia no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP é realizado por um período de um mês, com quatro sessões semanais de 60 minutos, onde são trabalhados os seguintes temas:

- Discussão das estratégias para promover mudanças de hábitos
- Registro de Diário Alimentar
- Identificação de emoções
- Questionamento dos pensamentos
- Manejo da ansiedade
- Treino em relaxamento
- Transtorno de compulsão alimentar periódica
- Educação em relação ao procedimento cirúrgico (informações, dúvidas mais frequentes).
- Prevenção de recaída

Após a conclusão destes grupos os pacientes considerados aptos para a cirurgia são encaminhados ao grupo de Manutenção que acontece mensalmente até a realização da cirurgia. Os pacientes obesos frequentemente relatam uma série de dificuldades que devem ser acolhidas e trabalhadas. Entre estas, estão fatores emocionais, como ansiedade, sintomas depressivos, esquia de eventos sociais, falta de suporte familiar, déficit em habilidades sociais e redução da autoestima (Araújo, Brito, Ferreira, Petribú & Mariano, 2009).

A qualidade de vida dos obesos está intensamente comprometida quando associada às comorbidades, podendo gerar também transtornos emocionais causados por prejuízo e discriminação (Tavares, Nunes & Santos, 2010). A obesidade torna-se um aspecto negativo na vida da pessoa, que também sofre com o preconceito (Petribu et. al., 2006). Nota-se uma significativa melhora das comorbidades associadas à obesidade nos meses iniciais e aumento no bem-estar do indivíduo, o que resulta na melhoria da qualidade de vida. Estudos indicam que os casos de insucesso relacionam-se a não aderência às modificações comportamentais necessárias (Teixeira & Maia, 2011).

Silver, Torquati, Jensen e Richards (2006) apontam como sucesso cirúrgico a redução de 50% do excesso do peso pré-cirurgia. Gumbs, Pomp e Gagner (2007) associam o sucesso pós-operatório com o IMC, sendo este $< 30\text{kg/m}^2$ considerado como excelente, entre 30 e 35 kg/m^2 como bom resultado e $> 35\text{kg/m}^2$ considerado como fracasso ou insucesso. Para Sarwer et al. (2005), os benefícios psicológicos da cirurgia bariátrica podem estar presentes apenas no primeiro ano após sua realização, contribuindo assim, para reganho de peso após este período. Apesar da eficácia da cirurgia bariátrica como tratamentos para obesidade, variáveis psicossociais e comportamentais desempenham um papel relevante na evolução pós-operatória, entre eles, comportamento alimentar, manejo de ansiedade e prática de exercícios físicos (Sarwer et al., 2005). Estes aspectos são de extrema importância, pois estão relacionados à habilidade destes pacientes em seguir as orientações necessárias e consequentemente atingir o sucesso pós-cirúrgico esperado (Jesus, Barbosa, Souza & Conceição, 2017).

Considerando a complexidade da etiologia e tratamento da obesidade e a possibilidade de que aspectos psicológicos no pré-operatório possam ter impacto na adaptação e nos resultados após cirurgia bariátrica, destaca-se a importância de estudos que contribuam para o

aprimoramento de conhecimentos nessa área. Com bases nessas considerações foram delineados os objetivos deste estudo.

Objetivos

- Descrever perfil sócio demográfico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica há mais de 24 meses.
- Identificar e caracterizar com relação a sintomas de transtorno mentais, pacientes com ganho de peso com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica.
- Investigar presença de sintomas e de transtornos mentais entre os pacientes.
- Avaliar a evolução da perda/ganho de peso após a cirurgia.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Estudo descritivo transversal com amostra de conveniência.

Local

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME) e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), especificadamente no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica.

Participantes

Foram convidados a participar do estudo, pacientes que realizaram cirurgia Bariátrica, no Hospital de Base de São José do Rio Preto no período entre julho e dezembro de 2012 e que concordaram em participar da pesquisa, independente do sexo ou idade.

Critério de inclusão

Ter realizado a cirurgia bariátrica no Hospital de Base de São José do Rio Preto há mais de 24 meses (julho a dezembro/2012).

Critério de Exclusão

Presença de transtornos mentais graves (ex. esquizofrenia), impossibilidade de contato com o paciente (ex.: telefone desatualizado), impossibilidade de comparecer ao ambulatório. Os pacientes cujos dados obtidos durante a entrevista para coleta de dados indicaram necessidade de atendimento individual foram atendidos e/ou encaminhados pela psicóloga que integra a equipe de cirurgia bariátrica. A Figura 1 apresenta o fluxograma deste estudo.

