UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

**Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em
Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica**

Diana Cândida Lacerda Mota

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências. Área: Psicobiologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

**Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em
Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica**

Diana Cândida Lacerda Mota

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências. Área: Psicobiologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

RIBEIRÃO PRETO-SP

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mota, Diana Cândida Lacerda

Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica. Ribeirão Preto, 2012.

143p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicobiologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida.

1. Comportamento Alimentar. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Imagem Corporal. 5. Cirurgia Bariátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Diana Cândida Lacerda Mota

Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____ / ____ / 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Instituição: Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP/ Ribeirão Preto-SP.

Assinatura: _____

Profª. Drª. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Instituição: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP/Ribeirão Preto.

Assinatura: _____

Profª. Drª. Cláudia Maria Padovan

Instituição: Departamento de Psicologia da FFCLRP – USP/ Ribeirão Preto-SP.

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos indivíduos que de alguma forma enfrentam problemas relacionados à obesidade e aos profissionais da saúde que atuam nessa área.

AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** por ter me concedido a realização deste Mestrado.*

*Aos meus **pais Sinval e Antônia** que sempre acreditaram e confiaram em mim, proporcionando a oportunidade de crescer, me estimulando e apoiando sempre. Ao meu **irmão Diogo**, que é e sempre foi um grande amigo. Amo todos, sem vocês eu não sou nada.*

*Agradeço aos meus orientadores, **Prof. Sebastião e Profª. Telma**, pelo carinho, respeito e dedicação que me proporcionaram durante todo o curso. Abriram-me portas e me ofereceram grandes oportunidades que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Tenho grande admiração pela ética, competência e responsabilidade de vocês. Sinto-me privilegiada de tê-los como orientadores.*

*À **Luciana Lorenzato**, que foi minha grande amiga e companheira durante todo o curso, com quem vivenciei muitos momentos de alegrias e tristezas, que foram importantes para o nosso crescimento.*

*A todos os colegas que integram o **Laboratório de Nutrição e Comportamento** da FFCLRP: Daniela Costa, Fernanda Laus, Gisele Straatmann, Lucas Vales, Marília Matos, Marina Mandarini, Renata Pini, Rodrigo Mazzei e Roberto Soares. Em especial à **Natália Nassif, Fabiana Rezende, Gabriela Xavier, Idalina Kakeshita e Edson Silva** pela amizade, companherismo e incentivo sempre.*

*À equipe de profissionais responsáveis pela Cirurgia Bariátrica do HC/FMRP/USP pela oportunidade da realização deste trabalho. Em especial à psicóloga **Lídia Barbieri Belarmino** pelo auxílio, atenção e carinho durante toda a coleta de dados.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Psicobiologia** da FFCLRP/USP, pela oportunidade de crescimento profissional.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES**, pelo apoio financeiro concedido.*

... e a todos que contribuíram para a construção e finalização deste trabalho.

“É difícil, pois operaram o meu estômago, mas não a minha cabeça, continuo com a mente obesa, às vezes tenho a impressão que nunca conseguirei me perceber como uma pessoa magra”.

Novaes, J.V. (2006). O intolerável peso da feiúra: Sobre as mulheres e seus corpos.

RESUMO

MOTA, D.C.L. **Comportamento Alimentar, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica. 2012. 148f.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto-SP, 2012.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade tornou-se atualmente uma epidemia que se espalha em todo o mundo, sendo foco de inúmeros estudos que abordam sua prevenção e tratamento, tais como dietas, medicamentos e prática de atividade física. Em obesos mórbidos, a Cirurgia Bariátrica (CB) vem sendo considerada a terapia mais eficaz na redução do peso corporal destes indivíduos. Contudo, participantes submetidos a esse procedimento, podem apresentar complicações psicológicas e do comportamento alimentar, comprometendo o sucesso do tratamento, justificando assim a relevância da investigação destes fatores. O presente estudo avaliou o comportamento alimentar, sintomas de ansiedade e depressão e a imagem corporal em 50 mulheres obesas atendidas pelo serviço de cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP (HC/FMRP/USP). A pesquisa foi realizada em dois momentos: antes e quatro meses após o procedimento cirúrgico, sendo aplicados: Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA), Inventários de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck e a Escala de Figuras de Silhuetas (EFS), aplicada após a cirurgia. Foi realizada a avaliação antropométrica de acordo com os parâmetros da Organização Mundial Da Saúde (1995) para obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC). Foi realizada estatística descritiva, teste *t de Student* para amostras dependentes e ANOVA de duas vias. O nível de significância fixado foi de $p < 0,05$. A média de IMC antes e após o procedimento cirúrgico foram de respectivamente $49,08 \text{ Kg/m}^2 (\pm 6,60)$ e $37,08 \text{ Kg/m}^2 (\pm 4,83)$, havendo perda significativa de peso [$t_{(49)} = 28,152, p < 0,01$]. Os dados do QHCA mostraram que não houve diferença nas médias de pontuação total do questionário quando comparados os períodos pré e pós-operatório [$t_{(49)} = 1,204, p = 0,234$], contudo foi verificada variação nas médias das pontuações das subescalas de alimentação restrita [$t_{(49)} = -5,87, p < 0,01$], emocional [$t_{(49)} = 3,33, p < 0,01$] e externa [$t_{(49)} = 4,02, p < 0,01$]. As médias de pontuação do BAI antes e após a cirurgia foram respectivamente $11,76 (\pm 8,51)$ e $7,32 (\pm 7,33)$ [$t_{(49)} = 3,38, p < 0,01$]. Já as médias de pontuação do BDI foram respectivamente $14,0 (\pm 7,29)$ e $7,36 (\pm 5,94)$ [$t_{(49)} = 5,47, p < 0,001$]. Os dados da EFS apontaram que em geral, as participantes se vêem em média com $0,33 \text{ Kg/m}^2 (\pm 5,73)$ a mais do que seu IMC Real; mulheres com obesidade grau III apresentaram maior subestimação corporal em relação àquelas de outras categorias do estado nutricional. Além disso, 100% das participantes apresentaram insatisfação com a própria imagem corporal e gostariam de possuir um IMC de $10,30 \text{ kg/m}^2 (\pm 5,66)$ a menos do que pensam ter. Apesar da diminuição no IMC, as participantes estavam insatisfeitas com a forma corporal e gostariam de pesar menos. Houve diminuição nos níveis dos sintomas de ansiedade e depressão após a cirurgia. Em relação ao comportamento alimentar, sugere-se que as participantes apresentaram dificuldades em relação aos conhecimentos acerca dos hábitos nutricionais adequados, contudo, houve melhora do controle alimentar relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada ao estado emocional e situações sociais após o procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: comportamento alimentar, ansiedade, depressão, imagem corporal, obesidade, cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

MOTA, D.C.L. **Eating Behavior, Anxiety, Depression and Body Image in Women Submitted to Bariatric Surgery. 2012. 143f.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto-SP, 2012.

According to World Health Organization (WHO), obesity has now become an epidemic disease that spreads worldwide becoming the focus of numerous studies addressing to its prevention and treatment, such as diet, medications and physical activity. On morbidly obese people, the Bariatric Surgery (BS) has been considered the most effective therapy in reducing their weight. However, subjects who underwent this procedure may present complicated psychological and eating behavior, jeopardizing the success of treatment, thus justifying the relevance of investigation. This study evaluated the eating behavior, symptoms of anxiety and depression and body image in 50 obese women selected from a waiting list on bariatric surgery performed in the service of obesity surgery of Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - SP (HC/FMRP/USP). The survey was conducted in two phases: before the surgery and four months after it, applying: The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and the Figure Rating Scale (FRS) was applied after the surgery. Anthropometric was performed according to the parameters of the World Health Organization (1995) to obtain the Body Mass Index (BMI). We used descriptive statistics, test *t Student* for dependent samples and two way ANOVA ($p < 0.05$). Mean BMI before and after surgery were respectively $49.08 \text{ kg/m}^2 (\pm 6.60)$ and $37.08 \text{ Kg/m}^2 (\pm 4.83)$, with a significant weight loss [$t_{(49)} = 28.15$, $p < 0.01$]. Data from QHCA showed a variation in mean scores when comparing the pre and post-operative period of restricted feeding subscales [$t_{(49)} = -5.87$, $p < 0.01$], emotional [$t_{(49)} = 3.33$, $p < 0.01$] and external [$t_{(49)} = 4.02$, $p < 0.01$]. The mean BAI scores before and after the surgery were respectively $11.76 (\pm 8.51)$ and $7.32 (\pm 7.33)$ [$t_{(49)} = 3.38$, $p < 0.01$]. The mean score of BDI before and after surgery were respectively $14.0 (\pm 7.29)$ e $7.36 (\pm 5.94)$ [$t_{(49)} = 5.47$, $p < 0.001$]. The data showed that EFS of the subjects showed dissatisfaction with their own image - $10.30 \text{ kg/m}^2 (\pm 5.66)$; women with morbid obesity had higher body underestimation compared to those from other categories of nutritional status. Despite the decrease in BMI, the subjects were dissatisfied with their body shape and would like to weigh less. There was a reduction in levels of symptoms of anxiety and depression after surgery. In relation to feeding behavior, it seems to be a lack of knowledge about nutritional habits. However, there was an improvement in the control of food on the attractive aroma and flavor of food associated with emotional state and social situations after surgery.

Keywords: eating behavior, anxiety, depression, body image, obesity, bariatric surgery.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Desenho ilustrativo da gastroplastia vertical com derivação gastrojejunal em Y de Roux sem anel38
- Figura 2** - Distribuição em porcentagem do número de participantes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, de acordo com o Estado Nutricional antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012 74
- Figura 3** - Distribuição das porcentagens das pacientes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, com diferentes níveis de sintomas de ansiedade de acordo com a pontuação obtida através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 201277
- Figura 4** - Distribuição das porcentagens das pacientes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, com diferentes níveis de sintomas de depressão de acordo com a pontuação obtida através do Inventário de Depressão de Beck (BDI) antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012 77
- Figura 5** - Classificação do Estado Nutricional em relação à Inacurácia da Percepção Corporal (Subestimação e Superestimação) das participantes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP), quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012 79
- Figura 6.** Média ($\pm$ DPM) da Inacurácia da Percepção Corporal (Kg/m^2) em relação às categorias de estado nutricional (obesidade Graus I, II e III) das pacientes (n=47) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012. * $p < 0,001$ comparado às categorias de obesidade Graus I e II 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do Estado Nutricional de adultos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)	21
Tabela 2 - Tratamentos indicados de acordo com a Classificação do IMC e Circunferência da Cintura, incluindo ainda orientações sobre estilo de vida saudável, comportamentos e mudanças na alimentação e atividade física	26
Tabela 3 - Recomendações e orientações sobre controle de peso e promoção de saúde	29
Tabela 4 - Recomendações atuais para a prática de atividade física	30
Tabela 5 - Deficiências nutricionais e na produção hormonal após a derivação gástrica em Y-de-Roux	39
Tabela 6 - Distribuição das características sociodemográficas das participantes (n=50), atendidas pelo serviço de cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, Ribeirão Preto, 2012	72
Tabela 7. Distribuição dos dados antropométricos das participantes (n=50), atendidas pelo serviço de cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012	74
Tabela 8 - Fase de incidência da obesidade das participantes (n=50), atendidas pelo serviço de Cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, Ribeirão Preto	75
Tabela 9 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM) e mediana dos escores totais e parciais do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) das participantes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012	76
Tabela 10 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM) e mediana da pontuação dos Inventários de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) e de Beck das participantes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012	76
Tabela 11 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM), valores mínimo e máximo e mediana do IMC Real, IMC “Atual”, IMC Desejado, da Inacurácia da Percepção Corporal e Insatisfação com a imagem corporal das pacientes (n=50) atendidas pelo serviço de cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, obtidos pela Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (Kg/m^2), quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012	78

Tabela 12 - Média ($\pm$ DPM) do IMC Atual (Kg/m^2) em relação às categorias de estado nutricional (obesidade Graus I, II e III) das pacientes (n=47) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 201279

Tabela 13 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM), mediana, mínimo e máximo das variáveis da imagem corporal de acordo com a idade das pacientes (n=50) atendidas pelo serviço de cirurgia da obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, obtidos quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 201280

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Obesidade	14
1.1.1. Conceito e Epidemiologia	14
1.1.2. Causas	16
1.1.3. Classificação e Co-morbidades	21
1.1.4. Tratamento	25
1.1.4.1. Tratamento Nutricional	27
1.1.4.2. Orientação da Atividade Física	29
1.1.4.3. Tratamento Psicológico	30
1.1.4.4. Tratamento Farmacológico	31
1.1.4.5. Tratamento Cirúrgico – Cirurgia Bariátrica	33
1.1.4.5.1. Comportamento Alimentar	39
1.1.4.5.2. Ansiedade e Depressão	44
1.1.4.5.3. Imagem Corporal	51
1.2. Justificativa do Estudo	59
2. OBJETIVO	60
2.1. Objetivo Geral	61
2.2. Objetivos Específicos	61
3. MATERIAL E MÉTODO	63
3.1. Local da Pesquisa	63
3.2. Participantes	63
3.3. Material	63
3.3.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
3.3.2. Questionário de Critérios Sociodemográficos e Condições Clínicas	64
3.3.3. Avaliação Antropométrica – Estimativa do Estado Nutricional (EN)	64
3.3.4. Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA)	64
3.3.5. Inventário de Ansiedade de Beck – BAI	65
3.3.6. Inventário de Depressão de Beck – BDI	65
3.3.7. Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)	66
3.4. Aspectos Éticos	66
3.5. Procedimentos	67
3.5.1. Coleta de Dados – Período Pré-Operatório	67
3.5.2. Coleta de Dados – Período Pós-Operatório	67
3.6. Análise dos Dados	68
3.6.1. Estimativa do Estado Nutricional	68
3.6.2. Comportamento Alimentar	69
3.6.3. Ansiedade	69
3.6.4. Depressão	69
3.6.5. Imagem Corporal	70
3.7. Análise Estatística	70
4. RESULTADOS	71
4.1. Caracterização da Amostra	72
4.1.2. Critérios Sociodemográficos	72
4.1.3. Estado Nutricional e Condições Clínicas	73

4.1.4. Comportamento Alimentar	75
4.1.5. Ansiedade e Depressão	76
4.1.6. Imagem Corporal	78
5. DISCUSSÃO	82
5.1. Características Sociodemográficas	83
5.2. Estado Nutricional e Condições Clínicas	84
5.3. Comportamento Alimentar	90
5.4. Ansiedade e Depressão	94
5.5. Imagem Corporal	101
6. CONCLUSÃO	102
6.1. Limitações Metodológicas	104
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	131
ANEXOS	136

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Obesidade

1.1.1. Conceito e Epidemiologia

A obesidade é caracterizada como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição corpórea e as consequências para saúde apresentam variação entre os obesos. O excesso de gordura abdominal representa maior risco em comparação ao excesso de gordura corporal por si só. Esta situação é definida como obesidade andróide, ao passo que a distribuição mais igual e periférica é definida como distribuição ginecóide, com menores implicações à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Atualmente, a obesidade é considerada um dos mais graves problemas de saúde pública e uma das doenças crônicas não transmissíveis que, epidemiologicamente, mais cresce no mundo tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (MAGDALENO; CHAIM; TURATO, 2009). Em 2005 aproximadamente 1,6 bilhões de adultos em todo o mundo tinham excesso de peso e pelo menos 400 milhões eram obesos. Além disso, estimativas apontam que em 2015 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com excesso de peso e 700 milhões serão obesos, sendo que em 2025, 50% da população mundial será obesa se medidas preventivas não forem adotadas. Além disso, a obesidade não se encontra limitada aos adultos, a prevalência tem aumentado rapidamente entre as crianças e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nos Estados Unidos da América (EUA), de acordo com a última avaliação nacional (*National Health and Nutrition Examination Survey* – NHANES, 2007-2008), o sobrepeso acomete 68% da população adulta (72,3% homens; 64,1% mulheres) enquanto a obesidade atinge 33,8% dos indivíduos desta mesma faixa etária (32,2% homens; 35,5% mulheres) (FLEGAL et al., 2010). Na Europa, a prevalência da obesidade triplicou nos últimos 20 anos, acometendo 25% da população (CUNHA et al., 2010). Nos países em desenvolvimento como

México, África do Sul e Egito são observadas prevalências igualmente elevadas, especialmente na população feminina (POPKIN, 2006).

Já é documentado que as taxas de excesso de peso em adultos são inferiores na população oriental quando comparadas às sociedades ocidentais, contudo, a prevalência de sobrepeso e obesidade atinge atualmente quase um quarto da população adulta japonesa. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Nutrição do Japão, o sobrepeso e obesidade atingem respectivamente 24,5% e 2,3% dos homens e 17,8% e 3,4% das mulheres (SIMONY et al., 2008).

No Brasil, também são crescentes as prevalências tanto de sobrepeso quanto de obesidade. Os dados mais recentes são referentes à Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, que entrevistou e avaliou medidas de peso e altura de pessoas em 55.970 domicílios em todos os estados do país e no Distrito Federal. Foram avaliados mais de 188 mil pessoas de todas as idades, sendo observado um aumento de excesso de peso e obesidade em toda a população quando comparada às pesquisas realizadas em 1974-1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF), 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN) e 2002-2003 (Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF).

Em relação à população adulta os dados da POF (2008-2009) apontaram que o excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-1975 para 50,1% em 2008-2009, enquanto nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8% para 16,9% quando comparadas as mesmas datas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O aumento do peso ocorreu em todas as regiões brasileiras sendo mais frequente em domicílios urbanos que rurais. Em relação aos homens foi observado, por exemplo, que na Região Sul, a prevalência de excesso de peso aumentou de 23,0%, em 1974-1975, para 56,8%, em 2008-2009. Entre as mulheres, este aumento é mais perceptível na Região Nordeste: de 19,5% para 46%. Além disso, o aumento ponderal foi verificado em todos os estratos de renda da população masculina, enquanto entre as mulheres, o crescimento é mais acentuado entre os 20% de menor rendimento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), a projeção para 2015 em relação à população brasileira é de que 67,2% dos homens e 73,6% das mulheres estarão com sobrepeso, e que 21,6% da população masculina e 39,7% da feminina, obesidade.

1.1.2. Causas

A obesidade é causada por um desequilíbrio no balanço energético que ocorre quando o aporte de energia é maior que o gasto energético. O balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta pelo indivíduo (COUTINHO; DUALIB, 2006). Quando a ingestão excede o gasto, ocorre um aumento no tamanho dos adipócitos sendo reconhecida como obesidade hipertrófica, com maior frequência em adultos. Em alguns casos, há aumento do número dessas células (obesidade hiperplásica), sendo observada principalmente nos primeiros anos de vida, na adolescência e gravidez (DÂMASO, 2003).

Apesar dos avanços nas pesquisas realizadas nos últimos anos, a etiologia deste desbalanço energético ainda não foi totalmente esclarecida. Contudo, alguns fatores podem estar envolvidos neste processo sendo responsáveis por sérias repercussões orgânicas e psicossociais, que podem acompanhar o indivíduo desde sua infância até a vida adulta (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005) tais como: genéticos, ambientais, metabólicos, endócrinos, psicológicos, culturais e sociais (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004; COUTINHO; DUALIB, 2006; BRASIL, 2006).

Embora a influência genética ainda não esteja totalmente esclarecida no desenvolvimento da obesidade, sabe-se que fatores genéticos podem estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos e ao gasto energético (BRASIL, 2006). Estima-se que os fatores genéticos possam responder por 24 a 40% da variação no IMC, por determinarem diferenças em fatores como taxa metabólica basal e resposta à superalimentação (COUTINHO; DUALIB, 2006). Contudo, o genoma humano não sofre alterações a milhares de anos, desta forma é considerado que somente pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade possa ser atribuída apenas aos fatores genéticos (CARLOS-POSTON; FOREYT, 1999; BRASIL, 2006). Acredita-se que a adoção de um comportamento alimentar inadequado juntamente ao sedentarismo atue sobre genes de susceptibilidade sendo fator determinante para o crescimento da obesidade no mundo. Dessa forma, é possível que a obesidade e suas complicações metabólicas sejam resultantes de fatores poligênicos complexos e um ambiente obesogênico (COUTINHO; DUALIB, 2006; NAVES, 2007).

Fatores genéticos e hábitos de vida estão envolvidos na associação entre a ocorrência de obesidade entre membros de uma mesma família. A ocorrência de obesidade dos pais pode

aumentar o risco do surgimento da obesidade, chegando a um risco quase duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004), o ambiente obesogênico é o principal determinante do rápido crescimento da prevalência de obesidade no mundo. Nas sociedades ocidentais ou com hábitos de vida ocidentalizados o crescimento da obesidade está associado à oferta ilimitada e ao aumento do consumo de alimentos baratos, práticos, processados, altamente palatáveis e com alta densidade energética e ainda ao sedentarismo com diminuição da atividade física, principalmente nas cidades grandes (COUTINHO; DUALIB, 2006). O processo de industrialização e urbanização é responsável por esta modificação nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Nos EUA, por exemplo, estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o açúcar, em 64%; em contrapartida, o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras, 18% (COUTINHO; DUALIB, 2006). O aumento do consumo calórico atribui-se, em grande parte, ao aumento progressivo do tamanho das porções de alimentos no país. Para os americanos, a alimentação fora de casa, principalmente em *fast-food* (responsáveis por 40% dos gastos de alimentação no país), associa-se à maior prevalência de obesidade (SICHERI; SOUZA, 2006).

No Brasil a última POF (2008-2009), mostrou que entre as prevalências de inadequação de consumo destacaram-se o excesso de gorduras saturadas e açúcar (82% e 61% da população, respectivamente) com o consumo elevado de bebidas com adição de açúcar (sucos, refrescos e refrigerantes), especialmente entre os adolescentes, que ingerem o dobro da quantidade registrada para adultos e idosos, além de apresentarem alta frequência de consumo de biscoitos, linguiças, salsichas, mortadelas, sanduíches e salgados e uma menor ingestão de feijão, saladas e verduras. Foi ainda verificada uma escassez de fibras (68% da população), sendo que a ingestão diária de frutas, legumes e verduras estavam abaixo dos níveis recomendados pelo Ministério da Saúde (400g) para mais de 90% da população em todas as classes de renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A comparação entre as POF's de 2002-2003 e 2008-2009 mostrou a evolução do consumo de alimentos no domicílio, indicando uma queda na aquisição de itens tradicionais na composição do total médio diário de calorias adquirido pelo brasileiro, como arroz (de 17,4% para 16,2%), feijão (de 6,6% para 5,4%) e farinha de mandioca (de 4,9% para 3,9%), com aumento na proporção de alimentos industrializados, como pães (de 5,7% para 6,4%),

embutidos (de 1,78% para 2,2%), biscoitos (de 3,1% para 3,4%), refrigerantes (de 1,5% para 1,8%) e refeições prontas (de 3,3% para 4,6%). Em relação à aquisição média anual *per capita*, foi observada uma queda de 40,5% para o arroz polido (de 24,5 kg para 14,6 kg), 26,4% para o feijão (de 12,4 kg para 9,1 kg) e para açúcar refinado, de 48,3% (de 6,1 kg para 3,2 kg) em 2008-2009. Em contrapartida houve um aumento do refrigerante de cola (39,3%, de 9,1 kg para 12,7 kg) e da cerveja (23,2%, de 4,6 kg para 5,6 kg) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Sobre o percentual de consumo fora do domicílio em relação ao consumo total, segundo cada tipo de alimento, destacaram-se: cerveja (63,6%), salgadinhos industrializados (56,5%), salgados fritos e assados (53,2%), bebidas destiladas (44,7%), pizzas (42,6%), sanduíches (41,4%), refrigerantes *diet* ou *light* (40,1%), refrigerantes (39,9%), salada de frutas (38,8%) e chocolates (36,6%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Diferentes aspectos correspondem às mudanças dos padrões nutricionais, o que modifica a dieta das pessoas e correlaciona-se às mudanças sociais, econômicas e demográficas relacionadas à saúde. No Brasil, a característica básica observada atualmente é o crescimento da dieta rica em gorduras, açúcares, alimentos refinados e redução em carboidratos complexos e fibras, sendo ainda associada com a diminuição da atividade física. As mudanças observadas no padrão alimentar e no perfil nutricional (com a redução da desnutrição em detrimento ao aumento do sobrepeso e obesidade) acompanhados pelo aumento de DCNT na população brasileira caracteriza o processo de transição nutricional no país. Esse processo vem sendo observado em diversos países em desenvolvimento (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Segundo Tardido e Falcão (2006), vários aspectos associados à dieta podem ser responsáveis pelo o aumento do excesso de peso dos brasileiros, levando a mudanças importantes nos padrões alimentares da população: migração interna, alimentação fora de casa, crescimento na oferta de refeições rápidas e ampliação do uso de alimentos industrializados e processados. Estes fatores se associam de forma direta à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação, em particular, associado ao valor sociocultural que os alimentos representam em cada grupo social (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Além dos hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo também contribui para o aumento do excesso de peso. Da mesma forma que a obesidade, o sedentarismo caracteriza-se como uma epidemia global nas ultimas décadas. Em países desenvolvidos, a prática de atividade física reduziu drasticamente, sendo ainda mais intensa em populações de baixa

renda, uma vez que o modelo urbano caracterizado principalmente pela utilização de automóveis, juntamente à falta de segurança em bairros menos favorecidos, aumenta a vulnerabilidade das populações de baixa renda ao sedentarismo e obesidade. Esses mesmo aspectos são observados em países em desenvolvimento (COUTINHO; DUALIB, 2006).

O aumento do sedentarismo pode ser atribuído aos níveis decrescentes de trabalho físico como, por exemplo, o aumento observado na migração das populações das zonas rurais para zonas urbanas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, 2011). Além disso, os avanços da tecnologia contribuem para a diminuição do gasto energético como o uso de controle remoto, telefones celulares entre outros que caracterizam o estilo de vida moderno. Estudos apontam que o hábito de assistir televisão pode desempenhar um importante papel no desenvolvimento da obesidade já que diminui a prática esportiva de lazer, influencia na escolha de alimentos e aumenta o consumo de lanches e bebidas de alto valor calórico particularmente em crianças e adolescentes (TARDIDO; FALCÃO, 2006; COUTINHO; DUALIB, 2006; SICHIERI; SOUZA, 2006).

Outros fatores como os problemas endócrinos também podem levar à ocorrência obesidade, como por exemplo, o hipotireoidismo e desordens no hipotálamo, contudo representam menos de 1% dos casos de excesso de peso (FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHI JUNIOR, 2001).