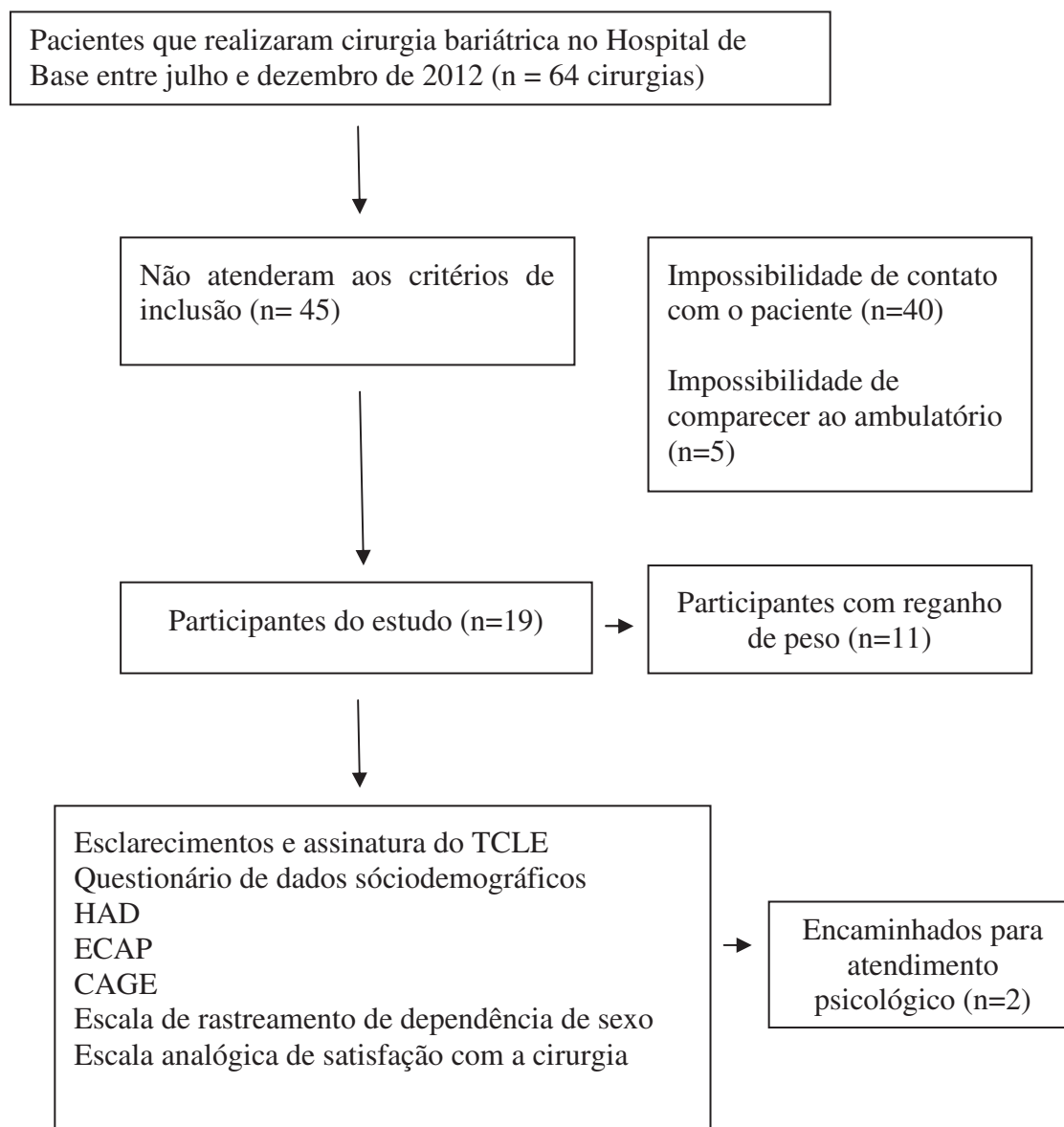


FIGURA 1

Fluxograma do estudo realizado para caracterização dos pacientes com reganho de peso pós - cirurgia bariátrica.

Materiais e instrumentos de coleta de dados

Todos os participantes responderam os seguintes instrumentos:

- **Questionário de dados sócio-demográfico**, instrumento elaborado pela pesquisadora que investiga: idade, raça, cor, estado civil, renda familiar, atividade profissional, escolaridade, religião, peso pré e pós-cirurgia, presença de transtornos mentais e abuso de substâncias pré e pós-cirurgia bariátrica (Apêndice B).

- **HAD – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar**, este instrumento avaliou a presença de sintomas ansiosos/depressivos. A Escala é composta de quatorze afirmações do tipo múltipla escolha, sete delas relacionados a sintomas de ansiedade e sete relacionados a sintomas depressivos. O participante é orientado a responder a partir de sua reação imediata a cada pergunta, para maior sensibilidade das respostas à situação momentânea. Para cada uma das afirmações, há quatro possibilidades de respostas indicadas em uma escala Likert de 0 a 3 pontos. A soma dos escores de ansiedade e depressão é realizada separadamente e escores <8 indicam que os sintomas apresentados pelo participante não são significativos e escores >8 indicam que os sintomas apresentados são significativos. Quanto mais altos os escores, maior a gravidade dos sintomas. As análises foram realizadas a partir das normas propostas de acordo com a validação realizada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr., & Pereira (1995). (Anexo A).

- **ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica**. (Freitas, Coutinho & Appolinário, 2001). (Anexo B). Este instrumento avaliou presença e intensidade de compulsão alimentar. A escala é composta de dezesseis questões tipo múltipla escolha. Para cada uma das afirmações, há quatro possibilidades de respostas. A soma total dos escores revelam a gravidade dos sintomas, sendo, menor ou igual 17: sem compulsão alimentar, entre 18 e 25: compulsão alimentar moderada, maior ou igual 26: compulsão alimentar periódica grave (Freitas, Coutinho & Appolinário, 2001). (Anexo B).

- **Inventário CAGE** composto por quatro partes de perguntas com opção de respostas Sim ou Não, que incluem questões utilizadas para avaliar o nível de dependência de álcool de um indivíduo (Mayfield, McLeod & Hall, 1974). (Anexo C).

- **Escala de rastreamento de dependência de sexo**, instrumento que avalia presença de dependência de sexo (Silveira, Vieira, Palomo, & Silveira, 2000). (Anexo D). A escala é composta por vinte e seis questões na qual o participante responde Sim ou Não. A nota de corte é de 6 pontos.

- **Escala Analógica para avaliar satisfação com a cirurgia** (Guimarães, 1998). (Anexo E).

Procedimento

Foram selecionados para participar do estudo, os pacientes que realizaram cirurgia bariátrica no período entre julho e dezembro de 2012. Este período foi escolhido visando avaliar os pacientes após dois anos de cirurgia bariátrica, considerado por muitos autores o fim do período de emagrecimento após o procedimento de redução do estômago. A partir dos dados do prontuário, a pesquisadora buscou entrar em contato com todos os pacientes. Os pacientes com quem foi possível fazer contato (muitos telefones estavam desatualizados e os cadastros incompletos) e que concordaram em participar do estudo foram entrevistados no período entre junho de 2015 e novembro de 2016, na data do retorno médico. O histórico de peso foi obtido a partir dos prontuários eletrônicos dos pacientes: peso corporal no dia da cirurgia, o menor peso após a cirurgia e o peso atual do paciente.

Análise de dados

Após a coleta dos dados, estes foram incluídos em planilhas do Excel.

A análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências, dependendo da natureza dos dados.

A análise estatística inferencial foi realizada aplicando-se o teste de Correlação de

Spearman para dados não paramétricos. Em todas as análises foi considerado estatisticamente significativo $P \leq 0,05$. O Programa utilizado foi o SPSS (IBM, versão 23) e Prisma 6.0

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Faculdade de Medicina (Parecer CEP FAMERP 1.060.561). Todas as medidas éticas foram observadas durante o estudo e os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) para participação no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 19 pacientes de ambos os sexos, a maioria do sexo feminino, cujas características estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos pacientes pós-cirurgia bariátrica em relação a sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão, renda familiar, cor e filhos (n = 19)

Sexo	N	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
Feminino	18	M: 45 ± 8,23 Máxima: 59 Mínima: 31	FI.: 6 FC: 4 Médio: 7 Superior: 1	Casado: 11 União Estável: 3 Divorciado: 3 Viúvo: 1	T: 18
Masculino	1	28	Superior: 1	Solteiro: 1	T: 1
Total	19	M: 44,11 ± 8,90 Máxima: 59 Mínima: 28	FI.: 6 FC: 4 Médio: 7 Superior: 2	Casado: 11 Solteiro: 1 União Estável: 3 Viúvo: 1	T: 19
Cor					
Branca	16				
Parda	3				
Filhos					
0	4				
1	4				
2	7				
3	4				
Renda Familiar					
1 salário	1				
1 salário e ½	7				
2 salários	3				
2 salário e ½	1				
3 salários	4				
3 salários e ½	1				
4 salários	1				
5 salários	1				

Nota. M = Média; ± = desvio padrão. FI = Fundamental Incompleto. FC=Fundamental Completo. T=Terciário
*Setor primário: conjunto de atividades relacionadas à exploração direta dos recursos naturais de origem vegetal, animal e mineral, não implicando em uma agregação de valor via industrialização.

**Setor secundário: envolve atividades de transformação de bens e divide-se em três subsectores que são a indústria da construção civil, a indústria de serviços públicos e a indústria manufatureira.

***Setor terciário: demais atividades econômicas caracterizadas por prestação de serviço.

(Almeida, et al., 2013).

O perfil sociodemográfico dos pacientes deste estudo condiz com o estudo realizado por Quesada et al. (2015) que avaliaram mulheres candidatas à cirurgia bariátrica quanto ao estado civil (maioria casadas), à escolaridade (maioria com ensino médio completo), à etnia (maioria brancas) e à profissão (maioria do setor terciário) em uma compilação de dados do Sistema Único de Saúde. A faixa etária das mulheres do estudo de Quesada et al. (2015), entretanto, era inferior (33,3 anos) em relação a encontrada no presente estudo.

Os dados encontrados no presente estudo também corroboram com os encontrados por Moreno, Silva, Cecato, Bartholomeum & Montiel (2011), em que a maioria também era composta por mulheres casadas. Segundo o estudo de Moreno et al. (2011) os dados sugerem que há maior procura da cirurgia por mulheres devido ao fato destas serem mais suscetíveis aos padrões de beleza estabelecidos e, portanto, apresentarem maior tendência a buscar por alternativas que melhorem sua imagem e satisfação corporal.

Um dos importantes problemas em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é o ganho de peso. Neste estudo, 11 pacientes recuperaram entre 1 e 20 quilos após a cirurgia. A tabela 2 apresenta os aspectos sociodemográficos desses pacientes.

Tabela 2

Características sociodemográficas dos pacientes com reganho de peso (n = 11)

	N	%
Sexo		
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Idade		
M:	43,36 ± 9,33	
Máxima:	56	
Miníma:	28	
Estado Civil		
Casado	3	27,3
União estável	3	27,3
Divorciado	3	27,3
Viúvo	1	9,1
Solteiro	1	9,1
Cor		
Branca	8	72,7
Parda	3	27,3
Escolaridade		
Fundamental Completo	2	18,2
Fundamental Incompleto	3	27,3
Médio Completo	5	45,5
Superior	1	9,1
Renda		
1 salário	1	9,1
1 salário e ½	7	36,8
2 salários	3	27,3
2 salário e ½	1	9,1
3 salários e ½	1	9,1
5 salários	1	9,1

Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos pacientes com reganho de peso eram mulheres, brancas, com média de idade de 43,36 anos, renda familiar de um

salário mínimo e meio, e ensino médio completo. Em relação ao estado civil, houve variação, sem haver uma prevalência.

A tabela 4 apresenta dados do histórico de sintomas e de transtornos mentais pré e pós-cirurgia bariátrica, relatados pelos pacientes.

Tabela 3

Histórico de sintomas de transtornos mentais pré e pós-cirurgia bariátrica, conforme relato dos pacientes (n=19)

	Pré cirurgia		Pós-cirurgia	
	Sim	Não	Sim	Não
Histórico de transtornos mentais	9 (47,52%)	10 (52,7%)	6 (31,6%)	13 (68,4%)
Uso de medicação psiquiátrica	6 (31,6%)	13 (68,4%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)
Uso de medicação psiquiátrica prescrita	6 (31,6%)	13 (68,4%)	2 (66,6%)	1 (33,4%)

Aproximadamente metade (47,52%) dos pacientes relataram sintomas de ansiedade e depressão antes da realização da cirurgia. O estudo de Song e Frenstom (2008) destaca a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos no pré-operatório da cirurgia bariátrica, que podem atingir até 53% dos pacientes, dado semelhante ao encontrado neste estudo.

A ansiedade é uma resposta emocional considerada comum antes de procedimentos cirúrgicos. Entretanto, níveis elevados de ansiedade podem exercer impacto negativo na cirurgia e comprometer seus resultados. Desta forma, o apoio psicológico é fundamental para o preparo cirúrgico, não com o objetivo de eliminar a ansiedade, mas de mantê-la em níveis adequados e auxiliar o paciente a enfrentar o procedimento de forma adaptativa (Mitchell, 2000; Bellani, 2008).

Estudos realizados com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos indicam que entre os principais elementos desencadeantes da ansiedade estão: a espera pelo procedimento, o medo de sentir dor ou desconforto, sentimento de solidão devido ao afastamento dos familiares, a perda mesmo que temporária de sua autonomia, medo do desconhecido e da cirurgia de forma geral e medo da anestesia e da morte (Garbee & Gentry, 2001).

Quanto ao histórico de transtornos mentais dos pacientes com reganho de peso, os dados obtidos estão apresentados na tabela 5.

Tabela 4

Histórico de transtornos mentais pré e pós-cirurgia bariátrica dos pacientes com reganho de peso, conforme relato dos pacientes (n=11).

	Pré cirurgia		Pós-cirurgia	
	Sim	Não	Sim	Não
Histórico de transtornos mentais	6 (54,5%)	5 (45,5%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)
Uso de medicação psiquiátrica	3 (36,4%)	8 (63,6%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Uso de medicação psiquiátrica prescrita	3 (36,4%)	8 (63,6%)	2 (18,2%)	9 (81,8%)

Conforme relato dos pacientes, mais da metade daqueles que apresentaram reganho de peso (54,5%) apresentaram histórico psiquiátrico antes da realização da cirurgia bariátrica, 36,4% faziam uso de medicação com prescrição. Após a cirurgia houve redução do relato de transtornos mentais para 45,5%. Entretanto, o número de pacientes que faziam uso de medicação psiquiátrica subiu para 72,7% após a cirurgia e 81,8% faziam uso da medicação sem prescrição médica. De acordo com Sarwer et al. (2005) a melhora do estado emocional dos pacientes após a cirurgia bariátrica pode estar restrita ao primeiro ano após o

procedimento, sendo essa uma possível variável que contribui para o ganho de peso no pós-operatório tardio.

Os hábitos relatados pelos pacientes analisados estão descritos na tabela 6.

Tabela 5

Consumo de álcool, drogas, exercício físico, acompanhamento psicológico e nutricional dos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica (n = 19)

	N	%
Histórico Alcoolismo		
Sim	1	5,3
Não	18	94,7
Uso de Drogas Antes		
Sim	0	
Não	19	100
Uso de Drogas Após		
Sim	0	
Não	19	100
Exercício Físico Antes		
Sim	6	31,6
Não	13	68,4
Exercício Físico Após		
Sim	12	63,2
Não	7	36,8
Exercício Físico Atualmente		
Sim	8	42,1
Não	11	57,9
Acomp. Nutri Atual.		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8
Acomp. Psico Atual.		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8

O número de pacientes que realizavam exercício físico após a cirurgia bariátrica dobrou em relação ao pré-operatório (aumento de 31,65). No entanto, nota-se uma redução nesta prática para 42,1% atualmente. Quanto ao acompanhamento nutricional e psicológico no pós-operatório, os dados foram equivalentes.

Os hábitos relatados pelos pacientes com reganho de peso estão descritos na tabela 7.