Determinadas situações podem favorecer a obesidade como, por exemplo, mudanças em alguns momentos da vida (casamento, viuvez, separação), fatores psicológicos (como o estresse, ansiedade, depressão e a compulsão alimentar), alguns tratamentos medicamentosos (psicofármacos e corticóides), parar de fumar e o consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2006).

Fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais são importantes causas do excesso de peso, embora suas relações para promover ou proteger contra o desenvolvimento da obesidade sejam complexas e variem consideravelmente de acordo com cada país, de uma sociedade para outra e nos diferentes contextos históricos. Através dos séculos, nas diversas culturas e sociedades, o corpo adquiriu conotações, significados, importância e tratamentos diferentes (BRASIL, 2006). O homem atual mudou seus conceitos de beleza, passando a valorizar um corpo curvilíneo, atlético, magro, ao contrário, por exemplo, dos padrões estipulados no período do renascimento onde a corpulência estava associada à idéia de saúde (BAY; HERSCOVICI, 1997). Padrões definidos para obesidade podem ser distintos entre grupos sociais, podendo associar-se às idéias de sucesso econômico, força política e condição social, ou ao contrário, um corpo discriminado e sem controle (BRASIL, 2006).

É também importante considerar o papel social que o alimento representa para a população. Atualmente o consumo alimentar é estimulado pela mídia, e a capacidade de adquirir um produto para o consumo se traduz em um símbolo de pertencimento social. A própria magreza é veiculada como produto para estimular o consumo de alimentos de alto valor energético (DIEZ-GARCIA, 2011).

Os fatores comportamentais também estão envolvidos na obesidade. Algumas alterações psicológicas como ansiedade e depressão já são apontadas como potencializadoras dos padrões de peso, podendo ser classificadas como causadoras e/ou complicadoras da obesidade (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2003). Sabe-se ainda que quando as condições sociais de um indivíduo são piores pode ocorrer o excesso de consumo alimentar e consequente ganho de peso como mecanismo de atenuar tensões (DIEZ-GARCIA, 2011).

Em relação à associação entre obesidade e pobreza, algumas hipóteses podem estar envolvidas. Em situações de carência alimentar o indivíduo teria uma susceptibilidade genética para o desenvolvimento da obesidade, como fator protetor em escassez de alimentos. Diante disso, em condições de abundância alimentar, "genes ligados à obesidade" poderiam se tornar deletérios ou não protetores, acarretando o ganho excessivo de peso. Outra hipótese seria de que uma desnutrição energético-protéica precoce poderia futuramente promover a obesidade, uma vez que levaria a uma diminuição das necessidades energéticas, alterando a taxa metabólica basal e facilitando o acúmulo de gordura corporal, possibilitando um balanço energético positivo mesmo com aporte energético normal. Também existe a possibilidade de que, independentemente de fatores genéticos, a melhora da condição social poderia contribuir para o excesso de peso na população, pois estaria associada a fatores como alta ingestão energética, aumento do consumo de gorduras e açúcares juntamente à diminuição do consumo de fibras e redução da atividade física (BRASIL, 2006; SIQUEIRA; ALVES; FIGUEIROA, 2009). Além disso, sabe-se que alimentos como frutas e vegetais não seriam tão acessíveis à população de baixa renda, visto que tais indivíduos dariam preferência a alimentos com alta densidade energética, por serem estes mais baratos, mais saborosos e conferirem maior saciedade (BRASIL, 2006).

A obesidade está relacionada às maneiras de viver e às condições efetivas de vida e saúde de sociedades, classes, grupos e indivíduos, que são construções históricas e sociais. Estratégias educacionais, comportamentais e farmacológicas têm sido abordadas para prevenção e controle deste problema. Contudo, as mesmas podem ser relevantes no âmbito individual, mas não tão eficazes no contexto populacional, se não estiverem associadas a

medidas que contemplem as diversas dimensões do ambiente (física, econômica, política e sociocultural) de forma a torná-lo menos obesogênico (BRASIL, 2006).

1.1.3. Classificação e Co-morbidades

O diagnóstico de obesidade é realizado através da avaliação antropométrica que se constitui um método de investigação baseado na aferição de medidas corporais utilizada para classificar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais. Entre as classificações utilizadas mundialmente, o Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos parâmetros mais utilizados para esta avaliação consistindo uma medida que expressa a relação entre o peso do sujeito em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado ($IMC = kg/m^2$) (WHO, 1995).

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde passou a adotar valores para a classificação do estado nutricional de acordo com o IMC, que levam em consideração, inclusive, o risco de outras co-morbidades (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação do Estado Nutricional de adultos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m^2)	RISCO DE CO-MORBIDADES
Baixo Peso	< 18,5	Baixo (porém com aumento de outros problemas clínicos)
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	24-29,9	Ligeiramente aumentado
Obeso	≥ 30	
Grau I	30-34,9	Moderado
Grau II	35-39,9	Grave
Grau III	≥ 40	Muito Grave

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998).

O IMC é um bom indicador para diagnóstico do estado nutricional em adultos, sendo uma medida não invasiva, de fácil aplicação e de baixo custo, contudo, deve ser complementado por uma avaliação clínica já que o seu uso de forma isolada pode apresentar algumas limitações como: não diferencia massa gordurosa de massa magra, podendo ser

pouco estimado em indivíduos mais velhos em decorrência de sua perda de massa magra e diminuição do peso e superestimado em indivíduos musculosos; indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral, cujo excesso pode estar concentrado na região abdominal ou no tronco (obesidade andróide) ou na região dos quadris (obesidade ginecóide); não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal que é uma medida importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total (REXRODE et al., 1998; KAMIMURA et al., 2005; NAVES, 2007).

Algumas avaliações são realizadas para determinar a composição corporal sendo as mais precisas: densitometria de dupla captação (DEXA), água duplamente marcada, pesagem hidrostática e bioimpedância elétrica (KAMIMURA et al., 2005; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Já a distribuição do excesso de gordura no organismo pode ser avaliada através da circunferência abdominal, sendo um método importante para quantificar o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade estabelecendo os seguintes critérios: homens com circunferência abdominal superior ou igual a 94 cm ou superior ou igual a 102 cm apresentam risco aumentado ou substancialmente aumentado, respectivamente ao surgimento de outras co-morbidades crônicas não transmissíveis, enquanto para as mulheres esse valor seria igual ou superior a 80 cm e igual ou superior a 88 cm (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). A combinação desta medida com o IMC contribui para avaliar os riscos a saúde e diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (REXRODE et al., 1998).

A alta prevalência e a importância das doenças associadas fazem com que a obesidade seja considerada uma das mais importantes doenças nutricionais do mundo ocidental. Entre as co-morbidades envolvidas em seu curso destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias, doenças cardiovasculares, *Diabetes Mellitus Tipo II* (DM II), cálculos biliares, esteatose hepática, desordens ortopédicas, distúrbios psicossociais, apnéia do sono e até mesmo alguns tipos de câncer (NAVES, 2007; CUNHA et al., 2010).

Com base na pesquisa do *National Health and Nutrition Examination Study III* (NHANES III), que envolveu mais de 16 mil participantes, um estudo descreveu a relação entre excesso de peso e prevalência de co-morbidades na população dos EUA sendo verificado que a obesidade foi associada a um aumento da prevalência de DM II, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, HAS, osteoartrite e de dislipidemia (MUST et al., 1999). Em um estudo realizado com 1.039 adultos brasileiros (ambos os sexos) verificou-se

que os indivíduos com obesidade e/ou excesso de gordura abdominal apresentaram maior prevalência de HAS, DM e dislipidemia em relação aos participantes eutróficos (SOUZA et al., 2003).

As doenças com maior risco de ocorrência devido ao excesso de peso são as cardiovasculares e o DM II, sendo que a frequência destas patologias é quase três vezes maior em indivíduos obesos do que naqueles que apresentam peso adequado. Além disso, a elevada concentração de gordura na região abdominal apresenta aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos (FORD; MOKDAD; GILES, 2003; BRASIL, 2006).

A obesidade, principalmente do tipo andróide, pode elevar o risco da ocorrência de DM II em dez vezes. No desenvolvimento de diabetes, o tecido adiposo atua aumentando a demanda por insulina e, em pacientes obesos, criando resistência a esta, em consequência, não há aumento da produção e liberação de insulina pelas células pancreáticas, o que ocasiona aumento na glicemia e consequente hiperinsulinemia. Esse processo pode levar ao surgimento de complicações crônicas, como neuropatias, nefropatia, retinopatia e alterações macrovasculares que, somadas à comorbidez própria da obesidade, podem levar a uma redução da expectativa de vida do indivíduo, principalmente devido ao risco de doenças cardiovasculares (FRANCISCHI et al., 2000; CASTRO, 2009).

Segundo Francischi et al. (2000), a prevalência da HAS é seis vezes maior em obesos do que em indivíduos com peso normal, podendo ocorrer uma elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg para cada aumento de 10% na gordura corporal. Além disso, este aumento está mais associado à obesidade abdominal em relação àquela localizada na região do quadril. O acúmulo de gordura intra-abdominal resulta em um aumento da liberação de ácidos graxos livres (AGL) na veia porta, elevando a síntese hepática de triacilgliceróis, aumentando a resistência à insulina e a hiperinsulinemia, as quais contribuem para o aumento de retenção de sódio pelas células e na atividade do sistema nervoso simpático, distúrbio no transporte iônico da membrana celular e consequente aumento da pressão sanguínea.

A ocorrência de dislipidemias na obesidade, representada pela elevação do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) e dos triglicérides circulantes, e diminuição na lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol) pode levar à incidência de doenças cardiovasculares (FRANCISCHI et al., 2000).

O desenvolvimento de câncer colorretal e de próstata nos homens e de câncer de colo uterino, ovário e mama em mulheres é maior quando o indivíduo apresenta excesso de peso.

Além disso, a concentração do tecido adiposo na região abdominal aliada à síndrome de resistência a insulina em mulheres obesas, elevam ainda mais o risco de câncer de mama e ainda à disfunções endócrinas como irregularidades no ciclo menstrual, síndrome hipertensiva durante a gravidez e síndrome do ovário policístico (FRANCISCHI et al., 2000).

A ocorrência de disfunção na vesícula biliar com a formação de cálculos biliares é comum em obesos e pode estar relacionada com o aumento no colesterol circulante quando os estoques de tecido adiposo são mobilizados ou com a elevação na taxa de colesterol excretado na bile. A formação do cálculo na vesícula biliar depende da precipitação do colesterol de bile saturada. Para cada 1 kg de gordura corporal, aproximadamente 20 mg/dl de colesterol é sintetizado e, em obesos, a bile é muito mais saturada com colesterol (FRANCISCHI et al., 2000).

Indivíduos com obesidade podem ainda apresentar várias disfunções pulmonares. O aumento na quantidade de gordura acumulada na região torácica e abdominal dificulta os movimentos respiratórios diminuindo o volume pulmonar. O aumento no excesso de peso leva à sobrecarga muscular para a ventilação, resultando em disfunção da musculatura respiratória (FRANCISCHI et al., 2000). A apnéia do sono é outra disfunção respiratória comum em indivíduos com obesidade, especialmente com acúmulo de gordura na porção alta do abdome. Pelo menos 60 a 70% dos indivíduos com este problema são obesos, sendo que sua incidência é 12 a 30 vezes maior naqueles que apresentam obesidade grau III em relação à população em geral (CENEVIVA et al., 2006).

Além das complicações metabólicas, indivíduos com obesidade podem ainda apresentar problemas mecânicos uma vez que o excesso de peso facilita a ocorrência de traumas, principalmente nas articulações, como a osteoartrite no joelho entre outros problemas ortopédicos (FRANCISCHI et al., 2000).

Em 2004, foi estimado que o excesso de peso levou à ocorrência de 2,8 milhões de mortes no mundo, enquanto o total combinado com a inatividade física foi de 6,0 milhões superando o excesso de mortalidade associado ao tabaco (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, 2011).

As doenças causadas pela obesidade reduzem a qualidade de vida e representam direta ou indiretamente mortalidade das populações. A forma direta envolve gastos com o tratamento da obesidade e suas consequências e a indireta relacionam-se às incapacidades e consequente absenteísmo e perda de renda pela redução da produtividade (FERREIRA, 2006). Além disso, mudanças de infra-estrutura são necessárias para lidar com pessoas obesas (camas reforçadas, mesas de operação, cadeiras de rodas, catracas alargada, modificações nos

meios de transporte e etc.). Dessa forma, o excesso de peso acarreta altos custos aos sistemas de saúde. Estimativas de países desenvolvidos apontam os gastos com obesidade como um dos mais altos, ficando em torno de 6% ou mais das despesas totais com a saúde. Nos EUA, estimativas baseadas em dados de 2008 indicaram as despesas chegaram a 147 bilhões de dólares neste ano (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, 2011).

No Brasil, dados de prevalência baseados na Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1996-1997 no Nordeste e no Sudeste do país com 5.121 adultos, mostraram que os custos totais atribuídos ao Sistema Único de Saúde em relação ao excesso de peso somaram 2,74% dos custos totais de hospitalização entre homens e 3,51% entre as mulheres. A taxa de hospitalização por 100 mil habitantes atribuída ao sobrepeso e à obesidade foi, respectivamente, de 47,7% e 30,4% para homens e 68,0% e 6,8% para mulheres, as taxas de morte associadas ao sobrepeso e à obesidade foram maiores entre homens (13,84% e 7,95%) do que entre as mulheres (7,15% e 6,0%). Em 2001, os gastos com hospitalização indicaram que a proporção de internações com sobrepeso/obesidade e suas co-morbidades apresentaram impacto importante nos custos econômicos, aproximando-se aos percentuais observados na França (SICHIERI; SOUZA, 2006).

A combinação do aumento do IMC com outros fatores como sedentarismo, alimentação inadequada além do uso de álcool e cigarro pode apresentar diferentes consequências em relação ao desenvolvimento das doenças associadas à obesidade. O conhecimento das patologias mais frequentes associadas ao excesso de peso auxilia o diagnóstico precoce e o tratamento destas condições, permitindo a identificação precoce e avaliação de risco, de forma que as intervenções adequadas possam ser realizadas para reduzir a mortalidade (FRANCISCHI et al., 2000).

A avaliação de um indivíduo com obesidade deve ser feita de maneira integral, da mesma forma que é realizada em caso de qualquer outra patologia. Contudo, deve englobar itens específicos, sendo necessária a elaboração de uma história clínica completa, incluindo anamnese alimentar e um minucioso exame físico (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

1.1.4. Tratamento

Atualmente o tratamento da obesidade é um dos grandes desafios para os profissionais da saúde em decorrência a alta prevalência de co-morbidades clínicas associadas assim como o comprometimento funcional e psicológico. Dessa forma, a terapia para o excesso de peso exige, além da disciplina e motivação do indivíduo para adequar-se e manter-se no tratamento, o apoio de uma equipe multidisciplinar com a função de detectar e modificar as condições que causam a obesidade, avaliando os fatores clínicos, psicossomáticos e comportamentais (BRESSAN; COSTA, 2006; MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; DIXON; DIXON, 2006).

Além da atuação dos profissionais da saúde é importante considerar que o indivíduo obeso deve ter a conscientização de que não existe uma “fórmula mágica” ou medicamento capaz de fornecer resultados satisfatórios e em longo prazo sem o seu comprometimento em modificar seus hábitos alimentares e estilo de vida. O indivíduo deve ainda compreender que a perda de peso é muito mais que uma medida estética e visa à diminuição da morbidade e mortalidade associadas à obesidade (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; DOS SANTOS, 2006).

Todos os indivíduos que buscam o tratamento devem, obrigatoriamente, receber orientações nutricionais e de realização de atividade física visando modificações comportamentais nos hábitos alimentares e estilo de vida. O uso de fármacos e a intervenção cirúrgica podem ser aplicados em casos mais específicos em que medidas gerais não são suficientes (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006).

A escolha do tratamento para obesidade varia de acordo com características individuais (DIXON; DIXON, 2006). Na tabela 2 estão descritas algumas recomendações de tratamento de acordo com a classificação do IMC e da medida da circunferência da cintura.

Tabela 2 continua - Tratamentos indicados de acordo com a Classificação do IMC e Circunferência da Cintura, incluindo ainda orientações sobre estilo de vida saudável, mudanças na alimentação e atividade física.

Classificação IMC (OMS)	Circunferência da Cintura	Tratamento	Tratamento se Houver Risco Adicional
Normal		- Orientações sobre estilo de vida saudável: atividade física e comportamento alimentar (nenhuma terapia específica para perda de peso é indicada)	- Dietas de baixa caloria devem ser recomendadas se a perda de peso for considerada benéfica

Tabela 2 continuação - Tratamentos indicados de acordo com a Classificação do IMC e Circunferência da Cintura, incluindo ainda orientações sobre estilo de vida saudável, mudanças na alimentação e atividade física.

Classificação IMC (OMS)	Circunferência da Cintura	Tratamento	Tratamento se Houver Risco Adicional
Sobrepeso	Homem > 94 cm Mulher > 80 cm	- Dieta com baixa caloria	- Dieta de muito baixa caloria - Farmacoterapia
Classe I	Homem > 102 cm Mulher > 88 cm	- Dieta de muito baixa caloria - Farmacoterapia	- Dieta de muito baixa caloria - Farmacoterapia - Balão Intragástrico - Cirurgia (?)
Classe II		- Dieta de muito baixa caloria - Farmacoterapia - Balão Intragástrico - Cirurgia (?)	- Cirurgia
Classe III		- Cirurgia	- Cirurgia

* Circunferência da cintura: medida válida para caucasianos.

Fonte: Dixon e Dixon (2006).

1.1.4.1. Tratamento Nutricional

Embora todos os tratamentos para obesidade sejam relevantes, o dietético constitui a base do tratamento. Neste sentido, mudanças no comportamento alimentar são essenciais para a eficácia de qualquer terapia proposta para perda de peso, sendo, portanto importante, o esforço e a consciência por parte do indivíduo obeso em modificar seus antigos hábitos (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Diferentes dietas e/ou planos alimentares podem ser propostos para a obesidade, contudo todos buscam atingir uma perda de peso sustentada, saudável e que promova benefícios adicionais à saúde do indivíduo (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; BRESSAN; COSTA, 2006).

O plano alimentar visa alcançar um balanço energético negativo (em que a reserva adiposa será o substrato para manter o organismo funcionando), promover a manutenção do peso atingido e prevenir o reganho de peso (BRESSAN; COSTA, 2006). Além de promover a adequação do gasto energético e redução da ingestão energética que terão que ser

incorporados em longo prazo, o planejamento nutricional baseia-se na modificação dos hábitos e práticas relacionados à escolha dos alimentos, comportamentos alimentares, redução dos fatores de risco metabólico, reestabelecimento do equilíbrio psicossomático, melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida (BRESSAN; COSTA, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Muitas discussões são realizadas acerca da composição ideal da dieta e de suas influências para perda e manutenção de peso. Sabe-se que planos alimentares restritivos limitam a oferta de macronutrientes e micronutrientes podendo gerar complicações importantes para o indivíduo, sendo ineficazes em médio e longo prazo. O plano dietético deve atender às necessidades calóricas mínimas do indivíduo, considerando sexo, idade, nível de atividade física e IMC. Cabe ao nutricionista avaliar se o paciente necessita de um plano normocalórico, interferindo apenas nos hábitos alimentares e no estilo de vida, ou se necessita de um plano hipocalórico e qual o nível de restrição (BRESSAN; COSTA, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Planos alimentares de muito baixo conteúdo calórico são indicados para pacientes com obesidade mórbida que necessitam de uma rápida perda de peso, porém a reeducação alimentar nessa fase é importante para evitar recidivas e recuperação do peso perdido. Em sua grande maioria, tais planos exigem suplementos vitamínicos e minerais para cobrir as necessidades diárias, vigilância constante pela equipe multidisciplinar e, em muitos casos, a hospitalização do paciente (BRESSAN; COSTA, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Segundo Bressan e Costa (2006), uma perda de 0,5 a 1 kg de peso corporal por semana é considerada satisfatória, contudo, perda de peso muito lentas podem desestimular o paciente na adesão ao tratamento. Planos alimentares com redução moderada de calorias, dentro de metas reais e sustentáveis, associados ao aumento da atividade física continuam sendo a melhor opção de controle nutricional da obesidade. O fracionamento da dieta em várias refeições ao longo do dia pode gerar menos oscilações nos níveis séricos de insulina, acarretando uma menor sensação de fome, contribuindo para a adesão do paciente (BRESSAN; COSTA, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Dietas com distribuição adequada de proteínas (10-15%), carboidratos (55-75% calorias totais), gorduras (15-30% calorias), vitaminas, minerais e fibras (> 25g/dia), de acordo com as especificações para idade e sexo, são mais efetivas a médio e longo prazo, além de promoverem um bom funcionamento do organismo e melhorias na saúde do indivíduo (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Para o sucesso de um plano alimentar, a equipe multidisciplinar tem funções importantes ao longo de todo o tratamento. São elas: motivar o indivíduo obeso para a perda de peso; conhecer a história de êxitos e fracassos do indivíduo na perda de peso; observar o suporte familiar e de amigos; monitorar as co-morbidades associadas à obesidade bem como os seus fatores de risco; motivar a prática de atividade física; minimizar as dificuldades e resistências do indivíduo ao tratamento, assim como observar sua condição socioeconômica (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; BRESSAN; COSTA, 2006).

Na tabela 3 estão descritas orientações nutricionais para perda de peso das principais organizações envolvidas com a promoção da saúde. Embora apresentem poucas diferenças, todas as recomendações seguem o mesmo padrão.

Tabela 3 - Recomendações e orientações sobre controle de peso e promoção de saúde.

Instituição/Organização	Recomendação
United States Preventive Services Task Force (1996)	Dieta restrita em gordura, particularmente saturada, e rica em frutas, vegetais e grãos.
United States Department of Agriculture (USDA) (2000)	Ingesta abundante de grãos, vegetais e frutas, com restrição de açúcar e gordura.
National Cancer Institute (2004)	Programa de 5 dias encorajando a ingestão de frutas e vegetais, com inclusão de 20 a 35g de fibras/dia com menos de 30% das calorias de gordura.
American Dietetic Association (2002)	Idem à do USDA.
American Diabetes Association (2002) (Franz et al., 2002)	55% de calorias de carboidratos, até 30% de gorduras (10% de gorduras trans/saturadas, 10% (poliinsaturadas) e 15 a 20% de proteínas.
National Academies of Science's Institute of Medicine (IOM) (Food nutr., 2002)	45 a 65% de calorias de carboidratos, 20 a 35% de gorduras e 10 a 35% de proteínas.

Fonte: Moreira e Benchimol (2006).

1.1.4.2. Orientação da Atividade Física

Assim como as orientações nutricionais, a prática de atividade física é essencial para o tratamento da obesidade, pois está relacionado a um maior gasto energético e melhora importante nos parâmetros metabólicos (metabolismo de glicose e do perfil lipídico, diminuição da pressão arterial, entre outros) e na qualidade de vida (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006). A atividade física como método isolado não é muito eficaz para perda ponderal, contudo, facilita o controle de peso em longo prazo (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Recomendações de exercício físico para sobrepeso e obesidade devem considerar o estado geral de cada indivíduo, observando a tolerância de cada paciente à atividade prescrita, sendo ainda importante que o mesmo escolha uma atividade que goste para contribuir na adesão ao tratamento (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Moreira e Benchimol (2006) discutem que embora exista uma tendência em prescrever que uma quantidade mínima de atividade física de 150 minutos/semana seria ideal para perda de peso, outras evidências mostram que níveis superiores são necessários para esse objetivo.

Na tabela 4 estão demonstrados os níveis mínimos de atividade física recomendados atualmente por diferentes instituições.

Tabela 4 - Recomendações atuais para a prática de atividade física.

Institute of Medicine (IOM)	45 a 60 minutos/dia
International Association for the Study of Obesity (IASO)	60 a 90 minutos/dia
American College of Sports Medicine (ACSM)	60 minutos/dia

Fonte: Moreira e Benchimol (2006).

A dificuldade em adaptar um tempo para realização da atividade física é um dos grandes problemas na sociedade atual. Segundo Nonino-Borges et al. (2006), um programa que inclui 30 minutos de caminhada pelo menos três vezes por semana é o mais recomendado, sendo uma alternativa que contribui para adesão do tratamento da obesidade.

1.1.4.3. Tratamento Psicológico

Embora nem todos os indivíduos com obesidade apresentem distúrbios psicológicos, as mudanças comportamentais envolvidas na maior ingestão de alimentos deve ser considerada fundamental no planejamento do tratamento dietético para a perda de peso (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Modificações no estilo de vida são essenciais no tratamento da obesidade, contudo, na maioria das vezes só são possíveis com o auxílio de importantes mudanças comportamentais, embora a maioria das pessoas possua dificuldades em mantê-las (COOPER et al., 2010). Dessa forma, as alterações no comportamento de obesos constituem a principal intervenção psicológica, visando reduzir o consumo calórico e aumento o gasto energético (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006).

A maioria dos programas comportamentais consegue atingir perdas entre 0,5 e 1 kg por semana. As principais abordagens psicológicas usadas para o tratamento são: automonitoramento, estabelecimento de metas, nutrição, exercício, controle de estímulos, solução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; DIXON; DIXON, 2006).

O tratamento comportamental na obesidade busca estabelecer metas que permitam o monitoramento do progresso individual, devendo ser claramente orientado com pequenas ao invés de grandes mudanças. Dessa forma, o automonitoramento vem sendo considerado, entre outros tratamentos, a mais importante intervenção comportamental no tratamento da obesidade e já se mostrou associado à manutenção da perda de peso em longo prazo com resultados mais positivos que a perda de peso farmacoinduzida. Consiste em orientar o indivíduo a realizar um diário detalhado sobre situações ou comportamentos específicos que possam influenciar no ganho de peso. Assim, o indivíduo é capaz de identificar as situações cotidianas que comprometam o seu tratamento (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006).

1.1.4.4. Tratamento Farmacológico

O uso de fármacos no tratamento da obesidade deve sempre ter como objetivo auxiliar o processo de mudança dos hábitos alimentares e estilo de vida. Dessa forma, a farmacoterapia deve atuar apenas como auxílio ao tratamento nutricional e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Segundo o Consenso Brasileiro sobre Obesidade o tratamento farmacológico é indicado para indivíduos com o $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ com co-morbidade associada (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006).

Os fármacos envolvidos na perda ponderal estão divididos em três grupos: os que reduzem a fome ou modificam a saciedade, os que diminuem a digestão e a absorção de nutrientes e os que aumentam o gasto energético (não são aprovados no Brasil). Os medicamentos que modificam a ingestão de alimentos aumentam a disponibilidade de neurotransmissores (principalmente noradrenalina, adrenalina, serotonina e dopamina) no sistema nervoso central (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Os agentes catecolaminérgicos como a anfepramona, fenproporex e mazindol, são utilizados no tratamento da obesidade, embora possam causar efeitos colaterais como insônia, boca seca, constipação intestinal, euforia, taquicardia e hipertensão, além da recuperação do peso após a interrupção do seu uso.

Já agentes serotoninérgicos aumentam a liberação de serotonina, inibem sua recaptação ou ambos e são também conhecidos como sacietógenos. A fenfluramina e a dexfenfluramina foram os primeiros medicamentos com esse perfil, porém não estão mais disponíveis no mercado, em decorrência à associação com o desenvolvimento de doença valvar cardíaca (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Inibidores específicos da recaptação de serotonina podem ser administrados no tratamento do excesso de peso, sendo indicados quando a obesidade está associada à depressão, ansiedade ou compulsão alimentar. A fluoxetina demonstra eficácia na perda de peso em doses a partir de 60 mg ao dia. A sertralina e a Bupropiona também pode ser utilizada no tratamento de compulsão alimentar (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

A sibutramina e o orlistate são os principais fármacos indicados pelo Consenso Brasileiro sobre Obesidade (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006). A sibutramina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, noradrenalina e dopamina, o que leva a um aumento da saciedade, redução da fome e diminuição aparente da taxa metabólica. Associada a uma dieta hipocalórica, uma dosagem de 5 a 20 mg deste medicamento pode levar a perda de 5 a 8% de peso corporal inicial em um período de seis meses. Contudo, este medicamento pode levar a um pequeno aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, boca seca, cefaléia, insônia e constipação intestinal (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Já o orlistat possui como mecanismo de ação a inibição da lipase intestinal, o que leva a uma diminuição de até 30% na quantidade de gordura absorvida no intestino. O uso de orlistat por um ano aumenta a perda de peso em cerca de 4% quando comparado ao placebo. Seus efeitos colaterais incluem flatulência, urgência fecal, esteatorréia, incontinência fecal e redução na absorção de vitaminas lipossolúveis. Este último efeito adverso pode ser contornado com a ingestão de suplementos destas vitaminas duas horas antes ou depois do uso do medicamento (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

A escolha do medicamento a ser administrado para o tratamento da obesidade dependerá dos possíveis efeitos colaterais de cada medicamento e da tolerância de cada indivíduo. Apesar de promissoras, várias pesquisas apresentaram resultados negativos, mostrando que a descoberta de um medicamento totalmente eficaz ainda está distante. Dessa forma, as modificações comportamentais em relação à alimentação e estilo de vida ainda são as medidas mais eficazes e essenciais no controle e perda de peso, mesmo quando se opta pelo tratamento cirúrgico da obesidade (NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

1.1.4.5. Tratamento Cirúrgico – Cirurgia Bariátrica

Em decorrência ao grande crescimento da obesidade nas últimas décadas, profissionais de diversas áreas da saúde buscam tratar o problema, assim como suas co-morbidades associadas. Além dos tratamentos convencionais para a obesidade já citados anteriormente, a Cirurgia Bariátrica (CB), também conhecida como gastroplastia e cirurgia de redução de estômago, é considerada o tratamento de escolha para obesos graves que não respondem às terapêuticas tradicionais ou para quem sofre de problemas crônicos de saúde associados ao excesso de peso (REPETTO; RIZZOLLI, 2006; 2006; PEREIRA et al., 2007).

O tratamento convencional para a obesidade grave produz resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em dois anos (SEGAL; FANDINO, 2002; REPETTO; RIZZOLLI, 2006). O tratamento cirúrgico demonstra maior perda e manutenção do peso por um período de oito anos, com diminuição das doenças associadas à obesidade, diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhora na qualidade de vida. Segundo Marcelino e Patrício (2011), após o procedimento cirúrgico, muitos indivíduos perdem peso rapidamente e continuam a perder até 18 a 24 meses após a cirurgia, podendo manter 50 a 60% da perda do excesso de peso de 10 a 14 anos após a CB.

Contudo, a indicação cirúrgica deve ser criteriosa para aqueles indivíduos que apresentam uma longa história de peso e várias tentativas frustradas de tratamento da obesidade (PEREIRA et al., 2007).

A realização da CB foi recomendada durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health (NIH), onde foi apontada a relevância de uma seleção cuidadosa de candidatos à cirurgia por uma equipe multidisciplinar (HUBBARD; HALL, 1991). Seus riscos à saúde são os mesmos de outras cirurgias abdominais, como a ocorrência de infecção e complicações decorrentes do excesso de peso ou por agravamento de doenças associadas, como cardiovasculares e diabetes. O risco total de complicações varia entre 10 e 15 % e a mortalidade está em torno de 0,3 a 1,6 %, sendo mais frequente em indivíduos com maior número de co-morbidades (PEREIRA et al., 2007; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2012). Dessa forma, o procedimento deve ser feito em hospital com estrutura adequada por profissionais que sigam os procedimentos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

A atenção aos riscos cirúrgicos e ao tratamento em longo prazo após a cirurgia torna-se cada vez mais relevante devido ao alto número de cirurgias que vem sendo realizadas no contexto brasileiro. Além disso, em decorrência à divulgação dos casos de sucesso e da redução dos riscos cirúrgicos e, pelo tratamento estar inserido em planos particulares de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS) a tendência é aumentar a quantidade de procedimento nos próximos anos (MARCELINO; PATRICIO, 2011).

Os procedimentos cirúrgicos começaram a ser realizados em maior escala no Brasil a partir do ano 2000, quando alguns planos de saúde particulares e a rede pública passaram a pagar os custos do procedimento. A CB foi regulamentada pelo SUS pela Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001, a partir desse período, muitos usuários do sistema que possuem obesidade grave buscam por centros do país, sendo que a demanda do serviço público ainda não consegue ser atendida como esperado acarretando longas filas de espera para realização do procedimento (BRASIL, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) em 2003 foram realizadas cerca de 16.000 cirurgias no Brasil, sendo observado um aumento significativo em 2010 quando foram feitos 60.000 procedimentos no país, alta de 275% em relação a 2003, ano em que os primeiros dados foram coletados, e de 33% em relação a 2009. Pelo SUS, o número de procedimentos aumentou 23,7% entre 2007 e 2009, mesmo com filas de espera de até oito anos. Em hospitais vinculados ao SUS o número de cirurgias aumentou

quase 800% entre 2001 e 2010. Em unidades particulares, o crescimento registrado na última década é menor, cerca de 300%. Os números fazem do Brasil o segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas, atrás apenas dos Estados Unidos, com 300 mil procedimentos em 2010 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

De acordo com a Resolução nº 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina – CFM, cujas normas foram aperfeiçoadas em 2010, os critérios estabelecidos para realização do procedimento cirúrgico são (BRASIL, 2010):

- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m^2 .
- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m^2 e co-morbididades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.
- Ausência de endocrinopatias cujo tratamento clínico pode, por si, favorecer o emagrecimento adequado.
- Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado.
- Obesidade estável há pelo menos cinco anos.
- Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz.
- Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo.
- Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.
- Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.
- A equipe de saúde precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório. Composição: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos

cirúrgicos, sendo composta por anesthesiologista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.

- O hospital precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

O preparo no período pré-operatório visa a segurança e os resultados positivos da CB. Durante este período é solicitado que o indivíduo se esforce para perder um pouco de peso, o que pode oferecer melhores condições à anestesia geral e à operação. Antes da realização cirúrgica faz-se obrigatório o preenchimento do documento Consentimento Informado, no qual o paciente reconhece estar devidamente informado sobre os benefícios e riscos da cirurgia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Ainda nesse período, o indivíduo deverá realizar vários exames, tais como endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais, tendo como obrigatoriedade realizar consultas com os seguintes profissionais: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Após o procedimento cirúrgico, o sujeito deverá realizar consultas e exames laboratoriais periódicos, conforme o tipo de cirurgia e as rotinas estabelecidas pela equipe responsável. Em caso de patologias associadas à obesidade, elas devem ser acompanhadas por profissionais especialistas nessas doenças. Recomenda-se ainda que o indivíduo realize atividade física e faça uso de suplemento vitamínico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Várias técnicas para realização da CB são aplicadas, sendo que atualmente, as operações podem ser classificadas em três tipos: restritivas - promovem a restrição do conteúdo gástrico causando saciedade precoce com pequena quantidade de alimento ingerido, através da diminuição do volume gástrico (balão intragástrico, banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical com bandagem); disabsortivas - a exclusão de segmento do intestino delgado do trânsito reduzem a absorção dos nutrientes (derivação jejuno-ileal) e mistas - combinação de ambas as técnicas anteriores (derivação gástrica em Y-de-Roux (DGYR)) (CENEVIVA et al., 2006; PEREIRA et al., 2007).

A escolha do melhor procedimento a ser empregado é responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, uma vez que as indicações e contra-indicações cirúrgicas são específicas para cada indivíduo (CENEVIVA et al., 2006; COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

Muitas técnicas cirúrgicas para perda de peso já foram sugeridas e empregadas mundialmente. Atualmente, a gastroplastia vertical com derivação gastrojejunal em Y de Roux (Figura 1), conhecida como técnica de Fobi-Capella é a mais realizada pelos cirurgiões bariátricos nos Estados Unidos e no Brasil, sendo, portanto, considerada padrão ouro na cirurgia da obesidade devido à sua baixa morbi-mortalidade e alto grau de eficácia. No Brasil, a técnica Fobi-Capella foi introduzida pelo cirurgião Dr. Arthur Belarmino Garrido Jr. na década de 90 (CENEVIVA et al., 2006; COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006; SILVA; SANCHES, 2006; BOSCATTO et al., 2010).

Essa técnica consiste na separação de câmara gástrica proximal junto à cárdia do restante do estômago, formando-se assim uma bolsa gástrica (neo-estômago) com capacidade de 20 a 30 ml. Dessa forma, o neo-estômago surge através do grampeamento do estômago com grampeadores lineares cortantes, que deixam duas linhas de sutura para cada lado, separando o estômago remanescente do neo-estômago (CENEVIVA et al., 2006; COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006). Esse procedimento leva à restrição da entrada de alimentos, o que propicia a dilatação no neo-estômago com uma pequena quantidade de alimentos acarretando a saciedade no indivíduo (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

A outra parte da técnica consiste na disabsorção dos nutrientes através da exclusão de 75 a 100 cm de intestino delgado proximal. A reconstrução das secções é feita por meio de uma anastomose gastro-jejunal e uma enteroanastomose em Y de Roux. Assim, a maior parte do estômago, o duodeno e 50 cm do jejuno proximal ficam excluídos do trânsito alimentar, representando o pequeno componente disabsortivo (CENEVIVA et al., 2006; COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

A cirurgia de Fobi-Capella pode ser realizada por método convencional (cirurgia com cavidade abdominal aberta por incisão cirúrgica laparotômica) ou por videolaparoscopia (cirurgia minimamente invasiva através de cinco a seis incisões de 0,5 a 1,2 cm) (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

Alguns profissionais optam ainda por colocar um anel de silicone do neo-estômago para evitar a dilatação do mesmo, entretanto estudos mostram a ineficácia e algumas complicações causadas por esse anel (CENEVIVA et al., 2006; COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006; PEREIRA et al., 2007).

Figura 1 - Desenho ilustrativo da gastroplastia vertical com derivação gastrojejunal em Y de Roux sem anel. **Fonte:** Brandalise, Aranha e Brandalise (2005).

A DGYR tem demonstrado eficácia na indução da perda de peso e na sua manutenção em longo prazo. A média da perda do excesso de peso tem sido referida como de 50% a 70% após 14 anos (GARRIDO et al., 2000). Segundo Ceneviva et al. (2006), ocorre em média uma redução ponderal de 40% do peso pré-cirúrgico, com estabilização a partir de um ano.

Além da perda satisfatória de peso, estudos mostram que após dez anos a técnica de Fobi-Capella promove uma significativa melhora ou resolução completa das patologias associadas à obesidade. Uma pesquisa canadense comparou indivíduos que não realizaram o procedimento cirúrgico com operados por esta técnica, verificando que a mortalidade foi de 6,17 e 0,68%, respectivamente, após cinco anos de cirurgia, sendo ainda observado que esse índice reduziu em pacientes submetidos à cirurgia (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

Apesar dos resultados satisfatórios gerados pela CB, alguns problemas podem surgir após o procedimento, sendo que a obesidade em si já é considerada um fator complicador potencializado pelas patologias associadas (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

Entre as complicações clínicas que poderão surgir estão: anemias, diarreia, doença ulcerosa péptica, desmineralização óssea, hipoproteïnemia, embolia pulmonar e pneumonia. Já entre as cirúrgicas estão: perfuração visceral, hemorragias, obstrução intestinal, ulceração gástrica e deiscência de sutura (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006; BORDALO et al., 2011).

As implicações da realização cirúrgica no estado nutricional do paciente também pode levar a complicações em decorrência das alterações anatômicas e fisiológicas que prejudicam as vias de absorção e/ou ingestão alimentar. Além da restrição da ingestão alimentar, a má

absorção de nutrientes é umas das complicações que pode levar a uma deficiência nutricional, sendo que aproximadamente 25% de proteína e 72% de gordura deixam de ser absorvidos. Automaticamente, nutrientes que dependem da gordura dietética para serem absorvidos, como as vitaminas lipossolúveis e o zinco, estão mais suscetíveis a uma má absorção, justificando a importância da suplementação nutricional meses e anos após o procedimento (BORDALO et al., 2011).

Na tabela 5 estão descritas as potenciais deficiências nutricionais e na produção de hormônios do trato gastrintestinal que podem ocorrer após a derivação gástrica em Y-de-Roux.

Tabela 5 - Deficiências nutricionais e na produção hormonal após a derivação gástrica em Y-de-Roux.

Sítios de Absorção e/ou Local de Absorção	Deficiências
Estômago	Fator intrínseco: B ₁₂ ; HCl: redução de Ferro; Água, cobre, iodeto, fluoreto.
Duodeno	Ferro, cálcio, fósforo, tiamina, riboflavina, biotina, niacina, magnésio, selênio, cobre, ácido fólico.
Jejuno	PYY, GLP-1; Zinco, manganês, cromo; Vitaminas A, D, E e K, Vitamina C, aminoácidos, di e tripeptídeos.
Íleo	Vitamina B ₁₂ ; Vitaminas D e K; Magnésio, ácido fólico; Sais biliares.

Fonte: BORDALO et al., 2011.

Além das complicações citadas anteriormente, em geral, estudos sugerem que pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica, apresentam uma prevalência aumentada de psicopatologia associada, sendo principalmente observados nesses indivíduos alguns transtornos psicológicos como a depressão e ansiedade, além de alterações no comportamento alimentar e imagem corporal (NUNES et al., 2006; OIVEIRA; YOSHIDA, 2009). Esses aspectos podem comprometer o prognóstico do tratamento e qualidade de vida do indivíduo.

Devido à complexidade e a necessidade de compreensão desses fatores, os mesmos serão abordados a seguir.

1.1.4.5.1. Comportamento Alimentar

A alimentação é um importante fator tanto na prevenção como no tratamento da obesidade e de muitas doenças de alta prevalência nas sociedades atuais. As tendências de transição nutricional ocorridas neste século em diferentes regiões do mundo convergem para uma dieta mais rica em gorduras (particularmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados (FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHÁ JUNIOR, 2001).

O comportamento alimentar pode ser definido como uma função conjunta de fatores filogenéticos, que atuam durante o processo evolutivo de uma dada espécie, assim como de fatores ontogenéticos, que operam nas interações de um dado organismo dessa espécie com seu ambiente ao longo da vida (CATANIA, 1999). Vários destes fatores já foram identificados, sendo eles: genéticos, ambientais e sociais (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Os fatores genéticos exercem influências na escolha de que tipos e quantidade de alimentos que cada espécie, em geral, e cada indivíduo, em particular consomem. O papel dos genes é cada vez mais importante na determinação das relações entre palatabilidade e ingestão podendo determinar fatores tão gerais como preferências e escolha de alimentos (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Já os fatores sociais e ambientais se referem às relações que o organismo possui com o meio externo e à capacidade que o mesmo tem de se sociabilizar de forma diferente das outras espécies de animais, uma vez que o homem, dentre todos os animais, é o que mostra maior dependência em relação aos pais, tendo, portanto, um longo período de socialização (CARVALHO, 2004).

Para Fisberg, Marchioni e Colucci (2009), o comportamento alimentar é um dos principais elementos do estilo de vida de um indivíduo e inclui não somente a escolha dos alimentos em si, mas tudo que esteja relacionado à alimentação cotidiana. Nesse sentido, é resultado da interação entre o consumo alimentar e seus determinantes e influências como os aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de um indivíduo ou de uma população (TORAL; SLATER, 2007).

Segundo Motta e Boog (1984) o comportamento alimentar é determinado por três componentes: O componente cognitivo refere-se ao conhecimento científico e não-científico que os indivíduos possuem em relação aos alimentos e nutrição, e dessa forma, representam o aprendizado. Contudo, é importante considerar que para a maioria das pessoas, o aspecto cognitivo exerce pouca influência sobre o comportamento alimentar, já que este não visa satisfazer apenas as necessidades nutricionais, mas também às psicológicas, sociais e culturais, e nem sempre o conhecimento é compatível com as condições do meio que o indivíduo vive. Já o componente afetivo diz respeito às atitudes frente aos alimentos e à

alimentação. É consequência dos valores sociais, culturais e religiosos e busca suprir as necessidades de segurança, afeto, auto-estima, aprovação social e auto-realização. Por último, o componente situacional corresponde ao contexto social, econômico e cultural, estando associado aos fatores socioeconômicos, às normas sociais e padrões culturais, aos apoios estruturais e a coerção social.

Associado à obesidade, o comportamento alimentar com suas bases biológicas e sociais, torna-se um processo ainda mais complexo pelos aspectos psicológicos envolvidos, os quais se expressam por meio de humor depressivo, ansiedade e sentimento de culpa, sendo que indivíduos obesos consomem uma maior quantidade de alimentos como mecanismo compensatório em situações de estresse emocional (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005; OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009). Para obesos, o excesso no consumo alimentar pode estar associado a estímulos reforçadores. Nesse sentido, o comportamento alimentar é resultante de um aprendizado, sendo repetido à medida que é reforçado pelas suas consequências (LEAL; BALDIN, 2007).

Moliner e Rabuske (2008) apontam que a obesidade revela a dinâmica do comportamento alimentar do indivíduo e da família, e que o alimento atua como fator protetor de eventos estressores, já que o obeso encontra no consumo alimentar uma forma de acalmar o seu mal-estar e angústia, sendo que ao mesmo tempo expressa estagnação psíquica diante dos desafios a serem enfrentados nas diferentes fases da vida.

Nos casos de obesidade severa, sabe-se que há uma complexidade ainda maior na relação do indivíduo com a alimentação uma vez que os mesmos, através de dietas, já apresentaram tentativas frustradas na diminuição do peso por um longo tempo (MOLINER; RABUSKE, 2008).

Em indivíduos submetidos à Cirurgia Bariátrica, o comportamento alimentar ocupa posição de destaque já que inclui o controle da qualidade e quantidade de alimentos que o indivíduo passará a ingerir, assim como a capacidade do mesmo em seguir as orientações nutricionais que serão fundamentais para perda e manutenção do peso em longo prazo (VENÂNCIO; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2011).

Após o procedimento cirúrgico, muitos indivíduos apresentam dificuldades em aderir às novas mudanças alimentares, apresentando características de perda de controle sobre a alimentação. A presença de comportamentos alimentares inadequados pode estar associada a fatores sintomáticos (depressão, impulsividade, ansiedade) o que pode prejudicar o cumprimento e adoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis (VENÂNCIO; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2011).

A existência e/ou o surgimento de perturbações do comportamento alimentar, classificadas ou não como transtornos alimentares através de critérios estabelecidos pela categoria psiquiátrica, pode estar presentes em alguns indivíduos submetidos à CB, interferindo na perda de peso e qualidade de vida (VENÂNCIO; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2011).

Essas perturbações podem persistir ou se manifestarem de formas diferentes após a cirurgia, como por exemplo, a substituição de compulsão alimentar (ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto espaço de tempo) por *grazing* (ingestão de pequenas quantidades de alimentos em longo tempo). Nesse novo comportamento a sensação de falta de controle, a preocupação excessiva com a alimentação, episódios de fissura por um alimento específico e a vergonha por seu padrão alimentar, são mantidos (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004; FADIÑO; APPOLINARIO, 2006).

Obesos severos que buscam a cirurgia podem apresentar determinadas características como fome (“fissura”) e desinibição (“perda de controle”), que estão relacionadas aos sentimentos desses indivíduos sobre estar com fome e a percepção da dificuldade em resistir à visão ou cheiro do alimento (MOOREHEAD, 2011). Através da avaliação do comportamento alimentar antes e após o procedimento cirúrgico, Lang et al. (2002), verificaram que três meses após a cirurgia ocorreu um aumento da restrição cognitiva, do controle rígido do consumo alimentar e uma redução da desinibição e ingestão compulsiva. Esses resultados se mantiveram aos nove e doze meses após a cirurgia.

A Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) são comumente observados em obesos mórbidos que buscam o tratamento cirúrgico sendo encontrada uma prevalência de respectivamente 46% e 40% dos casos (SEGAL; FANDIÑO, 2002; FANDIÑO et al., 2004; MAGDALENO JUNIOR., 2011). Indivíduos com estes problemas apresentam uma perda de peso significativamente inferior em comparação aqueles que não apresentavam (FREITAS et al., 2001; MAGDALENO JUNIOR., 2011).

Apesar de menos frequentes, outros transtornos alimentares como bulimia nervosa, anorexia nervosa e síndrome do comer noturno são observados nessa população (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004; FADIÑO; APPOLINARIO, 2006). Em seu estudo em mulheres submetidas à cirurgia de redução do estômago, Hsu, Betancourt e Sullivan (1996), verificaram que alterações do comportamento alimentar observadas no período anterior a cirurgia, como bulimia nervosa, síndrome do comer noturno e ingestão compulsiva de grandes quantidades de líquidos, estavam presentes em 75% dos casos, sendo que a cirurgia

apresentou sucesso com a redução importante de peso, mas não foi suficiente para solucionar os problemas do comportamento alimentar.

Muitos indivíduos nos períodos pré e pós-cirúrgicos referem consumir alimentos por várias razões que não estão relacionadas à fome física ou necessidade visceral pela saciedade. Dessa forma, antes da cirurgia, o sujeito deverá encontrar novos meios de se sentir “pleno ou satisfeito” em relação ao seu estado emocional. Após o procedimento ele precisará adotar o lema “eu como para viver” ao contrário de “eu vivo para comer” (MOOREHEAD, 2011). Essas e várias outras questões deverão ser trabalhadas pela equipe de saúde, em especial pelo psicólogo e nutricionista.

Para o sucesso do tratamento cirúrgico é essencial que o indivíduo que irá se submeter a tal procedimento compreenda o mecanismo de emagrecimento pela técnica escolhida, caso isso não ocorra, complicações podem surgir como episódios de regurgitação, vômitos, síndrome de *dumping* e carências nutricionais. É importante estimular o indivíduo a seguir o acompanhamento com a equipe de saúde em curto e longo prazo, para que ocorra a monitoração do peso, adequação do consumo energético e avaliação dos parâmetros bioquímicos (CANTERJI; CÔRREA, 2011).

O nutricionista tem papel fundamental no acompanhamento do indivíduo objetivando a cura da obesidade. Cabe a esse profissional prestar toda a orientação necessária para a dieta líquida pós-operatória, sua evolução para a pastosa e, finalmente, sua transição definitiva para a alimentação normal. Após o procedimento o indivíduo deverá modificar seu comportamento alimentar com a ingestão de alimentos saudáveis, pouco calóricos e com alto teor vitamínico. Além disso, deverá aprender a se alimentar pouco, devagar e várias vezes ao dia (CANTERJI; CÔRREA, 2011). A reeducação alimentar atuará não apenas na perda, mas também na manutenção do peso por toda a vida. O sujeito não está proibido de consumir doces, refrigerantes ou outras guloseimas de vez em quando, porém esses alimentos não devem fazer parte de sua rotina e a quantidade deve ser controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Cabe ainda destacar que as dietas restritivas sem cuidado com mudanças efetivas no comportamento alimentar, embora inicialmente promovam a redução de peso, podem posteriormente levar a recuperação ou mesmo aumento do peso original. Elas constituem um fator de risco para compulsão alimentar (MOLINER; RABUSKE, 2008).

Juntamente ao nutricionista, o psicólogo poderá contribuir para as mudanças no comportamento alimentar, trabalhando os aspectos emocionais envolvidos com a alimentação, trabalho este que deve ter início antes mesmo da realização cirúrgica. No processo de

avaliação e preparação psicológica para a cirurgia, é importante considerar o significado da alimentação e da obesidade para a família e para o indivíduo, seus recursos para controlar limites e sentimentos de desconforto e frustrações. Também devem ser abordados os fatores relacionados à decisão do paciente em se submeter à cirurgia bariátrica e as suas expectativas com relação ao pós-cirúrgico (FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011).

O comportamento alimentar pode ser avaliado através de instrumentos auto-aplicáveis e entrevistas clínicas, sendo que a escolha do método a ser utilizado depende do que o instrumento se propõe a analisar e se o mesmo condiz com a necessidade da investigação (FREITAS, GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002).

Para a avaliação dos estilos alimentares, que se refere aos padrões de comportamento face à alimentação, são conhecidos alguns instrumentos como o Three-Factor Eating Questionnaire - TFEQ e o Questionário Holândes do Comportamento Alimentar - QHCA, sendo que apenas este último foi traduzido e adaptado para a população brasileira. O QHCA avalia o estilo de alimentação restritiva, emocional e externa, que apesar de estarem relacionados entre si, implicam em diferentes atitudes e comportamentos alimentares (VIANNA, 2002).

1.1.4.5.2. Ansiedade e Depressão

Dentre os vários aspectos psicopatológicos relacionados a candidatos submetidos à Cirurgia Bariátrica, os mais pesquisados são a ansiedade e depressão (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004; FANDIÑO; APPOLINARIO, 2006; ZANCANER, 2011; MARTÍNEZ; RENTERÍA, 2011).