Tabela 6

Consumo de álcool, drogas, exercício físico, acompanhamento psicológico e nutricional dos pacientes com reganho de peso antes e após a cirurgia bariátrica (n=11)

	N	%
Histórico Alcoolismo		
Sim	0	0
Não	11	100
Uso de Drogas Antes		
Sim	0	
Não	11	100
Exercício Físico Antes		
Sim	5	45,5
Não	6	54,5
Exercício Físico Após		
Sim	6	54,5
Não	5	45,5
Exercício Físico Atualmente		
Sim	2	18,2
Não	9	81,8
Acomp. Nutri Atual.		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
Acomp. Psico Atual.		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1

Quanto à prática de exercício físico dos pacientes com ganho de peso, apenas 18,2% relataram a realização desta prática atualmente. A realização da cirurgia bariátrica requer mudanças significativas no estilo de vida, como modificações do comportamento alimentar, prática de atividade física, além do empenho e adesão ao tratamento para obtenção do sucesso em longo prazo (Martins & Vieira, 2011; Teixeira & Maia, 2011). Estudos indicam que os casos de insucesso relacionam-se a não aderência às modificações comportamentais necessárias (Teixeira & Maia, 2011).

Em relação ao acompanhamento nutricional e psicológico, todos os pacientes com ganho de peso realizaram acompanhamento tanto antes como após a cirurgia. No pré-operatório foram encontrados apenas 5,3 % dos pacientes com histórico de alcoolismo. Nenhum dos pacientes com ganho de peso referiu apresentar sintomas de alcoolismo antes da cirurgia, o que sugere neste caso, a não relação deste sintoma pré-existente com o seu surgimento no pós-operatório.

Os resultados para análise do consumo excessivo de álcool após a cirurgia bariátrica, foram obtidos através do questionário CAGE, o qual aponta para 26,3% de pacientes com estes sinais no pós-operatório, o que representa 5 pacientes analisados. Dos pacientes que apresentaram ganho de peso, dois (18,18%) apresentaram sintomas de dependência de álcool. Segundo o teste de correlação de Spearman, a relação entre ganho de peso e alcoolismo não foi significativa. Algumas características, tais como impulsividade e dependência são encontradas na relação entre obesidade e dependência de álcool (Brandão, 2015).

Em estudo realizado por King et. al (2012) houve em relação ao distúrbio de uso de álcool, um aumento de 7,6% no pré-operatório e no primeiro ano de pós-operatório para 9,6% no segundo ano de pós-operatório. Segundo King, era provável um aumento na sensibilidade

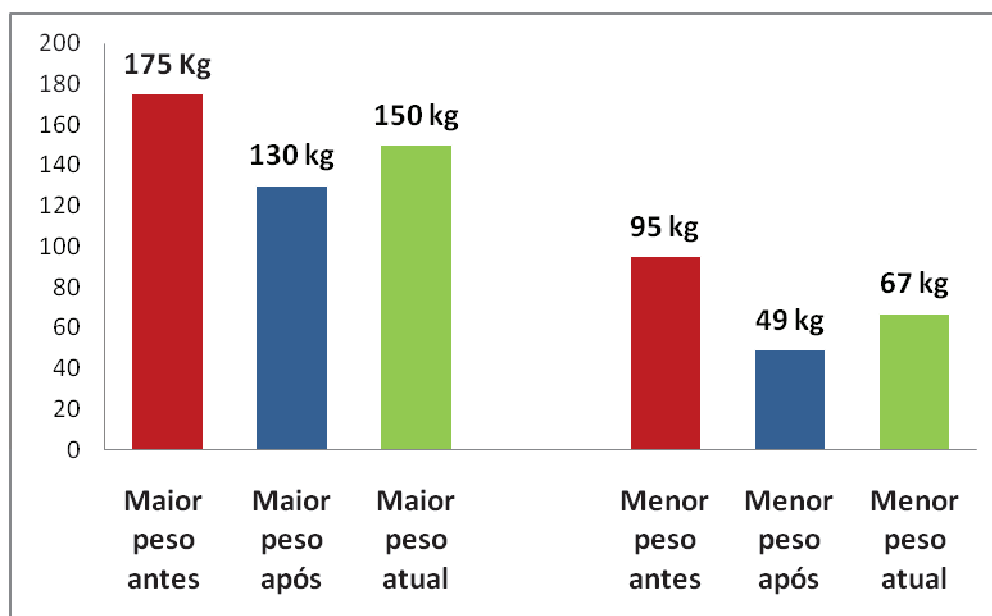
de álcool após Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) combinado com a retomada de consumo de níveis mais elevados de álcool no segundo ano pós-operatório.

Um aumento do risco de transtornos mentais, abuso de álcool e outros problemas relacionados ao abuso de substâncias nos pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica, levaram os pesquisadores a analisar como esses pacientes metabolizam o álcool após o procedimento. No estudo desenvolvido pelo Journal of the American College of Surgeons em 2011, pacientes que foram submetidos à BGYR apresentaram maior demora em processar o álcool, fazendo com que estes pacientes exagerassem no consumo, e levaram mais tempo para retornarem à sobriedade.

Os pacientes foram questionados quanto à evolução de perda/ganho de peso antes e após a cirurgia bariátrica. Os dados obtidos estão descritos na figura 2.

FIGURA 2

Evolução perda/ganho de peso antes e após a cirurgia bariátrica (n=19).



O peso máximo relatado pelos pacientes antes da cirurgia foi 175 quilos e o peso mínimo, 95 quilos ($M = 125,11$ e $DP = 22,61$). Quanto ao peso após a cirurgia, o maior peso

encontrado foi 130 quilos e o menor peso, 49 quilos ($M= 87,5$ e $DP = 19,88$). Quanto ao peso atual, o maior peso encontrado foi 150 quilos e o menor 67 quilos ($M= 84,12$ e $DP = 21,61$) e 57% apresentaram reganho de peso, variando entre 1 e 20 quilos ($M = 10,83 \pm 13,43$).

Após a realização da cirurgia, é esperado que o paciente emagreça a quantidade almejada e reganhe, no máximo, 10% do seu peso no pós-operatório após até 10 anos (Mechanick, Youdim,, Jones, Garvey., Hurley, McMahon, Heinberg., Kushner, Adams, Shikora, Dixon, & Brethauer, 2013). Uma pesquisa realizada no Brasil com 53 pessoas que realizaram a cirurgia há mais de cinco anos, concluiu que 64% voltaram a ser obesos e 13% voltaram a apresentar obesidade mórbida. Também foram identificados casos de comportamento compulsivo e abuso de álcool (Bassette, 2005).

Para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a HAD (Escala de ansiedade e depressão) Dos pacientes analisados, 6 (31,6%) apresentaram sintomas para ansiedade e 4 (21,1 %) para depressão, no pós-operatório. Nos pacientes que apresentaram reganho de peso foram identificados pela HAD, 2 pacientes (18,18%) com sintomas de ansiedade e a mesma taxa para sintomas depressivos. Após o procedimento cirúrgico, muitos autores afirmam a redução significativa destes sintomas relacionados ao humor, ficando em torno de 20% no primeiro semestre após a cirurgia bariátrica. Houve correlação positiva moderada e estatisticamente significante entre ganho de peso e ansiedade ($p = 0,0113$) e ganho de peso e depressão ($p = 0,006$) (Teste de correlação de Spearman).

Os sintomas de compulsão alimentar, obtidos através da escala de compulsão alimentar periódica (Binge Eating Scale) estão apresentados na figura 3.