A ansiedade é considerada uma emoção normal, experimentada por todos os indivíduos e exerce a função de proteger o organismo de uma ameaça ou perigo. Quando ocorre de maneira aguda, em um curto espaço de tempo, é caracterizada como reação de luta ou fuga e envolve uma série de sensações físicas, como: taquicardia, sudorese, visão borrada, formigamento, tensão muscular, sintomas gastrointestinais, sudorese etc. Entretanto, quando a intensidade ou sua duração é desproporcional à situação temida e passa a causar prejuízos na vida de um indivíduo, esta passa a ser considerada patológica. Neste caso alguns estímulos tornam-se aversivos ao sujeito e este passa a se esquivar dos mesmos, ou os suporta com grande sofrimento (BARLOW, 2000).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) no item que se refere a “transtorno da ansiedade generalizada”, a ansiedade é caracterizada por uma preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação associando três (ou mais) dos seguintes sintomas: (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos “à flor da pele”; (2) fadigabilidade; (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; (4) irritabilidade; (5) tensão muscular; (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993), a ansiedade é descrita como “ansiedade generalizada”, sendo persistente e não relacionada a situação específica. Além dos critérios do DSM-IV-TR, incluem-se tremores, transpiração, palpitações, sensação de vazio na cabeça, tontura e desconforto epigástrico.

A ansiedade pode ser diferenciada em traço e estado, sendo que a primeira corresponde a uma condição mais permanente, característica do indivíduo que apresenta diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Avaliações de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo. Já a ansiedade estado, refere-se a um estado emocional transitório ou uma condição do organismo humano caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo, dessa forma, sua avaliação deve ser realizada em um determinado instante, diante de determinada situação vivenciada pelo indivíduo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

O DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) define depressão em transtornos do humor, mais especificamente episódio depressivo maior e requer pelo menos duas semanas de humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, acompanhado de pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão a partir de uma lista que inclui alterações em apetite, peso, sono (insônia ou hipersonia) ou atividade psicomotora (retardo ou agitação observados); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade de pensar, concentrar-se ou de tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, por pelo menos duas

semanas consecutivas, e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica.

A CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993), define depressão como “episódios depressivos”, e descreve as mesmas especificações descritas pelo DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A partir dos critérios estabelecidos pelo CID-10 e DSM-IV-TR, os diagnósticos de depressão e ansiedade são realizados por um psiquiatra (RODRIGUES, 2000), sendo, portanto, fundamentalmente clínico, podendo ser auxiliado com a aplicação de testes psicológicos e entrevistas psiquiátricas estruturadas (FADIÑO et al., 2004).

A avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade é essencial para a elaboração do diagnóstico e eficácia das intervenções terapêuticas. Alguns instrumentos são utilizados em pesquisas para verificar a sintomatologia destas psicopatologias como as escalas de auto-avaliação, que em geral, apresentam algumas vantagens como: necessitam de menor tempo para aplicação; os indivíduos estão em uma posição exclusiva para fornecer informações sobre seus sentimentos, humor e sintomas. Contudo, essas escalas também podem apresentar desvantagens como: difícil análise de sua confiabilidade; a sua utilização pressupõe pacientes com certo grau de educação, concentrados e com ausência de psicopatologia grave (ex.: depressões graves tornam os pacientes incapazes de se concentrar; psicoses acompanham-se de diminuição ou perda de julgamento/crítica ou de reconhecimento dos sintomas). Além disso, muitos indivíduos podem apresentar dificuldade de avaliar a gravidade dos seus sintomas (CALIL; PIRES, 1998).

Dentre as escalas de auto-avaliação, as mais utilizadas para verificar os sintomas de depressão e ansiedade são respectivamente os Inventários de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) de Beck. Essas escalas foram inicialmente desenvolvidas para o uso em pacientes psiquiátricos, passando a ser utilizado amplamente, após vários estudos psicométricos, tanto na área clínica como na pesquisa, mostrando-se um instrumento útil também na população em geral. Ressalta-se ainda que estas escalas contribuem para medir a intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade, contudo, quando utilizadas isoladamente não definem um diagnóstico (CUNHA, 2001).

De acordo com Simon et al. (2006) indivíduos obesos apresentam uma probabilidade 25% maior para apresentar problemas psicológicos como depressão e ansiedade, quando comparados à população em geral, contudo, não apontam se essas psicopatologias levam à

ocorrência de obesidade ou o contrário, mas apontam que a associação pode atuar em ambos os sentidos.

Já Fabricatore et al. (2005) apontam que indivíduos com obesidade da população em geral podem apresentar funcionamento psicológico normal. Entretanto, existe uma maior vulnerabilidade da ocorrência de complicações emocionais em mulheres obesas em comparação aos homens com obesidade, em casos de obesidade severa e ainda em um grupo particular de obesos que possuem compulsão alimentar.

Em sua pesquisa, Almeida, Loureiro e Santos (2001) observaram manifestações importantes de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade em mulheres com obesidade grau III quando comparadas a mulheres com peso adequado. Os autores argumentam que esse resultado pode ser consequência do excesso de peso, assim como da realização de dietas, assim como realização de dietas para adaptarem aos padrões de aparência impostos atualmente.

Existem controvérsias em relação a casos específicos como os de indivíduos obesos submetidos à CB. Enquanto alguns estudos indicam uma maior prevalência de comprometimento psicológico nessa população (CAPITÃO; TELLO, 2002; DIXON; DIXON; O'BRIEN, 2003; FANDIÑO et al., 2004; FANDIÑO; APPOLINARIO, 2006), outros apontam que candidatos à cirurgia apresentam semelhança da população geral, sem níveis altos de sintomatologia psicopatológica (MALONE; MAYER-ALGER, 2004; FRANQUES; ASCENCIO, 2006).

Segundo Fandiño e Appolinario (2006), a maioria dos estudos encontrados na literatura que investigam a existência de psicopatologias em indivíduos com obesidade no período anterior à CB, mostra um aumento da prevalência de transtornos do humor, transtornos de ansiedade, bulimia, dependência de tabaco e transtornos de personalidade nessa população, sendo que a depressão é o diagnóstico mais frequente. De acordo com Martínez e Rentería (2011), 20 a 60% dos indivíduos que buscam a cirurgia se enquadram dentro dos critérios de um transtorno psiquiátrico.

Em sua pesquisa com obesos mórbidos no período pré-cirúrgico, Guisado et al. (2001) verificaram que 40% dos participantes apresentavam pelo menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

As psicopatologias observadas em indivíduos com obesidade severa, inclusive naqueles que optam o tratamento cirúrgico, podem ser consequência de um sofrimento psicológico vivenciado pelos mesmos, resultante do preconceito social com o seu excesso de

gordura corporal e também com as características do seu comportamento alimentar inadequado (OLIVEIRA, 2006).

A busca pelo emagrecimento, aceitação social e qualidade de vida são fatores que motivam o obeso mórbido à decisão de realizar a cirurgia de redução do estômago. Contudo, essa escolha pode gerar um conflito, já que junto à esperança de começar uma “nova vida” após a cirurgia o indivíduo primeiramente precisa enfrentar a possibilidade da ocorrência de complicações e morte ao submeter-se ao procedimento. Dessa forma, no período pré-operatório, o indivíduo pode experimentar em maior ou menor grau sentimentos de medo, estresse, ansiedade ou depressão em decorrência à expectativa do contato com o novo. Neste sentido, o estado emocional do indivíduo é antes de tudo uma trajetória de perdas que vai além de seu IMC (ZANCANER, 2011).

É importante considerar que cada sujeito carrega uma história de vida marcada por fracassos, tentativas frustradas de perda de peso, discriminação, desânimo e desesperança, vendo-se de repente diante de uma possível mudança efetiva na busca por um corpo magro e saudável. Além desses fatores, a espera pela realização cirúrgica devido à dependência de convênios ou instituição e o tempo de internação que o indivíduo vivencia antes do procedimento pode contribuir para o aumento da ansiedade (ZANCANER, 2011).

No período pré-operatório imediato o indivíduo pode apresentar várias mudanças no seu comportamento: demonstram autocontrole; limitam suas percepções e sentimentos; negam o perigo como se não estivessem sob ameaça, referindo tranquilidade; aceitam o inevitável e podem até parecer satisfeitos. Ainda apresentam uma alegria excessiva e sintomas de ansiedade como tremor, mãos e pés muito frios, sudorese, lágrimas e etc (ZANCANER, 2011).

Segundo Magdaleno Junior (2011), a avaliação psicológica do candidato à CB é um dos mais relevantes e difíceis componentes da avaliação clínica do período pré-operatório, uma vez que conhecer os significados da cirurgia e da obesidade para o indivíduo é essencial para estabelecer se o mesmo está pronto para realizar o procedimento cirúrgico a fim de garantir um bom prognóstico. Alguns aspectos importantes a ser avaliados são a história do desenvolvimento da obesidade, história dietética, estilo de vida, comportamento alimentar, as funções da comida, suporte social, motivações para se submeter à cirurgia e as reais expectativas em relação aos resultados. Além disso, deve ser considerada a existência de diferenças psicossociais e psicopatológicas entre os sexos, já que as mulheres obesas apresentam mais sintomas psíquicos, transtornos alimentares, transtornos alimentares,

funcionamento social e índices de qualidade de vida inferiores em comparação ao sexo masculino.

Fatores como uma boa auto-estima, modificações positivas nos padrões psicológicos pré-operatório, satisfação com os resultados e comprometimento em adotar e manter as novas mudanças comportamentais também são importantes para uma melhor evolução após o procedimento cirúrgico (MAGDALENO JUNIOR, 2011).

Em relação ao período após a Cirurgia Bariátrica, em geral, a maioria dos estudos demonstra uma melhora importante do estado emocional, principalmente após os primeiros meses pós-operatório e anos após o procedimento. A perda de peso pode estar associada a uma significativa queda da depressão e ansiedade, refletindo também em melhoras da aparência dos participantes quando comparados ao período pré-cirúrgico (DIXON; DIXON; O'BRIEN, 2003; FANDIÑO; APPOLINARIO, 2006).

A aceitação social e o reencontro com sua identidade que estava “escondida” pelo excesso de gordura corporal, e ainda a melhora das co-morbidades dos indivíduos após a CB podem levar à diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão devido à melhora da auto-estima e do impulso alimentar, com consequente melhora da qualidade de vida dos indivíduos (MAGDALENO JUNIOR; CHAIN; TURATO, 2009; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2011).

Contudo outros autores apontam que há uma melhora dos sintomas de ansiedade e depressão até um ano após o procedimento cirúrgico, mas que essa melhora pode ser atenuada após esse período, enfatizando a necessidade do acompanhamento psicológico em longo prazo após o procedimento cirúrgico (BURGMER et al., 2007; VAN HOUT et al., 2008). Algumas consequências psicológicas negativas podem contribuir para que isso ocorra como a crise de identidade, aceitação do novo corpo e dificuldade de assumir um olhar “normal” sobre o mesmo, manutenção da perda do excesso de peso, busca por novos relacionamentos, necessidade de reaprender a se alimentar e o monitoramento permanente sobre a alimentação (CAVALCANTE, 2009).

Profissionais da saúde apontam o período imediatamente após a cirurgia como um dos mais difíceis, uma vez que esta fase compreende a recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação a uma nova dieta. Além disso, existe a expectativa, a ansiedade e a insegurança do novo período em que ocorrem mudanças rápidas relacionadas aos hábitos alimentares e mudanças do próprio corpo envolvendo questões emocionais do paciente (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

O sentimento de vitória vivenciado pelo sujeito após o procedimento cirúrgico vai com o tempo sendo substituído pela dura realidade da condição de operado (MAGDALENO JUNIOR; CHAIN; TURATO, 2009). A alimentação que proporcionava anteriormente a sensação de prazer passa a ser enfrentada como um problema muito relatado pelos indivíduos (o alimento não desce, enrosca e muitas vezes provoca vômitos). A perda de peso e a recuperação de uma imagem corporal aceitável socialmente não resolvem esse problema, sendo importante que o indivíduo aprenda a se adaptar a sua nova condição, do contrário, pode ficar suscetível a complicações emocionais (SILVA; COSTA, 2003; MAGDALENO JUNIOR, 2011).

Após o procedimento cirúrgico, o indivíduo passa por um período definido como “lua de mel”, no qual a perda de peso funciona como um reforço positivo ocasionando uma melhora no funcionamento psicológico, pois a cirurgia atua de forma direta na qualidade de vida, sendo observada uma diminuição de todo o sofrimento anterior devido à exclusão social ocasionado pela obesidade. Entretanto, essa fase vai aos poucos terminando (aproximadamente no terceiro mês), surgindo novos sentimentos como angústia, vazio, sensação de tédio e vontade de “beliscar” alguma coisa a todo o tempo. O indivíduo começa a questionar e a enfrentar sua nova realidade não percebidas anteriormente em decorrência à obesidade que escondia seus conflitos, sonhos e ideais (SILVA; COSTA, 2003; MAGDALENO JUNIOR, 2011).

Após o sexto mês de cirurgia, o sujeito já perdeu uma porcentagem considerável de seu peso e passa a ser notado, sendo uma fase de grande entusiasmo com a nova imagem corporal. Um ano após o procedimento cirúrgico, o peso já está mais estabilizado, contudo, alguns indivíduos parecem insatisfeitos por não atingirem determinados objetivos como êxito profissional, sentimental, pessoal e na conquista positiva de uma nova imagem. Neste momento, caso não haja acompanhamento psicológico satisfatório, podem surgir o transtorno depressivo e a compulsão alimentar (SILVA; COSTA, 2003; MAGDALENO JUNIOR, 2011).

Em um estudo com indivíduos submetidos à CB em longo prazo, Mitchell et al. (2001), observaram que mesmo que a prevalência de depressão diminua após a cirurgia, um grupo de participantes pode apresentar sintomas de depressão. No pós-operatório de longo prazo várias condições psiquiátricas, como a depressão, levam indivíduos submetidos à CB a óbito, sendo o suicídio a principal ocorrência (OMALU et al.; 2005; APPOLINÁRIO, 2006).

Segundo Cavalcante (2009), o objetivo principal da Cirurgia Bariátrica é promover a saúde física e clínica, e não necessariamente a saúde emocional, uma vez que o procedimento

não cura os sintomas psíquicos da obesidade e muito menos soluciona a questão estética. Dessa forma, o candidato à cirurgia deve ser realista quanto aos resultados do procedimento e seguir corretamente o acompanhamento e orientações propostas pela equipe de saúde para garantir o sucesso do tratamento.

Não existe um consenso documentado na literatura a respeito dos critérios psicológicos ou psiquiátricos de exclusão dos pacientes para realização cirúrgica, dessa forma, cabe a equipe multidisciplinar discutir se o indivíduo está apto ou não à realização do tratamento. Contudo, transtornos do humor, de ansiedade e psicóticos são comumente considerados contra-indicações (OLIVEIRA, 2006).

O papel do psicólogo dentro da equipe multidisciplinar é o de avaliar se o indivíduo possui estrutura emocional para lidar com as mudanças acarretadas pela cirurgia; diagnosticar a adaptação das novas condições impostas pela alimentação, pela mudança no corpo e pelas dificuldades no próprio seguimento do tratamento; auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré-cirúrgico (avaliá-lo quanto aos seus conhecimentos sobre a cirurgia, riscos e complicações, benefícios esperados, exames e seguimentos requeridos em longo prazo, consequências emocionais, sociais e físicas e responsabilidades esperadas) e detectar a presença de distúrbios psicológicos graves (OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO, 2004).

1.1.4.5.3. Imagem Corporal

A busca em atingir padrões de beleza impostos como ideal de êxito e aceitação, pode afetar negativamente a percepção da imagem corporal de um indivíduo, em especial, aqueles que apresentam obesidade (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A aparência física exerce forte influência na vida de um ser humano; afinal, a forma como nos relacionamos, as oportunidades que temos socialmente, as reações e atitudes de indivíduos para conosco, bem como a vida profissional são determinados através da maneira com que nos apresentamos para os outros. Entretanto, não é apenas a forma como os outros nos vêem que gera grande impacto em nossas vidas, é a concepção que temos sobre nossa imagem que exerce maior influência. Além disso, a forma como os outros nos percebem pode ser diferente daquilo que experienciamos subjetivamente (STENZEL, 2006).

Esta concepção interna e subjetiva sobre o corpo, sendo uma experiência psicológica

multifacetada, é chamada de imagem corporal, que não se refere exclusivamente à aparência do corpo. A autopercepção corporal, as atitudes, as crenças, as práticas, as representações, os sentimentos, as sensações e os comportamentos relativos ao corpo são apenas envolvidos no fenômeno da imagem corporal (SCHILDER, 1999; STENZEL, 2006). Nesse sentido, a imagem corporal é a representação mental que o indivíduo possui em relação à medida, contornos e forma de seu próprio corpo, assim como das respostas emocionais a ele associados (SLADE, 1994; GARDNER, 1996).

Em psicologia denomina-se auto-imagem ao conjunto de idéias, conceitos, opiniões, imagens, auto-estima e a avaliação positiva ou negativa que uma pessoa faz de si mesma. Essas formações são altamente subjetivas, e dependem em grande parte dos primeiros relacionamentos estabelecidos entre a pessoa e o mundo em que vive (ATKINSON et al., 1996).

Para Pruzinsky e Cash (2002), a imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e sentimentos sobre o corpo e suas experiências que são permeadas por sentimentos individuais. A maneira como percebemos e vivenciamos nosso corpo relata como percebemos a nós mesmos exercendo influências no modo como percebemos o mundo. A imagem corporal influencia o comportamento, particularmente as relações interpessoais. Não é fixa ou estática, uma vez que aspectos de nossa experiência corporal são constantemente modificados e se prolongam por toda a vida.

A imagem corporal é um elemento indispensável para a formação da personalidade, sendo um fenômeno complexo que tem início na lactância evoluindo e se modificando durante todo o processo de desenvolvimento e crescimento, havendo uma interação de fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais (TAVARES, 2003). De acordo com Damaceno et al. (2005) o processo de formação da imagem corporal pode sofrer influência do sexo, idade, meios de comunicação, bem como da relação do corpo com os processos cognitivos, como crenças, valores e atitudes inseridos na cultura.

Algumas crenças básicas a respeito do significado da aparência na vida são aprendidas, seja por meio de insultos traumáticos, mensagens familiares ou socialização cultural, sendo determinantes da forma como um indivíduo interpreta a realidade, funcionando como modelos ou guias que influenciam a determinação do seu foco de atenção, como pensa sobre os eventos da vida e sobre si mesmo. Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo. Dessa forma, acredita-se ainda, de uma maneira geral, que não sentir-se fisicamente atraente possa ser um fator de risco para doenças

psíquicas de um modo geral, entretanto, apresentar uma boa aparência pode não significar ter uma imagem corporal positiva, pois a imagem corporal é, na verdade, uma experiência subjetiva, resultante das interações do indivíduo com o seu meio (FERNANDES, 2007).

Saikali et al. (2004) propuseram que o conceito de imagem corporal envolve três componentes: perceptivo, que se relaciona com o grau de precisão com que o tamanho do corpo é percebido, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; subjetivo ou afetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; comportamental: que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal, como por exemplo, evitar sair de casa ou utilizar roupas que disfarçam partes do corpo e, cognitivos que envolvem pensamentos e crenças quanto à forma, aparência ou pensamentos do indivíduo em relação ao seu corpo.

Segundo Thompson, Coovert e Stormer (1999), a padronização do termo imagem corporal integra diferentes componentes, tais como: satisfação com o peso, satisfação com o corpo, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal.

Distúrbios da imagem corporal são cada vez mais observados na sociedade ocidental, destacando-se a influência da mídia na construção de um padrão estético que associa a magreza com sucesso, situação ideal de aceitação, autocontrole, competência e superioridade (TAHARA; SCHWARTZ; SILVA, 2003; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006; PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010). Considerando que o corpo é constituído pelos sentidos da audição, visão e tato, um indivíduo percebe-se de modo singular e pode assimilar sua imagem corporal de maneira positiva ou negativa, tornando-se dependente da aprovação do outro para sentir-se dentro dos “padrões estéticos” (SILVA, LANGE, 2010). Para Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), os padrões culturais atuais fazem com que até mesmo indivíduos com peso dentro dos parâmetros de normalidade sintam-se com peso superior ao desejado.

É importante considerar as diferenças entre inacurácia da percepção corporal do que é comumente conhecido como insatisfação com a aparência do corpo. A primeira ocorre quando um indivíduo subestima ou superestima seu tamanho corporal ou partes de seu corpo e conseqüentemente apresenta uma preocupação exagerada a algum defeito real ou imaginário da aparência física, sobretudo após a comparação com modelos de beleza na mídia. Nesse sentido, a imagem corporal é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010). Já a insatisfação com o corpo tem sido frequentemente

associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal, sendo uma alteração cognitivo-afetiva que leva a sentimentos negativos de desvalorização em relação à aparência física (ALMEIDA et al., 2005).

Pesquisas recentes têm demonstrado que distúrbios da auto-imagem são observados tanto em indivíduos com transtornos alimentares (LAVOISY et al., 2008; GRILO et al., 2008) quanto em pessoas saudáveis de diferentes estratos da população (ALVES et al., 2008; ARROYO et al., 2008; GONÇALVES et al., 2008). Além disso, são mais evidentes no sexo feminino (BRAGGION et al., 2000) e podem estar relacionados com a avaliação que fazem companheiros e familiares, o auto-conceito e a auto-estima corporal, a excessiva preocupação com o peso, a prática exagerada de exercícios físicos, com o Índice de Massa Corporal, sintomas de ansiedade, depressão ou afeto negativo, com a prática de dietas e comportamentos alimentares inadequados (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010).

A literatura aponta a tendência das mulheres superestimarem seu tamanho real e buscam atingir um físico cada vez mais magro, devido à condição cultural onde a figura feminina magra é considerada mais atrativa e aceita pela sociedade. Diante disso, evidencia-se um acréscimo da insatisfação com o aumento dos níveis de obesidade ou sobrepeso (BRAGGION et al., 2000). Já os homens subestimam seu tamanho corporal real e consideram um corpo mais musculoso como representação de imagem corporal masculina ideal (VILELA et al., 2001; ASSUNÇÃO, 2002; ARAÚJO, ARAÚJO, 2003; BRANCO, HILÁRIO, CINTRA, 2006).

Pesquisas demonstram que os distúrbios da auto-imagem, principalmente a insatisfação com a aparência física, tem início em idades mais jovens sendo fortemente influenciada por fatores socioculturais (SMOLAK, 2004). Em países desenvolvidos, de 40-70% das meninas estão insatisfeitas com seus corpos, sendo que mais de 50% desejam um corpo magro. Os dados não são tão precisos para os meninos, mas a insatisfação está dividida entre o emagrecimento e o aumento da massa muscular (MCCABE, RICCIARDELLI; HOLT, 2005). No Brasil a prevalência elevada de insatisfação corporal em crianças e adolescentes é observada em diferentes regiões (PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006; TRICHES; GIUGLIANI, 2007; CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005). Com base nos resultados da pesquisa na população americana, dois terços das mulheres e mais da metade dos homens relatam insatisfação com seu peso corporal. O excesso de peso, aumento do abdômem, quadris e coxas geram maior insatisfação entre as mulheres (SAWER; THOMPSON; CASH, 2005). Como a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (World Health

Organization, 2009), sugere-se dessa forma que as taxas de insatisfação da imagem corporal também aumentem de forma semelhante.

Associado a fatores socioculturais, o Índice de Massa Corporal tem sido reconhecido como um importante fator biológico relacionado aos distúrbios da imagem corporal, já que diversos estudos apontam uma associação direta e positiva entre estas variáveis, indicando que indivíduos com excesso de peso apresentam maior inacurácia da percepção do tamanho corporal e insatisfação com a própria imagem (NUNES et al., 2001; PINHEIRO, GIUGLIANI, JONES, 2005; DAMASCENO et al., 2005; CONTI, FRUTUOSO, GAMBARDELLA, 2005; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006; TRICHES, GIUGLIANI, 2007).

Uma metanálise realizada nos últimos 50 anos avaliou 222 estudos sobre imagem corporal e demonstrou o aumento da insatisfação com a aparência física, principalmente na população feminina, sendo que entre as várias questões envolvidas nessa insatisfação, o peso e a forma do corpo são as que recebem maior foco (FEINGOLD; MAZZELLA, 1998). Uma vez que o peso e a forma do corpo são importantes referências da imagem que fazemos de nós mesmos (STENZEL, 2006), a preocupação com a imagem corporal pode constituir o maior obstáculo para a manutenção de um peso adequado (COOPER, CHRISTOPHER, HAWKER, 2004).

O aumento do peso é um dos fatores que possui maior impacto em um auto-conceito negativo global da imagem corporal, pois o bem estar psíquico e social hoje, no contexto sociocultural em que vivemos, depende cada vez mais da “medida” corporal, podendo afetar negativamente a percepção da própria imagem, em especial, em indivíduos que apresentam obesidade (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Esse posicionamento também é reforçado por Cash (1993) ao argumentar que o descontentamento relacionado ao peso geralmente acarreta em uma imagem corporal negativa e advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. Como consequência desse fato pode surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento do sentimento de inadequação social (NAHAS, 2003).

Para Dixon, Dixon e O'brien (2003) obesos severos, inclusive mulheres, com imagem corporal frágil, apresentam riscos elevados de desenvolverem depressão, apontando ainda que possa haver uma melhora do humor depressivo caso haja a perda de peso e que a obesidade severa pode causar ou aumentar a depressão. Estima-se que mulheres com excesso de peso apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico ocasionado pela insatisfação corporal, quando comparadas com mulheres eutróficas (FERREIRA; LEITE, 2002). Isso

acarreta maior fragilidade emocional, já que emoções influenciam a construção e reconstrução da imagem corporal (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Já é descrita como característica importante em indivíduos obesos a depreciação da própria imagem física, pois se sentem inseguros em relação aos outros e imaginam que estes os vêem com hostilidade e desprezo. Além disso, frequentemente referem o peso como um fator agravante na interação social, sofrendo discriminações que interferem em seus relacionamentos sociais e afetivos. Dessa forma, a obesidade, imagem corporal negativa e a qualidade de vida estão intrinsecamente relacionadas (ANDERSON et al., 2002).

As preocupações com a imagem corporal em indivíduos obesos foram descritas primeiramente em 1960 por Stunkard e Mendelson e vem sendo alvo de pesquisas na última década (SAWER; THOMPSON; CASH, 2005). Sabe-se que, até o final do século XIX, a obesidade esteve presente nos corpos de homens e mulheres como significado de poder, riqueza, fartura, beleza e fertilidade, ou seja, sempre relacionados a aspectos estéticos positivos. Já a partir do século XX, além de uma mudança para uma silhueta mais delineada, inicia-se uma preocupação com os aspectos patológicos relativos ao excesso de peso corporal (CASTRO, 2009).

Franques e Ascencio (2006) relatam ser muito comum encontrar nos pacientes obesos, em particular nos obesos mórbidos, incapacidade em perceber adequadamente o tamanho de seu corpo. Em comparação com indivíduos com peso normal, podem superestimar o tamanho do corpo, são mais insatisfeitos e preocupados com a aparência física e evitam situações sociais (SARWER, THOMPSON, CASH, 2005). Além disso, essa preocupação com a forma corporal é tanto maior quanto mais antiga for sua obesidade (ADAMI et al., 2005), sendo que adultos obesos têm chance até três vezes maior do que a população geral de superestimar seu tamanho, especialmente se apresentava obesidade e experiências relacionadas ao peso na infância (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2003). Adultos com transtorno da compulsão alimentar, histórico de perda e ganho de peso (efeito “sanfona”) e aqueles que recebem críticas em decorrência a sua obesidade também relatam maior insatisfação da imagem corporal (SAWER; THOMPSON; CASH, 2005).

A influência do grau de obesidade na determinação da satisfação com o corpo e o bem-estar relativo à saúde foi um dos objetivos do estudo desenvolvido por Han et al. (1995), que investigaram a percepção de 201 homens e 161 mulheres de 28 a 67 anos de idade, e demonstraram que o excesso de peso e a distribuição de gordura central sugerem que a pessoa se perceba mais velha do que realmente é, e em pior estado de saúde. Matos et al. (2002) sugerem que fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em obesos

graves podem ser provenientes da ocorrência de ansiedade e uma intensa preocupação com a imagem corporal. Além disso, a imagem e o peso corporais de um indivíduo são fatores nutricionais que influenciam seu comportamento alimentar uma vez que o excesso de peso e a insatisfação corporal podem motivar a realização de restrições alimentares (TORAL; SLATER, 2007).

Embora alguns indivíduos possam ser motivados a perder peso para melhorar sua saúde, a maioria das pessoas buscam fazê-lo para melhorar a aparência física. Mesmo entre pessoas extremamente obesas que procuram a Cirurgia Bariátrica, o principal motivador para perda de peso é a melhora da aparência (SARWER; THOMPSON; CASH, 2005).

De acordo com Cash (1993), indivíduos obesos que buscam o tratamento cirúrgico para perda de peso geralmente são mais preocupados com a imagem corporal do que obesos que não estão em tratamento.

Para muitos adultos com sobrepeso e obesidade, a redução do peso pode ser a melhor terapia para a melhora da auto-estima e imagem corporal (SARWER; THOMPSON; CASH, 2005). Contudo, a perda de peso que ocorre rapidamente e de forma drástica, como observado em indivíduos submetidos à Cirurgia Bariátrica, acarreta transformações na imagem corporal, sendo importante uma nova aprendizagem social, à medida que o corpo, por muitos anos ignorado, passa a estar em evidência e se torna foco de observações e elogios (FRANQUES, 2002). De acordo com Cordás e Ascecio (2006), mais de um terço dos obesos, em especial as mulheres, mesmo após importante redução ponderal, não percebem uma melhora na própria imagem (“gordura fantasma”), o que se não for adequadamente diagnosticado e abordado pode acarretar desistência ou críticas ao tratamento, por não atingir a melhora idealizada.

Pesquisa realizada por Castro (2009) com um grupo de 20 mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica em Minas Gerais (faixa etária de 40 anos) realizou a avaliação da imagem corporal por meio de entrevistas semi-estruturadas, demonstrando que as participantes relataram melhoria na funcionalidade do corpo, no desempenho de atividades diárias, na higiene pessoal, nas relações sexuais, na aparência física, bem como, aumento do sentimento de independência e melhora na auto-estima. Além disso, a discriminação e o olhar crítico de outras pessoas em relação a elas antes da cirurgia fizeram com que essas mulheres se sentissem diferentes de tudo e rejeitadas, enquanto que olhares de admiração após o procedimento cirúrgico acarretaram a elas sentimentos de normalidade em relação a outras pessoas. A diferenciação e o distanciamento de um padrão de tamanho, forma e beleza contribuem para que as pessoas com obesidade mórbida se sintam demasiadamente diferentes

do seu contexto, o que pode acarretar em uma experiência negativa possibilitando impactos na imagem corporal (CASTRO, 2009).

A mudança na forma física pode não ser acompanhada por uma mudança imediata na imagem corporal, considerando que a mudança psicológica ocorre de maneira mais adaptativa quando a mudança física é gradativa. Dessa forma, quando ocorre uma perda de grande quantidade de peso, de forma drástica e acelerada, como na Cirurgia Bariátrica, é possível que o indivíduo ainda retenha em si uma imagem de obeso, que desaparecerá com o tempo, à medida que a perda de peso é elaborada (PRUZINSKY; EDGERDON, 1990). Nesse sentido, quanto mais próximo de uma realidade existencial, mais a imagem corporal se torna estruturada e alicerçada na vivência concreta do corpo (TAVARES, 2003).

Os estudos apontam que a fase de desenvolvimento inicial da obesidade interfere na evolução pós-operatória de CB, uma vez que indivíduos que eram magros e depois se tornaram obesos apresentam uma tendência a recuperar uma imagem de seu corpo magro com mais facilidade quando comparados aqueles que eram gordos desde a infância, aos quais têm dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Atualmente, a imagem corporal é estudada por uma equipe multidisciplinar (médico, psiquiatra, educador físico e etc.), destacando-se a importância do papel do psicólogo e nutricionista na abordagem deste tema. A psicologia trabalha sob o enfoque cognitivo-comportamental, contribuindo para melhoria da imagem corporal positiva em pacientes obesos à medida que promove a reestruturação de distorções cognitivas a respeito da imagem corporal, já que esta é formada a partir das experiências dos indivíduos as quais contribuíram para a construção da sua maneira de pensar, sentir e agir (CAMPANA; TAVARES, 2009). Além disso, distúrbios da auto-imagem podem acarretar alterações importantes no comportamento alimentar de um indivíduo (anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar), colocando em risco sua saúde e qualidade de vida (OLIVEIRA et al. 2003; BOSI et al., 2006). Dessa forma, é essencial o conhecimento e exploração deste tema por parte do nutricionista que deverá delinear estratégias voltadas ao problema (BOSI et al., 2006).

Existem vários métodos para avaliação da imagem corporal, de acordo com o componente do constructo a ser focado, dentre eles, encontram-se questionários, escalas, desenhos de figuras humanas e figuras de silhuetas, sendo esta última comumente empregada em inúmeras pesquisas da área. Compreende uma série de figuras de corpos de ambos os gêneros que variam desde a mais magra até a mais obesa. Cada participante é solicitado a escolher a figura que melhor o representa no momento e a que gostaria de ter. A partir do

cálculo das diferenças entre as figuras selecionadas é avaliada a inacurácia da percepção corporal e satisfação com a própria imagem (KAKESHITA et al., 2009; GARDNER; BROWN, 2010).

Os efeitos psicológicos causados pela rápida perda de peso na imagem corporal ainda precisam ser melhor esclarecidos. Diante disso, faz-se necessário conhecer os fatores psicodinâmicos envolvidos no desenvolvimento da obesidade para trabalhar a reorganização psíquica perante o emagrecimento (MOLINER; RABUSKE, 2009).

1.2. Justificativa do Estudo

Considerando que fatores como o comportamento alimentar inadequado, sintomas de ansiedade e depressão e preocupação com a imagem corporal podem estar presentes em indivíduos com obesidade, em especial naqueles que buscam o tratamento cirúrgico, torna-se relevante o estudo das relações entre essas variáveis em obesos antes e após a Cirurgia Bariátrica, identificando como elas se encontram representadas em cada momento. A compreensão dessas características é importante uma vez que contribui para o trabalho de profissionais da saúde, possibilitando medidas de prevenção e intervenção precoces mais efetivas.

2. OBJETIVO

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o comportamento alimentar, sintomas de ansiedade e depressão e a imagem corporal em mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica.

2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Avaliar o Comportamento Alimentar antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica;
- ✓ Avaliar os níveis dos sintomas de Ansiedade e Depressão antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica;
- ✓ Avaliar o Estado Nutricional antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica.
- ✓ Avaliar a Imagem Corporal, com enfoque na Inacurácia da Percepção Corporal e Insatisfação com a Imagem Corporal após o procedimento cirúrgico.
- ✓ Avaliar condições clínicas, com enfoque nas patologias associadas à obesidade, complicações e fase de desenvolvimento.

3. MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Local da Pesquisa

A coleta de dados foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC/FMRP/USP) que é considerado um centro de referência em Cirurgia Bariátrica, onde são realizadas em média dez cirurgias mensais prioritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço conta com uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, residentes e aprimorandos da área da saúde, que prestam assistência médica hospitalar e ambulatorial, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa. O atendimento ambulatorial é realizado semanalmente e o serviço ainda oferece grupos de apoio psicológico e nutricional antes e após o procedimento cirúrgico.

3.2. Participantes

Foram estudadas 50 mulheres adultas voluntárias que realizaram Cirurgia Bariátrica no serviço de cirurgia da obesidade do HC/FMRP/USP.

A escolha do número e sexo dos participantes foi feita por conveniência considerando a demanda mensal de cirurgias realizadas pelo serviço, que atende em sua maioria a população feminina.

As participantes foram avaliadas nos períodos: pré-cirúrgico, formado por pacientes que aguardavam pela Cirurgia Bariátrica, e pós-cirúrgico, composto pelas mesmas pacientes quatro meses após o procedimento.

3.3. Material

3.3.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A):

O TCLE tem por finalidade possibilitar aos participantes da pesquisa o mais amplo esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, para que a sua manifestação de vontade no sentido de participar (ou não), seja efetivamente livre e consciente.

3.3.2. Questionário de Critérios Sociodemográficos e Condições Clínicas (APÊNDICE B):

Elaborado pelos próprios pesquisadores com o objetivo de avaliar os dados pessoais do indivíduo e algumas condições clínicas a fim de complementar o estudo em questão:

- Dados sociodemográficos: sexo, idade, procedência, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade e situação empregatícia.
- Condições clínicas: presença de patologias associadas à obesidade, síndrome de *dumping*, início da obesidade.

3.3.3. Avaliação Antropométrica - Estimativa do Estado Nutricional (EN):

A avaliação antropométrica constitui em um método de investigação baseado na aferição de medidas corporais utilizada para classificar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais (WHO, 1995). O Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos parâmetros mais utilizados para esta avaliação consistindo em uma medida que expressa a relação entre o peso do sujeito em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado ($IMC = kg/m^2$).

Foram utilizados para sua mensuração: Balança digital Filizola® do tipo plataforma (capacidade para 300 kg; precisão de 0,2 kg) previamente calibrada para aferição de peso e haste metálica vertical fixada à parede (graduação de 0,5 cm) para aferição da estatura.

3.3.4. Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) – (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001) (ANEXO A):

Validado por Wardle (1987), adaptado e traduzido para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001), o instrumento é composto por três subescalas que avaliam os seguintes estilos alimentares:

a) **Alimentação restrita:** estilo alimentar relativo ao conhecimento de hábitos nutricionais adequados (corresponde às questões: 1; 6;7;10;13;16;18;20;22;26);

b) **Alimentação emocional:** estilo alimentar relativo ao estado emocional do indivíduo (corresponde às questões: 2;3;5;8;11;14;17;21;24;27;30;32;33);

c) **Alimentação externa:** estilo alimentar relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada às situações sociais (corresponde às questões: 4;9;12;15;19;23;25;28;29;31).

3.3.5. Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (CUNHA, 2001) (ANEXO B):

O BAI (Beck Anxiety Inventory) foi criado por Beck et al. (1988), sendo traduzido e validado no Brasil por Cunha (2001). Trata-se de uma escala de auto-relato constituída por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, evitando incluir sintomas compartilhados com quadros depressivos (CUNHA, 2001).

Esse instrumento é indicado para participantes entre 17 e 80 anos de idade e foi criado originalmente para o uso com pacientes psiquiátricos, contudo mostrou-se também adequado para a aplicação na população geral. A versão em português foi utilizada em grupos de pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos, inclusive em estudantes e também em trabalhos que envolveram outros participantes da comunidade (CUNHA, 2001).

O teste de fidedignidade do BAI apresentou um coeficiente satisfatório ($\alpha > 0,80$) em grupos de amostra não clínica e coeficiente considerado excelente ($\alpha = 0,92$) em grupos de pacientes com obesidade (CUNHA, 2001). Dessa forma, o instrumento tem sido muito utilizado em pesquisas com indivíduos obesos (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009).

3.3.6. Inventário de Depressão de Beck – BDI (CUNHA, 2001) (ANEXO C):

O BDI (Beck Depression Inventory) criado por Beck et al. (1961), sendo traduzido e validado no Brasil por Cunha (2001). Foi inicialmente desenvolvido como uma escala

sintomática de depressão para uso com pacientes psiquiátricos, passando, após anos de estudos sobre suas propriedades psicométricas, a ser aplicado amplamente tanto na área clínica como em pesquisas, mostrando-se um instrumento também útil na população em geral.

É um instrumento de auto-relato composto por 21 perguntas desenvolvidas para avaliar a intensidade dos sintomas de depressão. É indicado para pessoas de 17 a 80 anos, embora tenham sido realizados estudos com populações de outras faixas etárias (CUNHA, 2001).

Estimativas de fidedignidade deste instrumento demonstraram satisfatória consistência interna em grupos clínicos ($\alpha=0,77$ a $0,92$), inclusive com pacientes obesos, e não clínicos ($\alpha=0,70$ a $0,82$) (CUNHA, 2001). Segundo Marcus (2004), o BDI tem sido utilizado no Brasil e em outros países em estudos com a população obesa.

3.3.7. Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (KAKESHITA et al., 2009) (ANEXO D):

Esta escala foi desenvolvida e validada para a população brasileira por Kakeshita et al. (2009) a partir de modelos reais segundo as recomendações metodológicas (GARDNER; FRIEDAN; JACKSON, 1998).

É utilizada para avaliar a percepção do estado atual e do estado desejado (estimação e satisfação em relação à imagem corporal, respectivamente) através de 15 figuras de silhuetas de cada gênero, sendo apresentada em cartões individuais de 6,5 cm de largura por 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margem 0,5 cm equidistantes das bordas da figura e do cartão. As imagens nas figuras são condizentes com o biótipo brasileiro considerando a estatura média e variações de IMC. A escala apresenta variações progressivas de medidas da figura mais magra ($IMC=12,5 \text{ kg/m}^2$) a mais obesa ($IMC=47,5 \text{ kg/m}^2$).

Segundo Kakeshita et al. (2009) a escala pode ser aplicada principalmente em populações que apresentam sobrepeso e obesidade, dificuldades no controle do peso e no comportamento alimentar.

3.4. Aspectos Éticos

Mediante a autorização do responsável pelo serviço de Cirurgia Bariátrica do HC/USP para a realização da pesquisa, o presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP (nº487/2010-2010.1.451.59.4) (ANEXO E).

3.5. Procedimentos

3.5.1. Coleta de Dados – Período Pré-operatório

Os dados sociodemográficos, condições clínicas e estado nutricional das participantes foram obtidos pela avaliação dos prontuários fornecidos pelo serviço de cirurgia do HC/FMRP/USP.

Os resultados dos QHCA, BAI e BDI, no período pré-operatório foram fornecidos pela equipe de psicologia responsável pelo serviço, que fazem uso destes instrumentos como um dos critérios de seleção para realização cirúrgica.

3.5.2. Coleta de Dados – Período Pós-operatório

Dados referentes às condições clínicas como melhora ou resolução de co-morbidades e síndrome de *dumping* foram coletados pela avaliação dos prontuários das participantes e dos relatos das mesmas durante a entrevista.

A aplicação do QHCA, BAI, BDI e da EFS foi conduzida pela pesquisadora quatro meses após o procedimento cirúrgico.

Os dados foram coletados em uma sala fornecida pelo HC/FMRP/USP após a realização de um grupo de apoio psicológico do serviço de cirurgia. O local era apropriado e permitia a privacidade das entrevistadas. A duração dos procedimentos durou, em média, 40 minutos.

As participantes foram abordadas e orientadas quanto à natureza e objetivos do estudo, assim como o caráter confidencial das respostas e a necessidade de todos os itens serem respondidos com atenção e responsabilidade. Além disso, foram informadas que poderiam

desistir da pesquisa no momento que julgassem necessário. Após o esclarecimento sobre o estudo foi solicitado, àquelas que aceitaram a participar, que assinassem o TCLE. Uma via foi entregue à participante e a outra arquivada pela pesquisadora. O presente estudo não ofereceu riscos ou danos morais à família ou ao participante.

Primeiramente, foi aplicado o QHCA e em seguida os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck. Estes instrumentos foram respondidos individualmente pelas participantes sem que houvesse interferência do investigador ou de outras pessoas que estivessem presentes no local da pesquisa. As participantes que apresentaram dificuldades de escrita e leitura receberam auxílio da pesquisadora para a melhor compreensão dos questionários.

Os Inventários (BAI e BDI) foram aplicados por um psicólogo juntamente à pesquisadora, já que são instrumentos de uso exclusivo destes profissionais.

Após a aplicação dos questionários, as participantes responderam, além dos instrumentos citados anteriormente, à EFS. Neste teste a participante foi solicitada a escolher um cartão dentre os dispostos em série ordenada ascendente, qual a silhueta que considerava que mais se aproximava da imagem de seu próprio corpo no momento (Escolha Atual – IMC Atual). Anotada a escolha, a mesma era solicitada a indicar o cartão com a silhueta que gostaria de ter (Escolha Meta – IMC Desejado).

A avaliação antropométrica teve início com a aferição de peso. Para tanto, o indivíduo se posicionou de pé, no centro da balança, descalço e com roupas leves. Em seguida a estatura foi medida com utilização do antropômetro. O indivíduo permaneceu de pé, descalço, com os calcanhares juntos, as pontas dos pés ligeiramente afastadas, costas retas, braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça orientada para o plano de Frankfurt (WHO, 1995).

Previamente ao início da coleta, foi realizado um estudo piloto com dez indivíduos a fim de verificar a aplicabilidade e possíveis ajustes caso houvesse inadequações dos instrumentos utilizados. Como não foram observados problemas durante essas entrevistas, os dados foram adicionados ao banco de dados.

O presente estudo é do tipo longitudinal.

3.6. Análise dos Dados

3.6.1. Estimativa do Estado Nutricional

A análise foi realizada de acordo com a classificação preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998): $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$ - Baixo Peso; $18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$ - Eutrofia; $25 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$, Sobrepeso; $30 - 34,9 \text{ Kg/m}^2$, Obesidade grau I; $35 - 39,9 \text{ Kg/m}^2$, Obesidade grau II e, $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$, Obesidade grau III.

3.6.2. Comportamento Alimentar

Para a análise do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar considera-se 33 pontos como máxima pontuação. Quanto maior a pontuação menor a capacidade de controle alimentar.

3.6.3. Ansiedade

O BAI é constituído por 21 itens que devem ser avaliados pelo sujeito numa escala de quatro opções de resposta que refletem: 0 – Absolutamente não; 1 – Levemente: não me incomodou muito; 2 – Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; e 3 – Gravemente: difícil de suportar. Para cada item atribui-se um escore individual que varia de 0 a 3. O escore total é feito pela soma total dos escores individuais e podem variar entre 0 e 63. A interpretação da versão em português é a seguinte para os níveis dos sintomas de ansiedade: nível mínimo: escores de 0 – 10; nível leve: escores de 11 – 19; nível moderado: escores de 20 – 30 e nível grave: escore de 31 – 63.

3.6.4. Depressão

O BDI possui 21 itens com quatro alternativas cada, sendo que os sintomas de depressão são estimados de acordo com quatro níveis: mínimo, leve, moderado e intenso. A intensidade dos sintomas é analisada pelo escore total, obtido com a soma dos escores dos

ítem. A classificação dos sintomas de depressão é a seguinte: 0 – 11: mínimo; 12 – 19: leve; 20 – 35: moderado e 36 – 63: grave.

3.6.5. Imagem Corporal

Para tabulação e análise dos dados da Escala de Figuras de Silhueta foram considerados os IMC correspondentes às figuras escolhidas, comparados ao IMC Real, aferido durante a coleta. A Inacurácia da Percepção Corporal é verificada subtraindo-se o IMC Real (aferido) do IMC “Atual” (escolhido pelo indivíduo – como ele se vê). Para classificação como Insatisfação com a Imagem Corporal foi considerada a relação da diferença entre o IMC Desejado (escolhido pelo indivíduo - como ele gostaria de ser) e IMC Atual (Kakeshita et al., 2009).

3.7. Análise Estatística

Foi realizada estatística descritiva (porcentagem, média, Desvio Padrão da Média ($\pm$ DPM), mediana, valores mínimos e máximos); comparações dos escores do QHCA, BAI e BDI antes e após a cirurgia utilizando teste *t de Student* para amostras dependentes ($p < 0,05$).

Foi conduzida uma Análise de Variância (ANOVA) de duas vias para verificar a diferença entre as categorias do estado nutricional (obesidade graus I, II e III) e as demais variáveis estudadas após o procedimento cirúrgico (IMC Atual, IMC Desejado, Inacurácia da Percepção Corporal, Insatisfação com a imagem corporal, Alimentação restrita, emocional e externa, Ansiedade e Depressão) e, quando apropriado, foi conduzida uma análise post-hoc, utilizando o teste de *Newman Kewls*, com nível de significância de $p < 0,05$ para todas as análises.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da Amostra

4.1.2. Critérios Sociodemográficos

Participaram do estudo 50 mulheres, com média de idade no pré e pós-operatório de respectivamente 41,58 ($\pm 1,69$) e 41,96 ($\pm 1,69$) anos. Foi observado que a maioria (78%) era procedente de regiões próximas a Ribeirão Preto; 70% das participantes eram casadas ou viviam em união estável; 82% possuíam filhos; 40% apresentavam um nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto enquanto outras 40% cursaram o ensino médio completo; 56% estavam empregadas. Todos os dados estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 continua - Distribuição das características sociodemográficas das participantes deste estudo (n=50), atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	50	100
Idade (anos)		
20-30	08	16
31-40	15	30
41- 50	16	32
> 50	11	22
Procedência		
Ribeirão Preto	11	22
Região	39	78
Estado Civil		
Casada/com companheiro	35	70
Divorciada	05	10
Solteira	09	18
Viúva	01	02

Tabela 6 continuação - Distribuição das características sociodemográficas das participantes (n=50), atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Possuem Filhos		
Sim	41	82
Não	09	18
Escolaridade		
Não Alfabetizado	03	06
Ensino Fundamental Completo	03	06
Ensino Fundamental Incompleto	20	40
Ensino Médio Completo	20	40
Ensino Superior Completo	01	02
Ensino Superior Incompleto	03	06
Situação Empregatória		
Afastado/aposentado/pensionista	08	16
Empregado	28	56
Trabalho em casa	14	28

4.1.3. Estado Nutricional e Condições Clínicas

Os dados antropométricos das participantes mostraram que a altura média foi de 161 cm ($\pm 0,07$); nos períodos pré e pós-operatório de CB, os pesos médios foram respectivamente de 127,64Kg ($\pm 16,62$) e 96,46Kg ($\pm 12,80$) havendo perda significativa de peso [$t_{(49)} = 28,152, p < 0,01$]. A avaliação do estado nutricional obtida pelo Índice de Massa Corporal mostrou que no pré-operatório as voluntárias do presente estudo apresentaram um IMC de 49,08 Kg/m² ($\pm 6,60$), enquanto após o procedimento cirúrgico foi observada uma redução importante desta variável para 37,06 Kg/m² ($\pm 4,83$) [$t_{(49)} = 26,87, p < 0,01$] (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos dados antropométricos das participantes deste estudo (n=50), atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>± DPM</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
Altura (cm)	1,61	0,07	1,42	1,61	1,84
Peso (Kg)					
Pré-operatório	127,64	16,62	91,80	125,55	167,0
Pós-operatório	96,46*	12,80	74,60	94,47	130,65
IMC (Kg/m²)					
Pré-operatório	49,08	6,60	33,71	49,28	65,66
Pós-operatório	37,08*	4,83	28,30	37,25	49,20

*p<0,01 comparado ao período pré-operatório (teste *t de Student* para amostras dependentes).

Ainda em relação ao estado nutricional foi observado que antes da realização do procedimento cirúrgico, a predominância era de indivíduos classificados com obesidade grau III (94%). Após a cirurgia, 40% (n=20) das participantes apresentaram obesidade grau II; seguido por 28% (n=14) com obesidade grau I; 26% (n=13) obesidade grau III e, 6% (n=3) sobrepeso (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição em porcentagem do número de participantes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, de acordo com o Estado Nutricional antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

Tratando-se das condições clínicas, foi verificado que a maioria da população estudada (88%) apresentou no período pré-operatório alguma patologia associada à obesidade, sendo as principais: hipertensão arterial sistêmica (64%), doenças ósseas e articulares (50%) (ex.:

problemas ortopédicos e artrose), doenças respiratórias (28%) (apnéia do sono), diabetes *mellitus* tipo 2 (22%) e pré-diabetes (10%), doenças cardíacas (8%) e dislipidemia (6%). Após o procedimento cirúrgico as participantes apresentaram resolução completa (59,22%) ou melhora (40,80%) destas patologias.

Em relação às complicações pós-cirúrgicas foi verificado que 32% (n=16) das entrevistadas apresentaram síndrome de *dumping* após a cirurgia.

No que se refere à fase de desenvolvimento da obesidade, a maioria das participantes (34%) apresentou início durante a infância ou fase adulta durante gestações (30%). Foi ainda verificado que 44% das pacientes relataram início da obesidade durante a adolescência e fase adulta após gestações (Tabela 8).

Tabela 8 - Fase de desenvolvimento da obesidade das participantes deste estudo (n=50), atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, Ribeirão Preto, 2012.