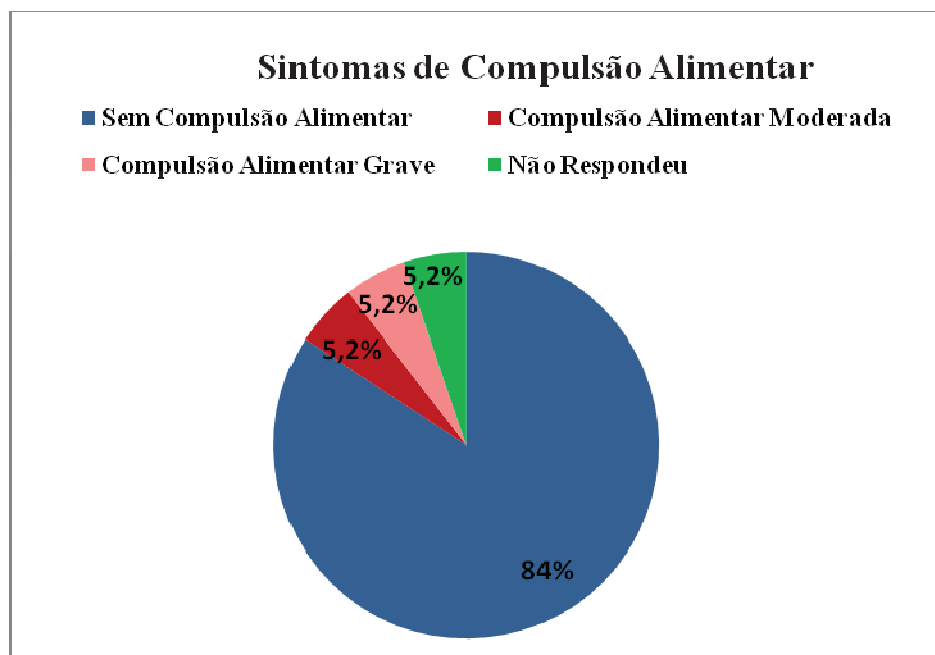


FIGURA 3

Compulsão alimentar avaliada pela Escala de compulsão alimentar periódica (Binge Eating Scale), após a cirurgia bariátrica (n=19).

Quanto a sintomas de compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica, a taxa encontrada no atual estudo foi em torno de 10% (n = 2) da amostra. Destes, um apresentou ganho de peso de 20 quilos (o maior ganho encontrado em todo este estudo). Dos pacientes analisados, os que apresentaram sinais de compulsão alimentar moderada e grave, segundo a ECAP, também apresentaram sintomas de depressão e ansiedade de acordo com a escala HAD. Segundo Machado et. al (2008), há uma redução nos sinais de compulsão alimentar entre o pré e o pós-operatório. No entanto, há uma associação entre compulsão e níveis elevados de psicopatologia, condizendo com o presente estudo.

Em relação aos resultados obtidos quanto à dependência de sexo através da Escala de rastreamento de dependência de sexo, foram identificados: 63,15% (n=12) dos pacientes sem

sintomas, 31,57% (n=6) com sintomas indicativos de dependência sexual e 5,28% (n=1) não respondeu ao questionário. Foram identificados sintomas de dependência sexual em 4 pacientes que apresentaram reganho de peso (36,36%). Não houve correlação significativa entre ganho de peso e dependência de sexo (Teste de Correlação de Spearman).

A obesidade está relacionada, muitas vezes, à alteração da imagem corporal e impacto no funcionamento psicológico, o que contribui para o aumento da ansiedade, depressão, e redução da autoestima, acarretando, conseqüentemente prejuízos na prática sexual (Costa, Machado & Cordás, 2010). No estudo de Mariano, Boccara de Paula, Bassi & Roberto de Paula (2014), realizado com 30 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos um ano, 53% afirmaram aumento na frequência das relações sexuais.

No estudo desenvolvido por Janick, Bielecka, Pásnik, Kwiatkowski e Posgórska (2015) com 153 mulheres no pós-operatório de cirurgia bariátrica, concluiu que não houve diferença no índice de disfunção sexual entre estas mulheres e o grupo controle, entretanto, os escores médios de excitação e desejo foram significativamente maiores no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Este resultado pode estar relacionado à melhoria da autoestima que, de forma geral melhora o desempenho e o interesse por sexo e de outros sentimentos mais intensos como o desejo e a excitação. Questionados quanto à satisfação com a cirurgia, os resultados foram obtidos através da escala analógica, conforme apresentados na figura 4.

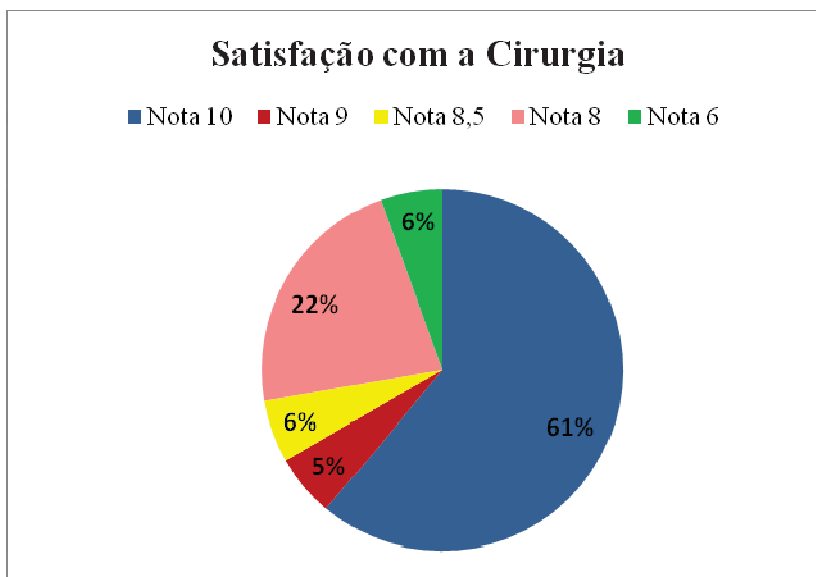


FIGURA 4

Resultados obtidos com a escala analógica para avaliação de satisfação com a cirurgia.

Todos os pacientes analisados apontaram resultados positivos em relação à satisfação com a cirurgia (nota maior que 6), sendo que 61% (11 pacientes) atribuíram nota máxima.

O Brasil realiza em torno de 80 mil cirurgias por ano, o que o elege como o segundo país com maior número de cirurgias bariátricas, atrás somente dos Estados Unidos que atingem a média de 140 mil cirurgias anuais. O número de procedimentos vem aumentando significativamente nos últimos anos, crescendo cerca de 300% na última década. Segundo o presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as técnicas atuais contribuem para uma maior satisfação dos pacientes, pois cerca de 95% dos pacientes relatam estar totalmente satisfeitos com os resultados obtidos (SBCBM, 2015).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados destaca-se o predomínio do sexo feminino, cor branca e casada, ensino médio completo, com profissão no setor terciário, renda familiar de um salário mínimo e meio. Dos pacientes analisados, 57% (n=11) apresentaram reganho de peso variando entre 1 e 20 quilos. As características sociodemográficas dos pacientes com reganho de peso formam iguais às apresentadas pelos pacientes sem reganho, com exceção do estado civil, que apresentou variação, sem haver uma prevalência.

Os resultados dos instrumentos indicaram presença de sintomas de compulsão alimentar periódica, sintomas de ansiedade e de depressão, abuso de álcool e dependência de sexo no pós-operatório dos pacientes com reganho de peso. Em relação a prática de exercício físico atual dos pacientes que apresentaram reganho de peso observou-se um índice pequeno desta prática, podendo estar relacionado ao relacionado ao insucesso destes pacientes na manutenção do peso.

Todos os pacientes analisados apresentaram alto grau de satisfação com a cirurgia. Foram identificados importantes sintomas de transtornos mentais, que devem receber atenção da equipe, pois podem prejudicar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. A. N.; Giampietro, H. B.; Belarmino, L. B.; Moretti, L. A.; Marchini, J. S.; Ceneviva, R. (2011). Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(3), 226-231.
- Almeida, A. N., Silva, J. C. G. L. & Angelo, H. (2013). Importância dos setores primário, secundário e terciário para o desenvolvimento sustentável. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento sustentável (G&DR)*, 9(1), 146-162.
- Almeida, S. S., Zanatta, D. R. Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos cirurgia bariátrica. *Estudos de psicologia (Natal)* [online], 17(1), 153-160.
- Alcohol Has Stronger Impact on Gastric Bypass Patients. *Pesquisa de Journal of the American College of Surgeons*. Disponível em: <https://www.facs.org/media/press%20releases/jacs/gastricbypass0311>
- Anderi Junior, E., Araújo, L. G., Fuhro, F. E., Godinho, C. A., & Henriques, A. C. (2007). Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. *Arquivos Médicos do ABC*, São Paulo, 32: 25-29.
- Araújo, A. A.; Brito, A. M.; Ferreira, M. N. L.; Petribú, K.; Mariano, M. H. A. M. (2009). Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*. 36(1), 42-48.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade. (2016). *ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. – 4.ed. - São Paulo, SP
- Bassette F. (2005). Após redução do estômago, 64% voltam a ser obesos. *Folha de São Paulo*, São Paulo. Cotidiano, p. C7.

- Bellani, M. L. (2008). Psychological aspects in day-case surgery. *International Journal of Surgery*, 6 (1), 44-46.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M, A., Garcia Junior, C., Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde pública* 29 (5).
- Brandão, I. M. B. V. M. (2015). Obesidade Mórbida. Contribuição de alguns parâmetros neurobiológicos e psicossociais no seu tratamento. Faculdade de Medicina Universidade do Porto.
- Consenso Bariátrico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. (2008). Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em: http://www.sbc.org.br/imagens/pdf/consenso_baraitrico_brasileiro.
- Costa R.F, Machado, SC, Cordás T. A. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. (2010). *Revista de psiquiatria clínica*, 37(1) 27-31.
- Cruz, M. R. R., Marimoto, I. M. I. (2004). Intervenção nutricional no tratamento da obesidade mórbida: resultados. *Revista de Nutrição*, Campinas, 17,(2), 263-272.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. (2016). ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.
- Fandiño, J., Benchimol., Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 26, (1), 47-51.
- Floresi, A. C. F.; Machado, B. H. Soares, S. M. S. R. (2009). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 83-84.

- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220.
- Garbee, D. D. & Gentry, J.A. (2001). Coping with the stress of surgery. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, 73(5), 946-951.
- Guimarães, F. S. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estado subjetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25 (5) Edição Especial : 217-222.
- Gumbs, A. A., Pomp, A., Gagner., M. (2007). Revisional bariatric surgery for inadequate weight loss. *Obesity Surgery*, 17, 1137-1145.
- Janick M. R., Bielecka, I., Pásnik, K., Kwiatkowski, A. & Posgórska, L. (2015). Female Sexual Function Before and After Bariatric Surgery: a Cross-Sectional Study and Review of Literature. *Obesity Surgery*, 25, 1511-1517.
- Jesus, A.D.; Barbosa, K.B.F.; Souza, M.F.C.; Conceição, A.M.F. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Comportamento*. São Paulo, 11(63), 187-196.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca L. B (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*., 12, 270-275.
- King, W.C., Jia-Yuh Chen, M.S., Mitchell, J.E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S.G., Courcoulas, A. P., Pories, W. J., Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of Alcohol Use Disorders Before and After Bariatric Surgery. *JAMA*, 307(23), 2516-2525.
- Leal, C.W., Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 324-327.

- Machado, C. E., Zilberteín, B., Ceconello, I. & Monteiro, M. (2008). Compulsão Alimentar antes e após cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 4, 185-191.
- Mariano, M. L. Lobato, Boccara de Paula, M. A., Bassi, D. G., Roberto de Paula., P. (2014). Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 41(6): 412-420.
- Martins, C. E. & Vieira, F. M. (2011). Consulta de psicologia no per-operatório da obesidade. *Cadernos de Saúde*, 4, 65-67.
- Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Mechanick, J. F., Youdim,, Jones, D.B., Garvey, W. T., Hurley, D.L., McMahon, M., Heinberg., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B. & Brethauer, S. (2013). 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 (AACE/ TOS/ASMBS Guidelines)*. *Endocrine Practice*, 19(2).
- Mitchell M. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. (2000). *Ambulatory Surgery*, 8(1), 19–29.
- Moreno, C. A. S., Silva, A. M.; Cecato, J. F., Bartholomeu, D.; Montiel, J. M. (2011). Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Encontro - Revista de Psicologia*, 14(20).
- Mota, D. C. L.; Costa, T. M. B.; Almeida, S.S.; Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 100-113.

- Petribu, K. , Ribeiro, E. S. , Oliveira, F. M.F.O , Braz, C. I.A., , Gomes, M. L. M., , Araujo, D. E., Almeida, N. C.N. , Albuquerque, P. C. & Ferreira, M.N.L. (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50(5), 901-908. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-
- Peixoto, J. S., Ganem, K. M. G. (2010). Prevalência de Transtornos alimentares pós-cirurgia bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(3), 353-358.
- Portaria nº 224, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html>.
- Quesada, K.; Detregiachi, C.R.P.; Barbalho. S.M.; Oliveira, M.R.M.; Rasera, I.; Vaz, E.C.; Goulart, R.A.(2015). Perfil socioeconômico e antropométrico de candidatas à cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde e Pesquisa*, Maringá (PR). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2015v8n3p431-438>
- Resolução CFM Nº 2.131/2015. Retirado dia 28 de fevereiro de 2016 do site http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf
- Ruiz Moreno, M. A., Berrocal Montiel, C. & Valero Aguayo, L. (2002). Câmbios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14, (3) 577-582. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714311>
- Sarwer, D., Wadden, T. & Fabricatore, A. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639-648.