Fase de Incidência da Obesidade	N	%
Infância	17	34
Adolescência	05	10
Adolescência, durante as gestações	07	14
Fase Adulta	06	12
Fase Adulta, durante as gestações	15	30
Total	50	100

4.1.4. Comportamento Alimentar

A avaliação do comportamento alimentar obtido pelos dados do QHCA mostrou que não houve diferença nas médias de pontuação total do questionário nos períodos pré (13,96 $\pm$ 7,98) e pós-operatório (12,64 $\pm$ 6,02) [$t_{(49)} = 1,204, p=0,234$]. Contudo, foi verificada variação nas médias das pontuações quando comparados os períodos pré e pós-cirúrgico respectivamente das subescalas de alimentação restrita (3,38 $\pm$ 2,15) (6,02 $\pm$ 1,97) [$t_{(49)} = -5,87, p<0,01$], emocional (5,54 $\pm$ 4,41) (3,3 $\pm$ 4,25) [$t_{(49)} = 3,33, p<0,01$] e externa (5,08 $\pm$ 3,20) (3,30 $\pm$ 1,78) [$t_{(49)} = 4,02, p<0,01$] (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM) e mediana dos escores totais e parciais do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) das participantes deste estudo (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variável</i> QHCA	<i>Pré-operatório</i>			<i>Pós-operatório</i>		
	<i>Média</i>	$\pm$ DPM	<i>Mediana</i>	<i>Média</i>	$\pm$ DPM	<i>Mediana</i>
Escore Total	13,96	7,98	13,0	12,64	6,02	11,0
Subescalas						
Alimentação Restrita	3,38	2,15	3,5	6,02*	1,97	6,0
Alimentação Emocional	5,54	4,41	5,0	3,3**	4,25	1,0
Alimentação Externa	5,08	1,97	5,0	3,30*	1,78	3,0

*p = 0,01 comparado ao período pré-operatório (teste *t de Student* para amostras dependentes).

**p < 0,001 comparado ao período pré-operatório (teste *t de Student* para amostras dependentes).

4.1.5. Ansiedade e Depressão

Em relação à análise nos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, foram observadas diferenças nas médias de pontuação do BAI [$t_{(49)} = 3,38$, $p < 0,01$] e do BDI [$t_{(49)} = 5,47$, $p < 0,001$] antes e após Cirurgia Bariátrica (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM) e mediana da pontuação dos Inventários de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) e de Beck das participantes deste estudo (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variável</i>	<i>Pré-operatório</i>			<i>Pós-operatório</i>		
	<i>Média</i>	$\pm$ DPM	<i>Mediana</i>	<i>Média</i>	$\pm$ DPM	<i>Mediana</i>
BAI	11,76*	8,51	10,5	7,32	7,33	5,5
BDI	14,0**	7,29	13,5	7,36	5,94	6,0

*p < 0,01 comparado ao período pré-operatório (teste *t de Student* para amostras dependentes).

**p = 0,001 comparado ao período pré-operatório (teste *t de Student* para amostras dependentes).

Os dados do BAI mostraram que antes do procedimento cirúrgico, 50% (n=25) das participantes apresentavam nível mínimo de sintomas de ansiedade; 32% (n=16) nível leve; 16% (n=6) nível moderado e 2% (n=1) nível grave. Após o procedimento cirúrgico, 72%

(n=36) estavam com nível mínimo de ansiedade; 22% (n=11) nível leve; 4% (n=2) nível moderado e 2% (n=1) nível grave (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição das porcentagens das participantes deste estudo (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, com diferentes níveis de sintomas de ansiedade de acordo com a pontuação obtida através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

Quanto à porcentagem das pacientes em relação aos níveis de sintomas de depressão obtidos através do BDI, foi verificado que no período pré-operatório 40% (n=20) das participantes apresentavam um nível mínimo de depressão; 32% (n=16) nível leve; 26% (n=13) nível moderado e apenas 2% (n=1) nível grave. Já quatro meses após a realização cirúrgica, 84% (n=42) das pacientes estavam com nível mínimo de depressão; 12% (n=6) nível leve e 4% (n=2) nível moderado (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição das porcentagens das pacientes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, com diferentes níveis de sintomas de depressão de acordo com a pontuação obtida através do Inventário de Depressão de Beck (BDI) antes e quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

4.1.6. Imagem Corporal

Os dados da Escala de Figura de Silhuetas (EFS) obtidos quatro meses após o procedimento cirúrgico mostraram que, em geral, as participantes se vêem em média com $0,33 \text{ Kg/m}^2 (\pm 5,73)$ a mais do que seu IMC Real, sendo que destas, 38% ($n=19$) subestimaram seu formato corporal real e se percebiam em média com $5,40 \text{ Kg/m}^2 (\pm 4,07)$ a menos do que realmente possuem; enquanto outras 62% ($n=31$) superestimaram em média $3,85 \text{ Kg/m}^2 (\pm 3,19)$ seu formato corporal real. Os dados também revelaram que 100% das participantes estavam insatisfeitas com o seu formato corporal e gostariam de possuir (IMC Desejado) em média $10,30 \text{ Kg/m}^2 (\pm 5,66)$ a menos do que pensam ter (IMC Atual) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM), valores mínimo e máximo e mediana do IMC Real, IMC “Atual”, IMC Desejado, Inacurácia da Percepção Corporal e Insatisfação com a imagem corporal das participantes deste estudo ($n=50$) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, obtidos pela Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (Kg/m^2), quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Variáveis (Kg/m^2)</i>	<i>Pós-operatório</i>				
	<i>Média</i>	<i>$\pm$ DPM</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
IMC Real	37,07	4,83	28,30	37,26	49,20
IMC “Atual”	37,40	5,07	25,0	37,50	47,50
IMC “Desejado”	27,10	4,26	15,0	27,50	35,0
Inacurácia da Percepção Corporal	0,33	5,73	-16,28	0,99	10,19
Subestimação	-5,40	4,07	-16,29	-5,04	-0,25
Superestimação	3,85	3,19	0,14	2,63	10,19
Insatisfação com a imagem corporal	-10,30	5,66	-32,5	-8,75	- 2,50

Em relação à Inacurácia da Percepção Corporal e a classificação do estado nutricional, entre as participantes que subestimaram seu formato corporal real ($n=19$), 5,3% ($n=01$) estavam com sobrepeso; 10,5% ($n=2$) obesidade grau I; 31,6% ($n=06$) obesidade grau II e, outras 52,6% ($n=10$) apresentavam obesidade grau III; enquanto entre as mulheres que superestimaram a forma corporal real ($n=31$), 6,45% ($n=2$) apresentavam sobrepeso; 38,7% ($n=12$) obesidade grau I; 45,16% ($n=14$) obesidade grau II e 9,70% ($n=03$) estavam com obesidade grau III (Figura 5).

Figura 5 - Classificação do Estado Nutricional em relação à Inacurácia da Percepção Corporal (Subestimação e Superestimação) das participantes deste estudo (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

Além disso, verificou-se diferença estatística na análise de variação entre as categorias do estado nutricional - obesidade grau I (n=14), obesidade grau II (n=20) e obesidade grau III (n=13) - e as variáveis:

- IMC Atual [F(2,44)=5,16; p<0,01], sendo observado que as participantes com obesidade grau II apresentaram diferença na percepção corporal em relação as participantes com obesidade grau I (Tabela 12);

- Inacurácia da Percepção Corporal [F(2,44)=15,29; p<0,001], verificando-se que as participantes com obesidade grau III apresentaram maior Inacurácia da Percepção Corporal em relação às participantes com obesidade graus I e II, apresentando subestimação do formato corporal real ($-5,73 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,20$) (Figura 6).

Tabela 12 - Média ($\pm$ DPM) do IMC Atual (Kg/m^2) em relação às categorias de estado nutricional (obesidade Graus I, II e III) das participantes (n=47) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

Variáveis	Estado Nutricional		
	Obesidade Grau I Média ($\pm$ DPM)	Obesidade Grau II Média ($\pm$ DPM)	Obesidade Grau III Média ($\pm$ DPM)
IMC Atual	35,0 ($\pm$ 4,38)	40,0 ($\pm$ 4,72)*	37,3 ($\pm$ 4,26)

*p<0,001 em relação à categoria de obesidade grau I. (teste t de Student para amostras dependentes).

Figura 6 - Média ($\pm$ DPM) da Inacurácia da Percepção Corporal (Kg/m^2) em relação às categorias de estado nutricional (obesidade Graus I, II e III) das participantes deste estudo ($n=47$) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012. * $p<0,001$ comparado às categorias de obesidade Graus I e II.

Não foram encontradas diferenças estatísticas nas análises de variância entre as categorias do estado nutricional e as demais variáveis estudadas após o procedimento cirúrgico (IMC Desejado, Insatisfação com a imagem corporal, Alimentação restrita, emocional e externa, Ansiedade e Depressão). A categoria sobrepeso foi excluída de todas as análises em decorrência do baixo número de indivíduos ($n=3$).

Em relação à idade, foi verificado maior nível de Inacurácia da Percepção Corporal entre as mulheres com idade entre 41 e 50 anos ($1,40 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,79$). Já a Insatisfação com a imagem corporal foi maior nas participantes com idade entre 20 e 40 anos ($-10,68 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,73$) (Tabela 13).

Tabela 13 continua - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM), mediana, mínimo e máximo das variáveis da imagem corporal de acordo com a idade das pacientes ($n=50$) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, obtidos quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Idade</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	$\pm$ <i>DPM</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
20 – 40 anos	Insatisfação	22	- 10,68	6,73	-32,50	- 10,0	- 2,5
	Inacurácia	22	0,33	6,53	-16,29	0,99	10,13
41 – 50 anos	Insatisfação	17	- 10,14	4,54	- 20,0	- 10,0	- 2,50
	Inacurácia	17	1,40	4,79	- 7,04	2,12	10,19

Tabela 13 continuação - Distribuição dos valores relativos à média ($\pm$ DPM), mediana, mínimo e máximo das variáveis da imagem corporal de acordo com a idade das pacientes (n=50) atendidas pelo Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/HC-USP, obtidos quatro meses após a Cirurgia Bariátrica, Ribeirão Preto, 2012.

<i>Idade</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>$\pm$ DPM</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
>50 anos	Insatisfação	11	- 9,77	5,29	- 20,0	- 7,5	- 5,0
	Inacurácia	11	- 1,31	5,45	- 11,07	0,28	6,95

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. Características Sociodemográficas

Todos os participantes do presente estudo eram do sexo feminino. A escolha da amostra se deu em função da predominância de mulheres para realização do tratamento cirúrgico no serviço de Cirurgia Bariátrica do HC/FMRP/USP. Pesquisas realizadas em outros contextos socioculturais também mostram que as mulheres correspondem à maioria dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico (FABRICATORE et al., 2005; FRANQUES; ASCENCIO, 2006; PREVEDELLO et al., 2009; HARBOTTLE, 2011). A maior prevalência de mulheres submetidas à CB pode ser justificada por uma questão social que envolve os padrões de beleza com a valorização da magreza exercendo influências para a busca da perda de peso. Além disso, as mulheres são mais preocupadas em solucionar os problemas de saúde em comparação aos homens (NISHIYAMA et al., 2007). As dificuldades de locomoção, mobilidade e de acesso aos diversos ambientes, realização de diversas atividades sociais, domésticas e econômicas também contribuem para a busca do tratamento cirúrgico (QUADROS; BRANCO; ZACARIAS, 2005).

No que se refere à idade, estado civil, filhos e situação empregatícia as médias encontradas no presente estudo foram semelhantes a valores observados em outros estudos com mulheres submetidas à CB (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008; COSTA et al., 2009; PEDROSA et al., 2009; MONTEIRO, SANTOS, 2011).

Ao analisar o grau de escolaridade, verificou-se que a maioria das participantes não completou o ensino fundamental (40%) ou completaram o ensino médio (40%). É importante considerar que esse resultado pode estar relacionado ao local de realização da coleta de dados por se tratar de uma instituição pública que atende em sua maioria indivíduos de baixa condição socioeconômica. No estudo realizado por Boscatto, Duarte e Gomes (2011) com pacientes submetidos à CB em um hospital público de Santa Catarina, foi observado que a maioria dos entrevistados (42,1%) também não havia completado o ensino fundamental. Estudos mostram que existe relação entre nível de escolaridade e obesidade, sendo que pessoas com maior grau de estudo apresentam menor risco para desenvolver obesidade (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004; GIGANTE et al., 2006). Segundo Conde e Borges (2011), o maior grau de escolaridade atua como fator protetor tanto para

incidência quanto à persistência do excesso de peso entre as mulheres. O nível de escolaridade pode ser considerado como um fator importante de inserção social, sendo que a capacidade de interpretar informações sobre comportamentos preventivos para promoção da saúde é essencial para garantir a qualidade do autocuidado (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

5.2. Estado Nutricional e Condições Clínicas

Antes da Cirurgia Bariátrica, a maioria das participantes (94%) apresentava IMC que correspondia à obesidade mórbida, o que as tornavam elegíveis para a cirurgia. Apenas três participantes não apresentaram obesidade grau III no pré-operatório, contudo se enquadravam nos critérios preconizados pela resolução do Conselho Federal de Medicina para a realização do procedimento cirúrgico (BRASIL, 2010). Após a CB houve predominância de indivíduos com obesidade grau II (40%). Não é incomum que um indivíduo com obesidade mórbida apresente índices de obesidade após uma Cirurgia Bariátrica de sucesso (ORPHEU et al., 2009).

Os dados antropométricos revelaram que os pesos médios antes e após o procedimento cirúrgico foram respectivamente de 127,64 kg ($\pm 16,62$) e 96,46 kg ($\pm 12,80$), sendo verificada em média perda ponderal de 24,42% (31,18 kg). No pós-operatório o IMC médio era inferior ($37,08 \text{ kg/m}^2 \pm 4,83$) ao do pré-operatório ($49,08 \text{ kg/m}^2 \pm 6,60$) demonstrando, dessa forma, o efeito do tratamento cirúrgico.

Todas as participantes do presente estudo foram submetidas à Derivação Gástrica em Y-de-Roux – DGYR (cirurgia de Fobi-Capella). Segundo a literatura, esta técnica é considerada atualmente o “padrão ouro” para o tratamento da obesidade mórbida. O indivíduo pode perder até 70% do excesso de peso, sendo esta perda mais intensa nos seis primeiros meses de cirurgia, se estabilizando após dois anos (BUCHWALD et al., 2004) com possível recuperação de uma parte do peso (BUCHWALD et al., 2004; OPEZ; PATEL; KOCHÉ, 2007; NOZAKI; ROSSI, 2010). Vários estudos confirmam a eficácia deste método cirúrgico para perda de peso e melhora das co-morbidades a curto e longo prazo (SJÖSTRÖM et al. 2004; GARRIDO JUNIOR, 2000; MAMPLEKOU et al., 2005; PUZZIFERRI et al., 2006; MALI JR.; VALEZI; MENEZES, 2007; STEFFEN et al., 2009; GOMES; ROSA; FARIA,

2009; BARHOUCHE et al., 2010; NOZAKI; ROSSI, 2010; RAVELLI et al., 2007; COSTA et al., 2010).

Após o procedimento cirúrgico a perda de peso é resultante da interação de fatores mecânicos com a redução na ingestão calórica em função da diminuição da capacidade gástrica, e de fatores hormonais que levam a redução do apetite devido à diminuição de grelina sérica e aumento do peptídeo Y e glucagon-like peptídeo 1 (GLP-1) (REPETTO; RIZZOLLI, 2006).

De acordo com Ceneviva et al. (2006), a redução do peso contribui para a resolução ou melhora das co-morbidades causadas pelo excesso de peso, o que vai de encontro com os resultados verificados no presente estudo.

Sarwer et al. (2010) avaliaram 200 pacientes (164 eram mulheres, $\pm 42,6$ anos) submetidos à DGYR, observando perda de peso de 25,4%, 34,9% e 38,8%, em um período de respectivamente 20, 40 e 92 semanas após a realização cirúrgica. Boscatto et al. (2010) analisaram 33 indivíduos (a maioria do sexo feminino) submetidos à técnica de Fobi-Capella, verificando como resultados que antes da cirurgia a maioria dos indivíduos apresentou hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 2, além de outras patologias como apnéia do sono, gastrite, e hiperlipidemia. A média de IMC no pré-operatório era de $48,57 \text{ Kg/m}^2$ ($\pm 7,83$), reduzindo para $32,93 \text{ Kg/m}^2$ ($\pm 5,66$) entre três e seis meses e para $29,15 \text{ Kg/m}^2$ ($\pm 4,63$) em um ano após o procedimento cirúrgico.

Em uma amostra de 90 pacientes (67,8% do sexo feminino) submetidos à cirurgia de Fobi-Capella, Mônaco et al. (2006) verificaram perda ponderal média no período de três meses de pós-operatório de 24,2kg. Com 3, 6 e 12 meses de pós-operatório, o peso médio dos pacientes foi de $103,9 \pm 23,0 \text{ kg}$, $94,1 \pm 19,9 \text{ kg}$ e $84,1 \pm 19,6 \text{ kg}$, respectivamente.

Buchwald et al. (2004), realizaram uma revisão sistemática da literatura e metanálise, após um período de dois anos de seguimento da CB, e investigaram o impacto da perda de peso e principais co-morbidades (diabetes, hiperlipidemia, hipertensão e apnéia do sono) em 136 estudos, totalizando 22.094 pacientes (72,6% mulheres) com média de idade de 39 anos. Os resultados encontrados apontaram que a média percentual de perda do excesso de peso foi de 61,2% para todos os pacientes (61,6% foram submetidos à DGYR), sendo ainda observado que a maioria apresentou melhora das co-morbidades.

Estudo realizado com 342 pacientes (261 mulheres; 81 homens) submetidos à DGYR demonstrou que antes da cirurgia a média de IMC era de 44 Kg/m^2 e após o procedimento cirúrgico a média de IMC e a porcentagem de perda de peso foram de $28,7 \text{ Kg/m}^2$, 89%; 28,3

Kg/m²,87%; 31,2 Kg/m²,70%; 31,0 Kg/m²,75%; em 1, 2, 5 e 10 anos, respectivamente, com melhoras das co-morbidades em curto, médio e longo prazo (WHITE et al., 2005).

Ceneviva et al. (2006) demonstraram a evolução de doenças associadas à obesidade mórbida em 92 pacientes com seguimento de dois meses a cinco anos após a cirurgia de Fobi-Capella realizada no HC/FMRP/USP, em que houve resultados satisfatórios em relação a todas as co-morbidades (hipertensão arterial sistêmica, artropatia, diabetes, dispinéia, apnéia do sono, dislipidemia e cardiopatias), com destaque neste estudo ao desaparecimento (92%) ou melhora (8%) dos sintomas da apnéia do sono. Bavaresco et al. (2010), estudando uma amostra de 48 pacientes no mesmo local do estudo anterior verificaram significativa redução do peso e gordura corporal seguida pela diminuição de fatores de risco para ocorrência de co-morbidades como a melhora do perfil lipídico.

Segundo Ceneviva et al. (2006), a Cirurgia Bariátrica é um tratamento proposto tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos em decorrência de seus resultados positivos. A perda do excesso de peso de pelo menos 50% e a manutenção em longo prazo é que definem o sucesso do procedimento cirúrgico, uma vez que o emagrecimento leva a uma comprovada melhoria das condições clínicas do indivíduo (SILVER et al., 2006).

Dessa forma, a perda ponderal observada no presente estudo, como consequência da Cirurgia Bariátrica, contribuiu em grande parte para o tratamento das co-morbidades induzidas pela obesidade, bem como a provável melhora na qualidade e expectativa de vida do indivíduo. O impacto do tratamento cirúrgico permite também reduzir direta ou indiretamente os custos com a saúde do paciente (MÔNACO et al., 2006).

A Cirurgia Bariátrica apresenta baixo risco de mortalidade (aproximadamente 1%) (CENEVIVA et al., 2006), contudo algumas complicações e sintomas podem estar presentes com particularidades individuais e de acordo com o método cirúrgico utilizado (BOSCATTO et al., 2010). No presente estudo, foi verificado que 32% das participantes relataram apresentar síndrome de *dumping*. Esta complicação é frequentemente observada em estudos realizados com pacientes submetidos à DGYR (GOMES; ROSA; FARIA, 2009; MOREIRA et al., 2010; BOSCATTO et al., 2010). A síndrome de *dumping* é uma resposta fisiológica à ingestão de carboidratos simples acarretando sintomas como náuseas, vômitos, sensação de mal estar, tremor, rubor e diarreia (BOSCATTO et al., 2010). O primeiro mês após a cirurgia é o período mais crítico para ocorrência deste problema, em que pequena quantidade de sacarose pode desencadear os sintomas (MOREIRA et al., 2010). A síndrome pode contribuir para a manutenção da perda de peso, porém deficiências nutricionais devido à má-absorção ou ingestão insuficiente de nutrientes podem levar os pacientes a apresentarem um quadro de

patologias como anemia, úlcera, osteoporose e desnutrição protéico-calórica. Além da síndrome de *dumping*, outras manifestações comuns após a CB são vômitos frequentes se houver ingestão superior a nova capacidade gástrica, além de dificuldade para consumir alimentos sólidos, diarreia, constipação, distensão abdominal, refluxo gastroesofágico, alopecia e anemias (BOSCATTO et al., 2010).

Em relação ao período da vida em que houve início da obesidade, verificou-se que a maioria da população do presente estudo relatou ser obesa desde a infância (34%) e na fase adulta durante as gestações (30%), sendo ainda observados resultados consideráveis durante a adolescência e vida adulta durante as gestações (44%).

Boscatto et al. (2010) demonstraram resultados semelhantes em seu estudo com pacientes, de ambos os sexos (81,8% sexo feminino), submetidas à CB, em que 30,3% referiu início do ganho ponderal durante a infância. Entre as mulheres, 33% afirmaram aumento progressivo do peso durante o período gestacional.

Castro et al. (2010) também observaram que o período gestacional durante a puberdade (20%) e fase adulta (50%) foi marcante com relação ao início da obesidade. Em uma amostra de 316 obesos (91% mulheres) submetidos à CB, Porto et al. (2002) verificaram que 36% da amostra tornou-se obesa na infância, 14% durante a adolescência e 33% nas sucessivas gestações.

Segundo Boscatto et al. (2010) vários fatores causais então envolvidos no surgimento da obesidade durante a infância que vão desde o ambiente intra-uterino, ganho de peso inadequado no primeiro ano de vida, aporte calórico excessivo, sedentarismo, entre outros. Além disso, crianças e adolescentes obesos comumente permanecem obesos quando adultos e apresentam maior risco de desenvolver doenças crônicas não degenerativas (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). Em relação ao ganho de peso no período gestacional, o excesso na ingestão alimentar, sedentarismo e aumento de hormônios como a prolactina e estrógenos podem favorecer o acúmulo de gordura (BOSCATTO et al., 2010).

Já é discutido que a redução intensa de peso corporal e consequente cura ou melhora das doenças associadas à obesidade observada em indivíduos submetidos à CB define o sucesso terapêutico (CENEVIVA et al., 2006). Contudo, variáveis comportamentais (alimentar, emocional) também devem ser consideradas para obtenção de resultados favoráveis antes e após o procedimento cirúrgico (KRUSEMAM et al., 2010; KULICK; HARK; DEEN, 2010; FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011).

Em estudo com 80 mulheres (± 44 anos) submetidas à DGYR após oito anos, Krusemam et al. (2010) observaram que embora a média de perda do excesso de peso tenha

sido significativo (55,6%), a maioria das participantes apresentou desordem no comportamento alimentar. Quadro, Bruscato e Branco Filho (2006), avaliaram a prevalência de compulsão alimentar em 30 obesos mórbidos durante o período pré-operatório de Cirurgia Bariátrica, verificando como resultado que 53,2% dos entrevistados apresentaram compulsão alimentar moderada ou grave, sendo que 25% dos pacientes com obesidade mórbida apresentaram compulsão alimentar grave.

A existência de transtornos alimentares ou transtornos psiquiátricos no pré-operatório aumenta a necessidade de observação do paciente após a CB (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2006). A literatura aponta que de 15 a 48% dos indivíduos obesos antes da CB são portadores de transtornos de compulsão alimentar periódica e significativa porcentagem apresenta a síndrome do comer noturno, o que se relaciona à piores resultados cirúrgicos. Esses distúrbios alimentares requerem tratamento medicamentoso e psicoterápico, sendo importante considerar que todos os fatores envolvidos na etiologia da doença não deixarão de atuar apenas pelas modificações anatômicas resultantes da intervenção cirúrgica. Portanto, é sugerido que o paciente não realize a Cirurgia Bariátrica até que o comportamento alimentar seja normalizado com a terapia específica (FRANQUES et al., 2011).

Novais et al. (2010) avaliaram a evolução do peso corporal em 141 mulheres submetidas à DGYR há mais de dois anos, sendo estas divididas de acordo com o tempo pós-operatório e conforme o percentual da perda do excesso de peso (< 50 ; $50 - 75$; e, ≥ 75). Os resultados do estudo mostraram que não houve recuperação significativa de peso com o decorrer dos anos, contudo, aquelas com maior percentual de perda do excesso de peso após a cirurgia ($\geq 75\%$) apresentaram menor índice de recuperação de peso (5,9%) quando comparadas aquelas com menor percentual de perda ponderal.

Tousse, Fujioka e Coleman (2009) verificaram em seu estudo que os pacientes com maior IMC após dois anos de seguimento da realização cirúrgica apresentavam maior peso no momento da cirurgia. Além disso, aqueles que perderam menos peso possuíam algum tipo de transtorno alimentar, especialmente compulsão alimentar.

Apesar de toda a evolução da técnica cirúrgica e dos cuidados psicossociais pré e pós operatórios, 20% dos pacientes operados não conseguem alcançar a perda de peso esperada ou apresentam reganho de peso (MAGDALENO JR., 2011). De acordo com Novais et al. (2010), a recuperação ponderal pode estar envolvida a processos de adaptações fisiológicas no trato gastrointestinal que ocorrem com o passar do tempo e que a adoção e a promoção de estilo de vida saudável fortalecem o indivíduo operado contra os antigos hábitos que causaram a condição de obesidade, sendo esse novo comportamento importante para a manutenção em

longo prazo do peso alcançado. A recuperação do peso após o procedimento cirúrgico demonstra a necessidade de tratamento específico para a obesidade mesmo após a cirurgia, uma vez que se trata de uma doença crônica e progressiva.

Estudos realizados em um período de cinco a vinte anos após a CB apontam que a maioria dos participantes apresenta perda de peso, melhora da qualidade de vida e das comorbidades. Contudo, grande parte das pesquisas realizadas mostra que o IMC pode aumentar de dois a quatro anos após a cirurgia uma vez que existe uma porcentagem de pacientes, principalmente aqueles com uma conduta alimentar inadequada, que apresentam reganho de peso (MARTÍNEZ; RENTERÍA, 2011).

O melhor prognóstico será alcançado por meio de uma seleção adequada do paciente pela a equipe multidisciplinar (clínicos, cirurgiões, nutricionistas, psicólogos e, eventualmente cardiologistas, psiquiatras e fisioterapeutas) com realização do tratamento clínico que inclui orientações dietéticas, medicação, exercícios físicos e psicoterapia fatores esses primordiais para a obtenção de melhores resultados (FRANQUES et al., 2011).