- Silveira, D. X., Vieira, A. C., Palomo, V., Silveira, E. D. (2000). Validade de critério e confiabilidade da versão brasileira de uma escala de rastreamento para dependência de sexo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 22(1), 4-10.
- Silver, H. J., Torquatti, A., Jensen, G. L, Richards, W. O. (2006). Weight, dietary and Physical Activity Behaviors Two Years after Gastric Bypass. *Obesity Surgery*; 16, 859-864.
- SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2015). 95% dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica estão satisfeitos com os resultados. Disponível em: [cirurgia-bariatrica-estao-satisfeitos-com-os-resultados/](#)
- Song, A., & Ferstrom, M. (2008). Nutricional And Psychological Considerations After Bariatric Surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 28, 195-199.
- Tavares, T. B.; Nunes, SM; & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(3): 359-366.
- Teixeira, F., Maia, A. Factores preditores do insucesso na gastrobandoplastia: uma revisão da literatura (2011). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(2), 212-223.
- Veggi, A. B., Lopes, C. S., Faerstein, E. & Sichieri, R. (2004). Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 16(4), 242-247.
- WHO - World Health Organization (2016). Obesity and overweight. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO - World Health Organization. (2016). Opening remarks at the high-level meeting on nutrition for growth. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/nutrition-for-growth/en/>

WHO - World Health Organization. (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

WHO - World Health Organization (2014). *Obesity and overweight*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Caracterização de Pacientes com Reganho de Peso Pós Cirurgia

Bariátrica

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você realizou a cirurgia bariátrica. Considerando a importância da prática baseada em evidências na área da saúde, caracterizar pacientes com reganho de após a cirurgia bariátrica, permitem aprimorar os cuidados aos pacientes e desenvolver conhecimentos científicos.



*Você gostaria de
participar
de um estudo?*

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é identificar e caracterizar pacientes com reganho de peso 24 meses após a cirurgia bariátrica, descrever o perfil sociodemográfico destes pacientes, investigar presença de sintomas e de transtornos mentais entre os pacientes, avaliar a evolução da perda/ganho de peso após a cirurgia e comparar os dados dos pacientes com e sem reganho de peso 24 meses após a cirurgia bariátrica, no Hospital de Base de São José do Rio Preto.



COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado, pessoalmente, pela própria pesquisadora, a participar do estudo.

Se você aceitar participar do estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderá as escalas e questionários em momento propício.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: trazer material psicológico indesejado à tona, como ansiedade e depressão, por exemplo.

Sua participação irá contribuir para a caracterização de pacientes com ganho de peso após a cirurgia mostrando a importância do desenvolvimento e aprimoramento de estratégias de intervenção e prevenção destes casos.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.



Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a pesquisadora responsável: Psicóloga: Janiele Francine Pereira pelo e-mail janiele.psicologia@bol.com.br ou pelo telefone: (17) 3201-5000 ramal 1215.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [**cepfamerp@famerp.br**](mailto:cepfamerp@famerp.br).



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisadora Responsável
Janiele Francine Pereira

Orientadora
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data da entrevista: ___/___/___

Entrevistador: _____

Nome do paciente: _____ prontuário: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Sexo: _____ Estado civil: _____

Cor _____

Filhos: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Renda mensal familiar: _____

Data da cirurgia: _____

Peso no dia da cirurgia: _____ Kg

Menor peso após a cirurgia: _____ Kg

Peso atual: _____ Kg

Histórico Psiquiátrico anterior à cirurgia? () Sim () Não

Se sim, qual (s)?

Uso de medicamento para tal fim? () Sim () Não

Com prescrição médica? () Sim () Não

Histórico Psiquiátrico após à cirurgia? () Sim () Não

Se sim, qual (s)?

Uso de medicamento para tal fim? () Sim () Não

Com prescrição médica? () Sim () Não

Histórico de alcoolismo anterior à cirurgia? () Sim () Não

Histórico de alcoolismo após à cirurgia? () Sim () Não

Histórico de uso de drogas anterior à cirurgia? () Sim () Não

Prática de atividade física anterior à cirurgia? () Sim () Não

Prática de atividade física após à cirurgia? () Sim () Não

Pratica de atividade física atualmente () Sim () Não

Realizou acompanhamento nutricional anterior á cirurgia? () Sim () Não

Realiza acompanhamento nutricional após a cirurgia? () Sim () Não

Participou efetivamente dos acompanhamentos psicológicos anteriores à cirurgia?

() Sim () Não

Realizou Avaliação Psicológica? () Sim () Não

Participou de grupos Pré-Operatórios? () Sim () Não

Participou de grupos de Manutenção Mensal? () Sim () Não

Participa dos grupos Pós Operatórios? () Sim () Não

ANEXO A

HAD - Escala de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque um “X” na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A – Eu me sinto tenso ou contraído.

3 – A maior parte do tempo

2 – Boa parte do tempo

1 – De vez em quando

0 – Nunca

D – Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.

0 – Sim, do mesmo jeito que antes

1 – Não tanto quanto antes

2 – Só um pouco

3 – Já não sinto mais prazer em nada

A – Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.

3 – Sim, e de um jeito muito forte

2 – Sim, mas não tão forte

1 – Um pouco, mas isso não me preocupa

0 – Não sinto nada disso

D – Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

0 – Do mesmo jeito que antes

1 – Atualmente um pouco menos

2 – Atualmente bem menos

3 – Não consigo mais

A – Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.

3 – Sim, demais

2 – Bastante

1 – Um pouco

0 – Não me sinto assim

D – Fico esperando animado as coisas

boas que estão por vir

0 – Do mesmo jeito que antes

1 – Um pouco menos do que antes

2 – Bem menos do que antes

3 – Quase nunca

A – De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

3 – A quase todo momento

2 – Várias vezes

1 – De vez em quando

0 – Não sinto isso

D – Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.

0 – Quase sempre

1 – Várias vezes

2 – Poucas vezes

3 – Quase nunca

A – Estou com a cabeça cheia de preocupações.

3 – A maior parte do tempo

2 – Boa parte do tempo

1 – De vez em quando

0 – Raramente

D – Eu me sinto alegre.

3 – Nunca

2 – Poucas vezes

1 – Muitas vezes

0 – A maior parte do tempo

A – Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.

0 – Sim, quase sempre

1 – Muitas vezes

2 – Poucas vezes

3 – Nunca

D – Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.

3 – Quase sempre

2 – Muitas vezes

1 – De vez em quando

0 – Nunca

A – Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.

0 – Nunca

1 – De vez em quando

2 – Muitas vezes

3 – Quase sempre

*D – Eu perdi o interesse em cuidar da
minha aparência.*

3 – Completamente

2 – Não estou mais me cuidando como eu
deveria

1 – Talvez não tanto quanto antes

0 – Me cuido do mesmo jeito que antes

ANEXO B***ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (BINGE EATING SCALE)***

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações de cada grupo e marque nesta folha aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1 A. Não me sinto constrangido com meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.

B. Sinto-me preocupado sobre como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado comigo mesmo.

C. Fico constrangido com minha aparência e meu peso, o que me faz sentir desapontado comigo mesmo.

D. Sinto-me muito constrangido com meu peso e frequentemente sinto muita vergonha e desprezo por mim. Tento evitar contatos sociais.