A reavaliação pela equipe deve levar em conta o que foi levantado durante a avaliação prévia à cirurgia, assinalando o que se modificou ou não nos fatores que originavam ou mantinham o ganho de peso, com atenção especial para os fatores que possam ter surgido apenas no pós-operatório.

A cirurgia implica em modificações nos hábitos alimentares e adaptação ao novo tamanho do estômago. Muitos indivíduos levam algum tempo para se acostumar com a quantidade e o tipo de alimentos ingeridos (KULICK; HARK; DEEN, 2010). A incidência de deficiências nutricionais principalmente de alguns nutrientes como proteína, ferro e zinco e as vitamínicas (tiamina, niacina, cobalamina, ácido fólico, vitamina D, vitamina A e vitamina E), devem ser consideradas devido à ingestão nutricional deficiente, a má absorção decorrente da técnica cirúrgica e a pobre aderência à reposição de polivitamínicos (ALVES et al., 2006). Além disso, a seleção do paciente envolve avaliação psicológica criteriosa visando definir se o mesmo possui estrutura psíquica favorável para suportar as transformações radicais de comportamento impostas pela CB.

Sob esta perspectiva, destaca-se o papel do psicólogo e nutricionista, sendo estes os profissionais responsáveis por ajudar o paciente antes a após a cirurgia a concentrar-se nos benefícios de saúde psíquica e de uma alimentação equilibrada, independente da perda de peso (KULICK; HARK; DEEN, 2010).

5.3. Comportamento Alimentar

Os dados obtidos pelo Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) não apontaram diferenças significantes nas médias de pontuação total das participantes antes ($13,96 \pm 7,98$) e após ($12,64 \pm 6,02$) a Cirurgia Bariátrica. Contudo, quanto aos escores das subescalas do questionário analisados isoladamente, verificou-se diferenças nas médias de pontuação quando comparados os períodos pré e pós-operatório.

Em relação às médias de pontuação da subescala de alimentação restrita, foram verificados valores inferiores no período pré ($3,38 \pm 2,15$) ao período pós ($6,02 \pm 1,97$) cirúrgico. Visto que tal subescala avalia o estilo alimentar relacionado ao conhecimento de hábitos nutricionais adequados, os dados sugerem que as participantes do presente estudo apresentaram maior dificuldade para assimilar estas informações ou não se preocupavam de forma mais intensa com as mesmas no período pós-cirúrgico.

Segundo Vianna (2002), a concepção de restrição possui aspectos relevantes para a compreensão do comportamento alimentar. Em geral, indivíduos com restrição apresentam padrão alimentar marcado por ciclos de dieta e restrição, conseguindo controlar, com esforço, a fome e o desejo, intercalados por ciclos de desinibição quando comem descontroladamente em decorrência a fatores emocionais como ansiedade e depressão. Além disso, ao contrário do que seria esperado, níveis mais altos de restrição são mais observados em indivíduos obesos do que em participantes eutróficos. Neste sentido, em relação ao presente estudo, sugere-se que a maior pontuação na subescala de alimentação restrita observada no pós-operatório também se deve à maior dificuldade dos pacientes em controlar seu consumo alimentar, uma vez que poderão apresentar dificuldades em suportar a restrição alimentar decorrente da cirurgia. De acordo com Magdaleno Junior, Chaim, Turato (2009), a restrição cirúrgica pode levar muitos indivíduos a desenvolver técnicas inadequadas de alimentação como “beliscar” durante todo o dia, compulsivamente, seguido de angústia e ausência de controle.

Enquanto alguns estudos apontam que o comportamento alimentar possa melhorar em curto e longo prazo após a cirurgia (MITCHELL et al., 2001; LARSEN et al., 2004), outros defendem que comportamentos inadequados tendem a mudar, mas não a desaparecer, e que novos padrões alimentares parecem surgir, apesar da melhora aparente observada em curto prazo (SAUNDERS, 2004; BOCCHIERI; MEANA; FISHER, 2002). A controvérsia pode surgir uma vez que a relação entre o surgimento de padrões alimentares inadequados e a taxa

de insucesso dos resultados da cirurgia ainda não é bem esclarecida (VENÂNCIO; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2011).

Sabe-se que a quantidade de alimentos é limitada pela cirurgia, contudo é possível que os pacientes ainda apresentem comportamento alimentar inadequado com a ingestão de alguns tipos de alimentos (tais como petisco contínuo), além da compulsão por doces ou ingestão de grandes quantidades de líquidos hipercalóricos, como refrigerantes ou batidas, que são facilmente suportados pela bolsa gástrica (HSU; SULLIVAN; BENOTTI, 1997).

Nishiyama et al. (2007) avaliaram o conhecimento do paciente sobre a conduta nutricional a ser seguida após a Cirurgia Bariátrica verificando que 40% dos entrevistados responderam que o consumo de refrigerantes pode ocorrer mais de três vezes na semana enquanto outros 4% demonstraram dúvida quanto a este questionamento. Além disso, apenas 8% relataram que a ingestão de carnes deve ser feita pelo menos uma vez ao dia e que o consumo de leite e derivados não deve ocorrer menos que duas vezes ao dia.

Estudo com 50 pacientes antes e após dois anos da realização cirúrgica observou que o comportamento de “beliscar” estava presente em 94% dos participantes no pré e em 60% no pós-operatório. Quanto à preferência alimentar antes da realização cirúrgica a maioria dos indivíduos mencionou alimentos calóricos (carboidratos (42%), doces (26%), petiscos (14%)) sem relatos do uso de bebidas alcoólicas, enquanto após a cirurgia a preferência foi por alimentos de fácil ingestão (doces (45%), petiscos (22%), carboidratos (20%), além de 7% relatarem preferência para cerveja). Quanto às respostas compensatórias para aliviar o estado emocional, no pré-operatório eram de ingestão de doces em 12%; ingestão de petiscos em 2% e comer indiscriminadamente tudo que estivesse ao alcance em 64% dos pacientes. Após a cirurgia, 18%, 10% e 22% respectivamente (MACHADO et al., 2008).

Gomes, Rosa e Faria (2009), verificaram a frequência do consumo alimentar em pacientes entre seis e nove meses após a DGYR. Os resultados do estudo apontaram consumo considerável de alimentos ricos em açúcares simples e gorduras. A maioria dos participantes (72,2%) consumia refrigerantes, seguidos de embutidos (55,5%), frituras (50,0%), salgados como coxinha e pastel (44,4%), doces (44,5%), salgadinhos tipo *chips* ou similares (38,8%). Além disso, apenas 11,1% pacientes continuaram o acompanhamento nutricional.

Tousse, Fujioka e Coleman (2009) observaram em seu estudo que o descumprimento das orientações sobre exercício físico e plano para perda de peso eram elevadas antes e após a cirurgia (39% e 51% para o exercício, 42% e 57% para obter instruções de perda de peso). Além disso, a adoção de uma alimentação inadequada (Refrigerante, alimentos ricos

em açúcar, etc) estava presente antes da cirurgia com aumento significativo 24 meses após o procedimento cirúrgico, o que resultou em síndrome de *dumping* e vômitos.

Em um estudo com 100 pacientes (81 mulheres; 19 homens), foi observado que evitar comer “snacks” e fazer exercícios físicos foram as recomendações comportamentais que apresentaram a maior taxa de incuprimento aos seis e doze meses após a cirurgia (ELKINS et al., 2005).

Kofman, Lent e Swencionis (2010) avaliaram as relações entre comportamento alimentar e peso em 497 pacientes (96,5% eram do sexo feminino) com a média de idade de 43,2 anos, em um período entre 3 e 10 anos após a DGYR. Os resultados apontaram que 49,9% dos entrevistados relataram que não conseguiam parar de comer ou controlar o quanto estavam comendo, sendo ainda observado que esse descontrole na ingestão alimentar foi correlacionado com maior recuperação ponderal e menor perda do excesso de peso dos participantes.

Estudo avaliando 30 pacientes (93,3% eram mulheres) um ano ou mais após a Cirurgia Bariátrica, Peixoto e Ganem (2010) observaram que 87% dos indivíduos apresentaram perfil para anorexia nervosa e 36,7% para bulimia nervosa. Além disso, observaram que muitos pacientes apresentaram sentimentos de preocupação em relação ao ganho de peso.

Em uma amostra de 72 indivíduos submetidos à DGYR em seguimento de 10 anos, Bocchieri-Ricciardi et al. (2006), observaram a existência de episódios bulímicos em 52% dos casos, transtorno do comer compulsivo em 16% e síndrome do comer noturno em 10%.

A reeducação alimentar com a transmissão de conhecimentos acerca dos hábitos nutricionais adequados é essencial para o sucesso do tratamento cirúrgico em curto e longo prazo (GOMES; ROSA; FARIA, 2009). Além disso, restrições e auto-imposições em relação à alimentação parecem ter um efeito contrário podendo levar ao descontrole sobre o consumo alimentar, o qual pode associar-se a consequências psicológicas (BERNARDI; CICHELO; VITOLO, 2005).

A restrição na ingestão de alimentos no período pós-operatório pode intensificar a ansiedade, aumentando respostas como agitação, insônia, dificuldade de concentração, e o mais crítico nesta fase: a vontade de comer excessivamente e com rapidez (VENÂNCIO; CONCEIÇÃO; MACHADO, 2011) o que pode levar à ocorrência frequente de vômitos (SAWER; WADDEN; FABRICATORE, 2005).

Dessa forma, o aumento na pontuação da subescala de alimentação restrita observada quatro meses após a cirurgia verificada no presente estudo é preocupante uma vez que a avaliação foi realizada em curto prazo (antes e quatro meses após a CB), sendo um período no

qual geralmente se observa maior adesão e monitoramento dos pacientes em relação ao tratamento, principalmente psicológico e nutricional.

Em relação à subescala de alimentação emocional foi verificada média de pontuação superior no período pré ($5,54 \pm 4,41$) em comparação ao pós cirúrgico ($3,30 \pm 4,25$). Escores mais elevados também foram observados para a subescala de alimentação externa antes ($5,08 \pm 1,97$) que após a cirurgia ($3,30 \pm 1,78$).

A subescala de alimentação emocional avalia o estilo alimentar relacionado ao estado emocional do indivíduo, diante disso, os resultados do presente estudo sugerem que as participantes apresentaram maior dificuldade quanto ao controle alimentar diante de sentimentos ou estados afetivos diversos antes da realização cirúrgica.

Outros estudos com a aplicação do QHCA observaram médias de pontuação mais elevadas na subescala de alimentação emocional de mulheres obesas quando comparadas a mulheres eutróficas. Além disso, as mulheres obesas relataram manifestações de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade com frequência significativamente maior do que as mulheres com peso normal (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001; REBELO; LEAL, 2007).

Segundo Diez-Garcia (2011), o comportamento alimentar humano é afetado por emoções tais como ansiedade, irritação, depressão, tristeza, alegria, prazer entre outras. Assim, diante de situações de tensão ou desconforto emocional indivíduos obesos tendem a aumentar o consumo alimentar na tentativa de se sentirem aliviados.

A realização de dietas para perda de peso pode influenciar o estado emocional de mulheres obesas (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001). Dessa forma, as participantes do presente estudo podem ter apresentado maior dificuldade de controlar seus sentimentos em relação à necessidade de modificação dos hábitos alimentares no período anterior à cirurgia no qual novos padrões alimentares são estabelecidos. Além disso, deve-se considerar que estas mulheres já faziam parte de um contexto em que vivenciavam um sofrimento psicológico em decorrência a depreciação e à discriminação sofrida pelo excesso de peso. Após a cirurgia, a perda significativa de peso e a continuidade do acompanhamento psicológico podem ter contribuído para melhora do controle alimentar relacionado ao estado emocional.

Quanto à subescala relativa à alimentação externa, verificou-se que as participantes apresentaram após o procedimento cirúrgico um maior controle alimentar quanto aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada às situações sociais onde exista a oferta de alimentos.

Além dos fatores psicológicos e econômicos, o comportamento alimentar sofre influências de fatores sensoriais e sociais. A percepção e escolha de um determinado alimento estão relacionadas ao gosto, olfato, tato e paladar, o que se relaciona à incidência de obesidade. Indivíduos obesos consideram o gosto doce como menos intenso que indivíduos eutróficos, gostam mais de doce e gordura, o que pode colaborar para um consumo elevado e aumento do peso (SALBE et al., 2004). A relação entre a preferência por alimentos altamente palatáveis (açúcares e gorduras) e excesso de peso já é bem documentado na literatura (MACDIARMID et al. 1998; SALBE et al., 2004).

O contexto social também exerce influências sobre o comportamento alimentar de um indivíduo, em especial daqueles com obesidade. Sabe-se que atualmente, na sociedade do consumo, o ato de alimentar-se é superestimado pelo meio, pela publicidade que agrega símbolos e pela capacidade e pertencimento ao ato de consumir alimentos, o que leva à ampliação das formas, situações, locais, tipos, embalagens e demanda pelo alimento (DIEZ-GARCIA, 2011).

A indústria alimentícia faz grandes investimentos para que produtos de alto valor calórico e altamente palatáveis sejam divulgados em propagandas associadas à saúde, beleza, bem estar, juventude, energia e prazer. A contradição entre o consumo alimentar e controle de peso pode causar maior sofrimento psicológico em indivíduos obesos. Além disso, sob condições sociais precárias indivíduos buscam no excesso alimentar uma forma de lidar com as dificuldades do cotidiano (DIEZ-GARCIA, 2011).

Diante disso, os resultados do presente estudo apontam a importância em considerar todos os fatores envolvidos na obesidade, já que não apenas fatores internos como também externos podem ser responsáveis pelo ganho de peso. A melhora do controle externo em relação à alimentação após o procedimento cirúrgico pode estar associada à melhora do controle emocional. De acordo com o estudo de Wardle (1987), a soma do estilo alimentar externo e emocional pode funcionar como mecanismo de disparo para o aumento do consumo alimentar em mulheres.

Embora os diferentes estilos alimentares avaliados no presente estudo impliquem em diferentes atitudes e comportamentos alimentares, eles estão relacionados entre si e apresentam relevância para estudo do comportamento alimentar em obesos (WARDLE, 1987; ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001; VIANNA, 2002). Contudo, apenas contribuem para explicar a dificuldade em relação ao controle alimentar, sem apresentar um caráter exclusivo para o desenvolvimento ou manutenção da obesidade (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001).

É importante considerar que mesmo apresentando maior controle alimentar quanto aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, alimentação associada às situações sociais e diante de sentimentos ou estados afetivos diversos após a Cirurgia Bariátrica, é interessante ressaltar que conhecimentos acerca de hábitos nutricionais adequados ainda são necessários. O sucesso da perda de peso nos pacientes que passaram pela Cirurgia Bariátrica é alcançado por uma baixa ingestão alimentar, devido ao volume gástrico reduzido e a má absorção de nutrientes (GARRIDO JUNIOR et al., 2006). Contudo, como já discutido anteriormente, meses posteriores ao pós-operatório, os pacientes podem apresentar hábitos alimentares inadequados (GOMES; ROSA; FARIA, 2009). Dessa forma, parece relevante considerar a importância do desenvolvimento do autocontrole em relação à alimentação restrita como um dos elementos de reeducação de hábitos alimentares na abordagem terapêutica com atenção às necessidades e valores individuais desses pacientes.

5.4. Ansiedade e Depressão

Em relação à avaliação do comportamento emocional foi observada uma melhora significativa dos sintomas de ansiedade e depressão após o procedimento cirúrgico. As médias de pontuação para o BAI foram de 11,76 ($\pm 8,51$) e 7,33 ($\pm 5,5$) antes e após a cirurgia respectivamente. Para o BDI as médias de pontuação foram de 14,9 ($\pm 7,29$) no período pré e 7,36 ($\pm 5,94$) no pós-operatório. Em relação aos níveis de ansiedade e depressão, em ambos os períodos de avaliação predominaram os níveis mínimo e leve, ainda que após a cirurgia os participantes apresentassem escores médios significativamente inferiores, corroborando com os resultados de outros estudos em que níveis semelhantes foram encontrados (FRIEDMAN et al., 2002; DYMEK et al., 2002; DIXON; O'BRIEN, 2002; FRANQUES; ASCENCIO, 2006; VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2008).

Matos et al. (2002) avaliaram os sintomas de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE) e depressão (BDI) em 50 pacientes (40 mulheres; 10 homens) candidatos à CB. Os resultados mostraram que 100% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos, sendo que 84% apresentavam sintomatologia grave. A frequência de indivíduos que exibiam escores indicativos de ansiedade como traço de personalidade foi de 70% e 54% para estado ansioso.

Avaliando 90 participantes (82% mulheres) no período pré-operatório de CB, Cohn (2003) observou que 41% apresentavam sintomatologia depressiva de moderada a grave enquanto 10% apresentavam diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno do pânico.

Oliveira e Yoshida (2009) encontraram uma diminuição significativa nos níveis dos sintomas de ansiedade e depressão em 65 pacientes (maioria mulheres) após a Cirurgia Bariátrica. Os escores obtidos neste estudo através do BAI foram de 11,62 ($\pm 7,02$) antes e de 6,90 ($\pm 6,09$) após o procedimento cirúrgico; para o BDI foram observados escores de 15,06 ($\pm 7,27$) e 7,60 ($\pm 4,64$).

Através da aplicação do BDI, Schowalter et al. (2008) demonstraram que 35% dos pacientes sofriam sintomas depressivos clinicamente relevantes antes da cirurgia, sendo maiores em indivíduos que viviam sozinhos e com baixos níveis de educação. De cinco a sete anos após a realização cirúrgica foi observada uma melhora significativa dos sintomas depressivos sendo ainda mais reduzida em pacientes que perderam mais peso, viviam com o parceiro e que apresentavam alta pontuação no pré-operatório. Monteiro e Santos (2011) verificaram que em uma amostra de obesos mórbidos candidatos à CB com nível superior de escolaridade, 34% apresentavam sintomatologia depressiva.

A alta pontuação do BDI está relacionada com a baixa qualidade de vida, principalmente ao funcionamento social. Dessa forma, a obesidade severa e ou condições associadas podem causar ou agravar os sintomas de depressão (DIXON; DIXON; O'BRIEN, 2001).

Através da investigação de variáveis psicossociais em 414 candidatos à cirurgia bariátrica, Almeida et al. (2012) verificaram que as mulheres apresentaram indicadores mais elevados de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) em comparação aos homens. Segundo os autores, elas apresentavam um funcionamento psicológico mais frágil com dificuldades em lidar com a angústia (ALMEIDA et al., 2011).

Matos et al. (2002) observaram uma associação entre ansiedade, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e preocupação excessiva com a imagem corporal em indivíduos no período anterior à CB.

Segundo Dixon, Dixon e O'brien (2003), mulheres, indivíduos severamente obesos e aqueles com distúrbios da imagem corporal são mais propensos ao desenvolvimento de depressão, contudo, o peso é o fator de maior propensão para a ocorrência de sintomas depressivos. Esses autores observaram em uma amostra de 487 pacientes (ambos os sexos) que 53% apresentaram escores maiores ou iguais a 16 pontos no BDI antes da realização cirúrgica. Contudo, a perda importante de peso após a cirurgia foi associada à diminuição

significante e sustentada nos escores do BDI durante os períodos de um a quatro anos após a cirurgia.

Andersen et al. (2011) avaliaram reduções importantes nos níveis de ansiedade em pacientes em um e dois anos após a CB, sendo estes resultados associados a melhoria na auto-avaliação da saúde física e qualidade de vida.

A discriminação vivenciada por pacientes obesos dentro da sociedade pode causar sofrimento psicológico importante, associado a uma insatisfação com a imagem corporal e tentativa sem sucesso para a perda de peso, podem levar a sentimentos de baixa auto-estima, culpa e fracasso. Além disso, a obesidade é comumente acompanhada por distúrbios do sono, cansaço e preocupações em relação à saúde física. Dixon, Dixon e O'brien (2003), apóiam a hipótese de que a depressão é uma co-morbidade da obesidade e que mulheres insatisfeitas com a própria imagem representam um grupo de maior risco.

Através de uma revisão sistemática da literatura, um estudo avaliou preditores psicológicos e psicossociais e suas repercussões na perda de peso e na saúde mental em um período de pelo menos um ano após a CB. Os resultados apontaram um efeito positivo sobre as variáveis avaliadas, principalmente sobre a ansiedade e depressão (HERPERTZ et al., 2004).

Candidatos a Cirurgia Bariátrica apresentam uma prevalência maior de psicopatologia associada quando comparados a indivíduos obesos na população em geral que não buscam o tratamento, com maior prevalência de ansiedade e depressão, sendo esta última com diagnóstico mais frequente. O uso de álcool e tabaco, deterioração na qualidade de vida, insatisfação com a imagem corporal e problemas no funcionamento conjugal e sexual também são observados nesses indivíduos (FANDIÑO; APOLINÁRIO, 2006; MONTEIRO; SANTOS, 2011; MAGDALENO JUNIOR, 2011; MARTÍNEZ; RENTERÍA, 2011).

Como observado no presente estudo, as participantes apresentaram uma maior pontuação nos questionários aplicados no período anterior a cirurgia. Contudo, é importante considerar que mesmo com a melhora nos níveis de ansiedade e depressão observadas no pós-cirúrgico é essencial a realização de uma avaliação psicológica criteriosa junto à equipe multidisciplinar nos candidatos a cirurgia a fim de garantir os resultados positivos em longo prazo.

Segundo Magdaleno Junior (2012) a avaliação do perfil psicológico do paciente no período anterior à cirurgia é um dos elementos mais difíceis e relevantes da avaliação clínica, para que ocorra uma seleção adequada dos candidatos. Dessa forma, além da avaliação da perda de peso e melhoria das condições de saúde, é importante conhecer os aspectos

psicossociais do paciente para garantir um prognóstico positivo. Embora a maioria dos serviços realize avaliações por profissionais de saúde mental no pré-operatório, ainda se observa um aumento do abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos podendo levar a ocorrência de complicações psicológicas após a cirurgia.

Tousse, Fujioka e Coleman (2009) observaram uma associação entre altos escores no BDI, apresentar diagnóstico de depressão e possuir um distúrbio psicológico de qualquer tipo em pacientes que não aderiram ao tratamento psicológico após a cirurgia. Esses autores discutem que pacientes deprimidos e que sofrem de compulsão alimentar podem necessitar de atenção especial por parte dos profissionais da saúde a longo prazo após o procedimento cirúrgico. O maior contato com os pacientes e a adesão ao tratamento com modificação do comportamento, especialmente em relação à realização de exercícios e alimentação, pode melhorar os resultados da Cirurgia Bariátrica.

Assim como no presente estudo, outras pesquisas apontam uma melhora no quadro emocional, principalmente nos primeiros meses, estendendo-se dois anos após a CB (DIXON; DIXON; O'BRIEN, 2003; DYEMEK et al., 2001; SARWER; WADDEN; FABRICATORE, 2005). Contudo, Silva e Costa (2003) destacam que após o terceiro mês da CB, pode haver um confronto do paciente com relação à perda de peso, pois, com o emagrecimento, ele constata que os problemas continuam existindo e neste momento é comum aparecer complicações emocionais devido às mudanças ocorridas após a cirurgia. Segundo Magdaleno Junior, Chaim e Turato (2009), após a CB, os pacientes podem vivenciar determinadas fases de reestruturação emocional em decorrência às mudanças na alimentação e necessidade de seguir o tratamento para manutenção e controle do peso.

As consequências psicológicas da perda de peso após a cirurgia incluem: aumento da auto-estima, diminuição da avaliação negativa sobre a imagem corporal, melhora do comportamento alimentar e aumento da qualidade de vida. Dentre as mudanças que podem se configurar como negativas estão: crise de identidade, demanda por novos relacionamentos seja familiar ou conjugal, um esforço para aceitar a mudança do corpo, necessidade de reaprender a se alimentar, estabilidade na perda de peso, dificuldade em assumir um “olhar normal” sobre o corpo, e o permanente monitoramento da alimentação (SARWER; FABRICATORE, 2008). Em muitos casos, o paciente não considera que as consequências do emagrecimento podem ir além do seu domínio, diante disso, torna-se essencial orientá-los em suas expectativas e esclarecê-los quanto à nova realidade (MARCHESINI, 2006).

Leal e Baldin (2007) investigaram através de relato de caso as expectativas, fantasias, resultados, dificuldades e frustrações enfrentadas por seis mulheres após o procedimento

cirúrgico. Os resultados obtidos demonstraram que as participantes expressaram expectativas além do emagrecimento, como a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais. Além disso, verificou-se uma associação entre o uso de substâncias (álcool e tabaco) e comportamentos de risco (relacionamento extraconjugal). Segundo os autores a obesidade é um problema complexo que envolve o estado físico e emocional, dessa forma as dificuldades e limitações psíquicas dos pacientes devem ser consideradas durante o tratamento.

Em outro estudo foi observada uma diminuição dos níveis de depressão (BDI), além de níveis superiores de ansiedade (BAI) um ano após a operação. O argumento para justificar este resultado foi de que as mudanças significativas em relação à alimentação poderiam estar exercer influências sobre os sintomas de ansiedade (CAVALCANTE, 2009).

O acompanhamento psicológico não deve ocorrer apenas no pré-operatório. Seu início deve ocorrer a partir do terceiro dia de repouso do paciente após o procedimento. Isso é essencial para avaliar os transtornos do estado de ânimo, de ansiedade e/ou de sono, além do sentimento de incômodo pelas dores e mal-estares físicos, e às vezes arrependimento por ter feito a cirurgia. Posteriormente convém continuar com seu apoio psicológico após 15 dias de cirurgia, pois é recomendável começar o tratamento pós-operatório com toda a equipe multidisciplinar. Deve-se começar a trabalhar aspectos referentes à mudança de vida dos pacientes, que no início se queixam com relação à comida e sua respectiva fraqueza, à vontade de comer alguma coisa sólida, mas ao mesmo tempo, estão contentes com a perda de peso e a nova imagem que começam a ser percebidas, além de temerem o reganho de peso. Ocorrem ainda mudanças em vários aspectos da vida, seja social, laboral, emocional, sexual, entre outros.

É importante considerar que as participantes do presente estudo recebem acompanhamento psicológico antes e após a cirurgia individualmente e através da realização de grupos de apoio o que pode contribuir para a melhoria do estado emocional após a cirurgia. A intervenção através de grupos de apoio psicológico apresenta resultados mais positivos e maior perda de peso em relação aos individuais (MARTÍNEZ; RENTERÍA, 2011).

Segundo Martínez e Rentería (2011), alguns aspectos a serem trabalhados no momento da avaliação no período de três a seis meses após o procedimento são: a insegurança sobre as mudanças futuras, a nova relação consigo mesmo, tolerância à frustração, reconhecimento a inconformidade que sentia pela discriminação, diminuição da ansiedade, aprender a reconhecer a sensação de fome e saciedade, aceitação da nova imagem corporal, preservação do bem dentro de si mesmo, maior responsabilidade, satisfação em relação à capacidade de perda de peso, mudanças dos hábitos e medo de ganhar peso.

Em longo prazo, a percepção do paciente em relação à cirurgia pode ser interpretada tanto em seus aspectos positivos, como observada nos primeiros seis meses, quanto negativos. Essa avaliação por parte do paciente depende em grande parte de sua habilidade em aderir às mudanças de conduta após a operação. Dessa forma, recomenda-se avaliar os fatores de risco, promover estilos de vida saudáveis, incentivar a adesão à dieta e à atividade física para que o paciente possa controlar e manter a perda de peso por um longo tempo já que não existe um tratamento único e efetivo. Também é importante considerar que o estresse é um fator muito importante que se refere à perda e ganho de peso, dependendo de como o paciente reage diante de situações estressantes ao longo de sua vida. Portanto, após a cirurgia podem ocorrer situações que detenham a redução do peso. Assim, a presença de algum transtorno de estado de ânimo, como depressão ou ansiedade, pode afetar negativamente a adesão ao tratamento e associar-se a resultados insatisfatórios (MARTÍNEZ; RENTERÍA, 2011).

No presente estudo foi observado que houve uma redução ponderal assim como uma diminuição das médias de pontuação das subescalas de alimentação emocional e externa e nas médias de pontuação dos sintomas de ansiedade e depressão no período pós-cirúrgico. Dessa forma, os dados reforçam a associação entre fatores psicológicos e obesidade, uma vez que esses aspectos estão relacionados ao aumento do consumo alimentar e do peso corporal (KIVIMAKI et al., 2009).

Ainda em relação aos resultados observados no presente estudo, sugere-se que a perda de peso possa ter contribuído para a melhora dos sintomas de ansiedade e depressão observados após cirurgia, o que também é apontado em estudos semelhantes (FRIEDMAN et al., 2002; DYMEK et al., 2002; OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009). Contudo, os mecanismos envolvidos na ocorrência desses sintomas são complexos, justificando a necessidade de pesquisas que avaliem outras variáveis que possam influenciar na sintomatologia antes e após o procedimento cirúrgico.

5.5. Imagem Corporal

No presente estudo foi verificado que, em geral, as participantes não apresentaram uma grande discrepância na percepção do tamanho corporal ($+0,33 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,73$), contudo, a maioria das mulheres superestimou o seu tamanho corporal real ($+3,85 \text{ Kg/m}^2 \pm 3,19$), enquanto as demais apresentaram subestimação do tamanho corporal ($-5,40 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,07$) à

medida que houve um aumento de peso, sendo mais evidente nas mulheres com obesidade grau III.

A Inacurácia da Percepção Corporal observada no presente estudo pode estar associada a uma dificuldade ou incapacidade da mulher obesa em aceitar o seu corpo real. A relação entre insatisfação com a imagem corporal e obesidade já é bem documentada na literatura (ALMEIDA et al., 2005; SAUR; PASIAN, 2008; SECCHI; CAMARGO; BERTOLDO, 2009; SARWER et al., 2010), enquanto dados divergentes são observados quanto à percepção da imagem corporal nesses indivíduos. Adultos obesos podem ser precisos quanto ao tamanho real de seu corpo (SCHWARTZ; BROWNELL, 2002); podem superestimar até três vezes mais seu tamanho corporal real quando comparados a indivíduos eutróficos (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2003; ALMEIDA et al., 2005; SONG et al., 2006; NOZAKI; ROSSI, 2010), ou ainda apresentar uma tendência à subestimação, especialmente entre as mulheres obesas (LEONHARD; BARRY, 1998; RAMIREZ; ROSEN, 2001; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Almeida, Loureiro e Santos (2002), realizaram uma comparação da auto-imagem entre mulheres adultas eutróficas e com obesidade mórbida através do Desenho da Figura Humana e entrevista semi-estruturada. No primeiro instrumento foi observado que, em relação aos aspectos gerais do desenho (tamanho, proporção e representação de partes do corpo), houve um predomínio de distorção e insatisfação com a imagem corporal, sentimentos de inferioridade, ansiedade e auto-conceito negativo por parte das obesas. As entrevistas também descreveram auto-relatos de sentimentos de inadequação e insatisfação com a auto-imagem pelas mulheres obesas como, por exemplo, não sair de casa por sentirem vergonha de serem gordas.

Estudo realizado por Rezende (2011) com o objetivo de avaliar a imagem corporal através da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) em uma amostra de 100 indivíduos (85% do sexo feminino) após a Cirurgia Bariátrica verificou que, em geral, os indivíduos apresentaram um maior nível de subestimação do tamanho corporal, principalmente entre os períodos de 12 e 24 meses pós-operatório ($-2,18 \text{ Kg/m}^2$), sendo que a maioria apresentava algum grau de obesidade.

Valtolina (1998) avaliou a percepção da auto-imagem através de um teste de percepção de partes do corpo (cabeça, regiões torácica, abdominal e pélvica) em um grupo de 60 mulheres obesas (idade entre 25 e 50 anos) hospitalizadas para tratamento de redução de peso, verificando que estas subestimaram as dimensões de seu próprio corpo, enquanto o grupo controle composto por 60 mulheres eutróficas superestimou duas regiões corporais

(abdominal e pélvica), sendo precisas nas demais áreas. O autor discute que devido à rápida perda de peso, a capacidade para estimar o tamanho do próprio corpo pode ficar diminuída, resultando em subestimação.

Sugere-se que o argumento do estudo anterior possa ser consistente para explicar a subestimação do tamanho corporal real observada no presente estudo. Além disso, mulheres obesas são alvo de estigma social já que suas habilidades e qualidades são depreciadas pela sociedade em decorrência à sua imagem corporal que não corresponde aos padrões estéticos socioculturais. Neste sentido, possuir um corpo magro simboliza competência, sucesso, controle e atrativos sexuais, enquanto o excesso de peso representa preguiça, ausência de autocontrole e de força de vontade (ALMEIDA, LOUREIRO, SANTOS, 2002; KANNO et al., 2008; SECCHI; CAMARGO; BERTOLDO, 2009; SILVA; LANGE, 2010). Este fator pode gerar um sofrimento psicológico em nível consciente ou inconsciente, na forma de ansiedade, agressividade, levando à subestimação de suas medidas corporais como mecanismos de defesa. Dessa forma, a subestimação corporal pode ser uma negação do próprio estado nutricional (MADRIGAL et al., 2000; PESA; SYRE; JONES, 2000).

Em relação à insatisfação, foi verificado que todas as participantes do presente estudo estavam insatisfeitas com a própria imagem com desejo de diminuir o tamanho corporal ($-10,30 \text{ Kg/m}^2$) mesmo após uma perda significativa de peso. Em geral, elas apresentaram uma média de IMC Real de $37,07 \text{ Kg/m}^2$, percebiam-se em média com IMC de $37,40 \text{ Kg/m}^2$, ambos correspondentes à obesidade grau II, e desejariam possuir em média um IMC de $27,10 \text{ Kg/m}^2$, referente à sobrepeso. Diante disso, sugere-se que as mulheres avaliadas no presente estudo, de certa forma, estavam conscientes quanto às suas reais possibilidades de emagrecimento o que vai de encontro com os resultados semelhantes verificados no estudo de Almeida et al. (2005). Entretanto, é importante ressaltar que mesmo após uma perda importante de peso a média de insatisfação corporal foi alta, sendo ainda observado que houve uma participante com desejo de possuir $32,5 \text{ Kg/m}^2$ a menos que seu formato corporal Atual.

Contudo, estudos apontam que com o decorrer do tempo após a realização da Cirurgia Bariátrica, indivíduos apresentam menores níveis de insatisfação com a imagem corporal (DIXON, DIXON e O'BRIEN, 2002; NOZAKI; ROSSI, 2010; REZENDE, 2011). Investigando a imagem corporal em pacientes atendidos no mesmo local em que foi realizado o presente estudo, Zanatta (2008) observou maiores índices de insatisfação corporal no período anterior à cirurgia ($-17,3 \text{ Kg/m}^2$), em comparação aos períodos de seis meses ($-9,6 \text{ Kg/m}^2$) e um ano ($-6,6 \text{ Kg/m}^2$) após o procedimento.

Sarwer et al. (2010) avaliaram a insatisfação com a imagem corporal e o impacto negativo e positivo desta imagem na qualidade de vida de 200 indivíduos (a maioria do sexo feminino (n=164), quatro semanas antes da Cirurgia Bariátrica e 20,40 e 92 semanas após o procedimento cirúrgico. Os resultados obtidos demonstraram melhorias importantes na qualidade de vida e na auto-imagem dentro dos primeiros meses de cirurgia e estas mudanças, salva raras exceções, foram mantidas até o segundo ano pós-operatório, sendo correlacionadas com a perda significativa de peso.

Através da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) e do Questionário sobre Imagem Corporal (BSQ) Nozaki e Rossi (2010), avaliaram o grau de satisfação com a imagem corporal de 30 indivíduos (idade média de 41,53 anos), de ambos os sexos, que se submeteram à Cirurgia Bariátrica há mais de um ano e meio, fase em que não há uma perda tão acentuada de peso. Os resultados do estudo revelaram que a maioria dos participantes, tanto os homens quanto as mulheres, estavam satisfeitos com a sua forma corporal, havendo consequentemente uma melhora da qualidade de vida.

Boscatto et al. (2010), através de entrevista avaliaram a satisfação com o peso e imagem corporal de 33 indivíduos (81,8% mulheres/ ± 40 anos de idade) submetidos à Cirurgia Bariátrica, verificando que grande parte (72,7%) relataram estar satisfeitos com a forma física. A maioria dos participantes deste estudo encontrava-se nos primeiros 12 meses de cirurgia.

Saur e Pasian (2008) investigaram o nível de satisfação corporal em 120 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com diferentes pesos, utilizando-se a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC). Os resultados indicaram que a satisfação com a imagem corporal não se mostrou associada ao sexo e à idade, porém foi influenciada pelo tamanho corporal real, indicando que os grupos considerados não obesos ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) apresentaram índices de satisfação corporal maiores que o grupo acima do peso ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$). Constata-se, dessa forma, que a obesidade é um fator de grande influência na composição da imagem corporal e do nível de satisfação pessoal diante desta imagem.

Um estudo investigou a especificidade, a gravidade e a importância clínica da insatisfação com a imagem corporal em 79 mulheres obesas ($\pm 45,14$ anos) e 43 mulheres eutróficas (± 39 anos) através de um questionário de auto-relato, sendo verificado que a maioria das mulheres obesas apresentou insatisfação com a auto-imagem em comparação ao grupo controle de mulheres eutróficas, principalmente em relação a partes específicas do corpo como a cintura e o abdômen. Além disso, a insatisfação corporal foi correlacionada com relatos de sintomas depressivos e diminuição da auto-estima, avaliados respectivamente,

pelo Inventário de Depressão de Beck e Escala de Auto Estima de Rosenberg. Contudo, não foi observada associação entre insatisfação com a imagem corporal e IMC, já que algumas mulheres eutróficas também estavam insatisfeitas com a própria imagem (SARWER; WADDEN; FOSTER, 1998).

É importante considerar que a insatisfação com o corpo e/ou inacurácia da percepção corporal podem ser afetadas não somente pelo peso (diretamente associado ao IMC) como também por outros fatores, uma vez que muitas mulheres sentem-se gordas mesmo apresentando peso adequado. Neste sentido, não apenas aspectos físicos como também psicossociais podem exercer influências sobre a representação corporal de um indivíduo com obesidade (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2003).

A percepção subjetiva que um indivíduo possui em relação ao seu próprio corpo pode ser mais relevante que a realidade objetiva, ou seja, sua real aparência (SAUR; PASIAN, 2008). O aumento da insatisfação com a imagem corporal concomitante ao aumento dos níveis de obesidade, sobretudo na mulher, está relacionada ao ideal de magreza e ao estigma social preconizado culturalmente e que não se encaixam nesses indivíduos (SCHWARTZ; BROWNELL, 2004).

Pesquisa realizada por Foster, Wadden e Vogt (1997) teve como objetivo avaliar a satisfação corporal geral e de partes específicas do corpo em uma amostra de 59 mulheres obesas antes, durante e após 48 semanas de tratamento para perda de peso (dieta e exercícios físicos) juntamente à terapia cognitivo-comportamental. Ao final do tratamento, após a perda de peso ($\pm 16,3$ kg), houve uma melhora da imagem corporal, contudo, mudanças na auto-imagem não foram relacionadas às mudanças de peso. Diante dos resultados, os autores discutem se mudanças na imagem corporal em indivíduos obesos são realmente decorrentes da perda de peso ou do tratamento cognitivo que trabalha algumas questões psicológicas como a auto-estima, a cultura da magreza e auto-aceitação corporal, já que os indivíduos estudados que perderam uma média de 12 kg na 24ª semana apresentaram a mesma melhora na imagem corporal quando comparados àqueles que perderam uma média de 24 kg na mesma semana. Além disso, apontam que pequenas reduções de peso podem ser mais positivas para melhora da auto-imagem.

Em comparação ao presente estudo, esses dados são relevantes uma vez que as participantes também passam por acompanhamento psicológico com terapia breve focal antes e após a Cirurgia Bariátrica, o que pode também contribuir para a melhora da imagem corporal.

Em relação à idade, variável também considerada importante na construção da imagem corporal, foi observado um maior nível de Inacurácia da Percepção Corporal entre as mulheres com idade entre 41 e 50 anos ($1,40 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,79$), enquanto que a Insatisfação com a imagem corporal foi maior nas participantes com idade entre 20 e 40 anos ($-10,68 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,73$). Os resultados descritos são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Rezende (2011). Segundo Ostovich e Rozin (2004), o sexo e a idade exercem influências na imagem corporal, uma vez que mulheres mais jovens estão mais insatisfeitas e preocupadas com o a forma física em comparação ao sexo masculino e mulheres com idades mais avançadas. Os autores argumentam que a busca por atingir os ideais estéticos estabelecidos pela cultura e a necessidade de atrair parceiros e de se reproduzir, são fatores que contribuem para a insatisfação com a própria imagem.

Estudos apontam que indivíduos severamente obesos que se submeteram à cirurgia gástrica relatam uma melhora da auto-imagem e na qualidade de vida após a perda importante de peso em consequência à uma baixa ingestão calórica (STUNKARD; WADDEN, 1992; ADAMI et al., 1994; RAMIREZ; ROSEN, 2001; SONG et al., 2006). Contudo, a imagem corporal consiste em um constructo complexo, que envolve aspectos perceptuais, afetivos, cognitivos e comportamentais das experiências corporais (CASH; PRUZINSK, 2002), dessa forma, o emagrecimento rápido e drástico de pessoas que se submeteram à Cirurgia Bariátrica, como observado no presente estudo, pode provocar transformações na imagem corporal.

Já é reconhecido que a Cirurgia Bariátrica leva a uma significativa perda ponderal e consequente redução das co-morbidades (CASTRO et al., 2010). Além disso, um grupo considerável de pacientes apresenta resultado positivo em relação à cirurgia com mudança na conduta alimentar e qualidade de vida (FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011). Contudo, é fundamental considerar o impacto que as mudanças bruscas de peso corporal podem causar na saúde psicológica do indivíduo, como será a percepção de corpo a partir de então, e a influência dessa avaliação na autoestima do indivíduo (CASTRO et al., 2010).

O indivíduo defronta-se com a nova imagem em decorrência à perda do excesso de peso que poderá produzir um corpo magro, normal ou ainda com sobrepeso, ou até mesmo obeso, dependendo da gravidade da condição ponderal no período anterior à cirurgia (ORPHEU et al., 2009). Mais de um terço dos obesos, principalmente mulheres, mesmo com uma drástica redução no peso, não percebem uma melhora significativa de sua imagem corporal, o que se não for adequadamente diagnosticado e abordado, pode acarretar em

desistência ou críticas aos tratamentos, por não atingir a melhora idealizada pelo paciente (CORDÁS, 2003; FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011).

Após a perda de peso, em decorrência ao procedimento cirúrgico, o sujeito apresenta uma flacidez cutânea em várias regiões do corpo (abdômen, mamas, braços, coxas e gluteos), o que pode transmitir a aparência de obesidade residual, além de limitações funcionais para deambulação, higiene pessoal e atividade sexual. Esses fatores podem gerar uma distorção e/ou insatisfação com a própria imagem levando posteriormente à realização de cirurgias plásticas (SONG et al., 2006; ORPHEU et al., 2009), sendo esta necessária em 80% dos casos (NISHIYAMA et al., 2007). Estes indivíduos podem ainda desenvolver transtornos do comportamento alimentar e emocional (OLIVEIRA et al., 2003; GARCIA et al., 2011; FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011).

O aumento da procura pela CB parece ser decorrente da substituição de seu caráter cirúrgico por algo estético, em que o sujeito retira, além da obesidade, questões intrapsíquicas provenientes de outra ordem de modo ilusório. A cirurgia aparece atualmente revestida dessa imagem de produto a ser adquirido, possibilitador de uma saúde e imagem corporal idealizadas (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SILVA, 2005).

Diante da nova realidade corporal vivenciada pelo paciente após a Cirurgia Bariátrica, torna-se pertinente aprofundar e contextualizar as representações e interpretações relativas ao corpo nesses indivíduos, para realização de uma adequada intervenção por parte dos profissionais da saúde envolvidos no tratamento, garantindo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste estudo, após a avaliação do comportamento alimentar, níveis dos sintomas de ansiedade e depressão e imagem corporal em indivíduos antes e quatro meses após o procedimento cirúrgico, nos permitem concluir que:

- Os dados antropométricos revelaram uma diminuição importante do peso após o procedimento cirúrgico; em relação ao estado nutricional foi observado que antes da realização cirúrgica, a predominância era de obesidade grau III (94%), enquanto quatro meses após a cirurgia, 40% das participantes apresentaram obesidade grau II;
- A avaliação do comportamento alimentar obtido através do QHCA mostrou que houve uma diminuição do controle alimentar relativo à alimentação restrita e maior controle em relação aos estilos alimentares emocional e externo após a CB;
- As médias de pontuação obtidas através do BAI e do BDI revelaram uma diminuição nos níveis dos sintomas de ansiedade e depressão após o procedimento cirúrgico;
- Os dados da EFS obtidos quatro meses após o procedimento cirúrgico mostraram que a maioria das mulheres (62%) superestimou seu tamanho corporal real, enquanto 100% estavam insatisfeitas com o seu próprio corpo com desejo de pesar menos; as participantes com obesidade grau III apresentaram uma maior tendência à subestimação do tamanho corporal em comparação às demais categorias do estado nutricional.

Diante dos dados obtidos sugere-se que medidas preventivas devem ser abordadas antes e após a Cirurgia Bariátrica, uma vez que mesmo após a perda importante de peso e redução nos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, os indivíduos ainda podem apresentar problemas em relação ao controle alimentar e preocupações com a própria imagem o que pode levar a uma piora do prognóstico comprometendo o sucesso do tratamento.

6.1. Limitações Metodológicas

Sabe-se que pesquisas, em especial com seres humanos, apresentam limitações. Dessa forma, em relação ao presente estudo, algumas considerações metodológicas devem ser discutidas:

- A pesquisa foi realizada apenas no sexo feminino, em decorrência ao maior número de mulheres atendidas pelo serviço, dessa forma, não se faz possível a comparação entre os sexos e discussão de possíveis diferenças;
- Para a avaliação do comportamento alimentar poderia ser acrescentado um questionário que também verificasse os tipos de alimentos ingeridos frequentemente pelas participantes antes e após o procedimento;
- O uso de medicamentos, como antidepressivos e ansiolíticos não foi investigado, o que pode ter interferido nos resultados do BAI e BDI;
- Após a cirurgia, a coleta de dados foi conduzida ao final de um grupo de apoio psicológico, o que pode ter influenciado nas respostas dos questionários;
- Em decorrência a limitação do valor de IMC da Escala de Figuras de Silhuetas, a imagem corporal foi avaliada apenas após o procedimento cirúrgico, impossibilitando o estabelecimento de comparações antes e depois da cirurgia;
- A população pesquisada foi composta por pacientes atendidos pelo SUS, que é destinado à população de menor poder aquisitivo. Dessa forma, seria importante que houvesse a avaliação de indivíduos atendidos também pela rede privada de saúde para verificar se existem diferenças nos aspectos que foram investigados entre os diferentes contextos;
- A amostra foi composta por participantes que compareciam ao grupo de apoio psicológico periodicamente (amostragem do tipo intencional), diante disso, não foram avaliados indivíduos que não seguiam corretamente o tratamento. Seria interessante a realização de pesquisas que comparassem indivíduos com seguimento adequado ao tratamento após a cirurgia e àqueles que não seguem;
- Finalmente, é importante considerar que os resultados desse estudo foram influenciados pela disponibilidade dos participantes. Diante disso, as condições físicas e emocionais dos mesmos, assim como a capacidade de percepção, são fatores que exerceram influências nas respostas aos instrumentos.

REFERÊNCIAS¹

ADAMI, F.; FERNANDES, C.T.; FRAINER, S.E.D.; OLIVEIRA, R.F. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. **Efdeportes Revista Digital**, Buenos Aires, v.10, n.83, 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd83/imagem.htm>. Acesso em: 03 mar. de 2011.

ADAMI, G. F.; GANDOLFO, P.; CAMPOSTANO, A.; BAUER, B.; COCCHI, F.; SCOPINARO, N. Eating Disorder Inventory in the assessment of psychosocial status in the obese patients prior to and at long term following biliopancreatic diversion for obesity. **International Journal of Eating Disorders**, v. 15, p. 265-274, 1994.

ALMEIDA, G.A.N.; GIAMPIETRO, H.B.; BELARMINO, L.B.; MORETTI, L.A.; MARCHINI, J.S.; CENEVIVA, R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.

ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.2, p. 283-292, 2002.

ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. Obesidade mórbida em mulheres – Estilos alimentares e qualidade de vida. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, Caracas, v. 51, n. 4, p. 359-365, 2001.

ALMEIDA, G.A.N.; SANTOS, J.E.; PASSIAN, S.R.; LOUREIRO, S.R. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n.1, p.27-35, 2005.

ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G.; CALVO, M.C.M.; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, 2008.

ALVES, L.F.A.; GONÇALVES, R.M.; CORDEIRO, G.V.; LAURIA, M.W.; RAMOS, A.V. Beribéri pós bypass gástrico: uma complicação não tão rara. Relato de dois casos e revisão da literatura. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabolismo**, São Paulo, v.50, n. 3, p. 564-568, 2006.

¹ De acordo com a Associação Brasileira da Normas Técnicas. NBR 6023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – IV – TR (4th ed. Revised)**. Tradução Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.

ANDERSEN, J.R.; AASPRANG, A.; BERGSHOLM, P.; SLETTESKOG, N.; VÅGE, V.; KARIN G.N. Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.8, n.52, 2010. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/8/1/52>. Acesso em: 02 nov. 2011.

ANDERSON, L.A.; EYLER, A.A.; GALUSKA, D.A.; BROWN, D.R.; BROWNSON, R.C. Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women aged 40 and older, United States. **Preventive Medicine**, v. 35, n.4, p. 390-396, 2002.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade**, v.25, n.6, edição especial, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>. Acesso em: 10 nov. 2011.

APPOLINARIO, J.C. Transtornos alimentares. In: Botega, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 325-40.

APPOLINARIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, suppl. 2, p. 28 - 31, 2000.

ARAÚJO, D.S.M.S.; ARAÚJO, C.G.S. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.80, n. 3, p. 243-249, 2003.

ARROYO, M.; GONZALEZ-DE-SUSO, J.M.; SANCHEZ, C.; ANSOTEGUI, L.; ROCANDIO, A.M. Body image and body composition: comparisons of young male elite soccer players and controls. **International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism**, v. 18, n. 6, p. 628-638, 2008.

ASSUNCAO, S.S.M. Dismorfia muscular. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl. 3, p.80-84, 2002.

ATKINSON, R.L.; ATKINSON, R.C.; SMITH, E.E.; BEM, D.J. **Introdução à Psicologia**. 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 792 p.

BAPTISTA, M. N.; VARGAS, J. F.; BAPTISTA, A. S. D. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.7, n.2, p.235-247, 2008.

BARHOUGH, A.S.; ZARDO, M.; PADOIN, A.V.; COLOSSI, F.G.; CASAGRANDE, D.S.; CHATKIN, R.; MOTTIN, C.C. Excess weight loss variation in late postoperative period of gastric bypass. **Obesity Surgery**, v.20, n.11, p. 1479-1483, 2010.

BARLOW, D. H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. **American Psychological Inquiry**, v.2, p.58-71, 2000.

BAVARESCO, M.; PAGANINI, S.; LIMA, T.P.; SALGADO, W.; CENEVIVA, R.; SANTOS, J.E.; NONINO-BORGES, C.B. **Nutritional course of patients submitted to bariatric surgery**. *Obesity Surgery*, v. 20, n.6, p.716-721, 2010.

BAY, L.; HERSCOVICI, C.R. **Anorexia nervosa e bulimia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 184 p.

BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. The Beck Anxiety Inventory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, p. 893-897, 1988.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.1, p.85-93, 2005.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, G. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, p.53-63, 1961.

BOCCHIERI, L.E.; MEANA, M.; FISHER, B.L. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. **Journal of Psychosomatic Research**, v.52, p.155-165, 2002.

BOCCHIERI-RICCIARDI, L.E.; CHEN, E.Y.; MUNOZ, D.; FISCHER, S.; DYMEK-VALENTINE, M.; ALVERDY, J.C.; GRANGE, D.L.E. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v.16, n.9, p. 1198-204, 2006.

BORDALO, L.A. TEIXEIRA, T.F.S.S.; BRESSAN, J.; MOURÃO, D.M. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.1, p.113-120, 2011.

BOSCATTO, E.C.; DUARTE, M.F.S.; GOMES, M.A. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 43-47, 2011.

BOSCATTO, E.C.; DUARTE, M.F.S.; GOMES, M.A.; GOMES, G.M.B. Aspectos físicos, psicossociais e comportamentais de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.28, n.2, p.195-198, 2010.

BOSI, M.L.M.; LUIZ, R.R.; MORGADO, C.M.C.; COSTA, M.L.S.; CARVALHO, R.J. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n.2, p.108-113, 2006.

BRAGGION, G.F.; MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R.; ANDRADE, E.L.; ARAÚJO, T.L. Comparação das variáveis antropométricas de acordo com o grau de satisfação com a aparência corporal em senhoras