2 A. Não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.

B. Embora pareça que eu devore os alimentos, não me sinto empanturrado por comer demais.

C. Às vezes, tendo a comer rapidamente e sinto-me muito cheio depois.

D. Tenho o hábito de engolir a comida sem mastigá-la. Quando isto acontece, em geral fico empanturrado.

3 A. Sinto-me capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

B. Sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas.

C. Sinto-me totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.

D. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4 A. Não tenho hábito de comer quando estou chateado.

B. Às vezes eu como quando estou chateado, mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

C. Tenho o hábito regular de comer quando estou chateado, mas de vez em quando posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

D. Tenho o forte hábito de comer quando estou chateado. Nada parece me ajudar a parar com este hábito.

5 A. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

B. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

C. Tenho o hábito regular de comer alimentos que não gosto para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente não necessite de comida.

D. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na boca que só parece ser satisfeita quando como um alimento, tipo um sanduíche, que enche minha boca. Às vezes quando como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida o cuspo, assim não ganharei peso.

6 A. Não sinto qualquer culpa ou ódio de mim depois de comer demais.

B. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim depois de comer demais.

C. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim depois de comer demais.

7 A. Não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

B. Às vezes, quando estou em dieta e como algo proibido, sinto que estraguei tudo e como ainda mais.

C. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, digo para mim: "agora que estraguei tudo, por que não ir até o fim? ". Quando isto acontece, como ainda mais.

D. Tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas, mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser ou "uma festa " ou "um morrer de fome".

8 A. Raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado depois.

B. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado.

C. Tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições ou nos lanches.

D. Como tanta comida que, regularmente, sinto-me bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado.

9 A. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

B. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias.

C. Tenho o hábito regular de comer muito à noite. Parece que minha rotina não é ter fome de manhã, mas comer demais à noite.

D. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, em que praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida ou de "festa" ou de "morrer de fome".

10 A. Normalmente sou capaz de parar de comer quando quero.

B. De vez em quando, tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

C. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas em outras ocasiões posso controlar meus impulsos.

D. Sinto-me incapaz de controlar impulsos para comer. Tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

11 A. Não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio.

B. Normalmente posso parar de comer quando me sinto cheio mas, de vez em quando, comer demais me deixa empanturrado.

C. Tenho um problema para parar de comer e, normalmente, sinto-me empanturrado depois da refeição.

D. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12 A. Parece que como tanto quando estou com os outros como quando estou sozinho.

B. Às vezes, quando estou com outras pessoas, não como tanto quanto quero pois me sinto constrangido com meu comportamento alimentar.

C. Frequentemente como uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado com meu comportamento alimentar.

D. Fico tão envergonhado por comer demais que escolho horas para isso, quando sei que ninguém me verá. Sinto-me como uma pessoa que se esconde para comer.

13 A. Faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre elas.

B. Faço três refeições ao dia, mas, normalmente, lancho entre elas.

C. Quando faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

D. Há períodos regulares em que parece que estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14 A. Não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

B. Pelo menos em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com controlar meus impulsos para comer.

C. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

D. Parece que a maior parte das horas em que passo acordado estão "pré-ocupadas" pensando sobre comer ou não comer. Sinto como se estivesse constantemente lutando para não comer.

15 A. Não penso muito sobre comida.

B. Tenho fortes desejos por comida, mas só duram curtos períodos de tempo.

C. Há dias em que parece que não penso em mais nada a não ser comida.

D. Na maioria dos dias meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se vivesse para comer.

16 A. Normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Como a porção certa para me satisfazer.

B. De vez em quando fico em dúvida se estou ou não fisicamente com fome. Nestas ocasiões é difícil saber quanto deveria comer.

C. Mesmo que soubesse quantas calorias deveria ingerir, não tenho idéia de qual a quantidade "normal" de comida.

ANEXO D**ESCALA DE RASTREAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SEXO**

Sexual addiction screening test (Carnes, 1983; Schneider, 1991) – tradução e retrotradução por E. Doering

1. Você sofreu abuso sexual quando criança ou na adolescência?

Sim Não

2. Você tem assinado ou comprado regularmente revistas pornográficas?

Sim Não

3. Seus pais tiveram problemas de ordem sexual?

Sim Não

4. Você freqüentemente se percebe preocupado com questões sexuais?

Sim Não

5. Você acha que seu comportamento sexual não é normal?

Sim Não

6. Sua(seu) esposa(o) ou companheira(o) se preocupa ou até mesmo reclama de seu comportamento sexual?

Sim Não

7. Para você, é difícil interromper seu comportamento sexual mesmo sabendo que é inadequado?

Sim Não

8. Você chega a se sentir mal por causa de sua conduta sexual?

Sim Não

9. Sua conduta sexual já causou problemas a você ou à sua família?

Sim Não

10. Você alguma vez buscou ajuda para lidar com comportamentos sexuais de que não gostava?

Sim Não

11. Você já chegou a se preocupar com o fato de as pessoas descobrirem a respeito de suas atividades sexuais?

Sim Não

12. Alguém já se feriu emocionalmente devido à sua conduta sexual?

Sim Não

13. Alguma de suas atividades sexuais é ilegal?

Sim Não

14. Você já se prometeu deixar de fazer alguma coisa relacionada ao seu comportamento sexual?

Sim Não

15. Você já fez alguma tentativa de interromper algum aspecto de sua conduta sexual e acabou não conseguindo?

Sim Não

16. Você tem de esconder dos outros algum aspecto de seu comportamento sexual?

Sim Não

17. Você já tentou parar de fazer alguma coisa relacionada à sua atividade sexual?

Sim Não

18. Você já achou que o seu comportamento sexual era degradante?

Sim Não

19. Sexo é para você uma forma de escapar de seus problemas?

Sim Não

20. Você se sente deprimido após fazer sexo?

Sim Não

21. Você já sentiu necessidade de deixar de praticar alguma forma de comportamento sexual ?

Sim Não

22. Sua atividade sexual interfere na sua vida familiar?

Sim Não

23. Você já manteve práticas sexuais com menores de idade?

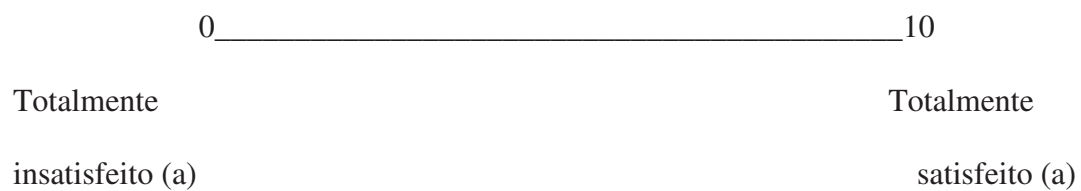
Sim Não

24. Você sente que é controlado por seu desejo sexual?

Sim Não


25. Você sente que seu desejo sexual é mais forte do que você?

Sim Não

ANEXO E**Escala analógica para avaliar satisfação com a cirurgia**

ANEXO F

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer n.º 1.060.561

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 44193815.1.0000.5415** sob a responsabilidade de **Janiele Francine Pereira** com o título "Caracterização de Pacientes com Reganho de Peso Pós Cirurgia Bariátrica" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de maio de 2015.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

23/06/2015 *Paula L. Zenero*

17 3201 5813
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro
15090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep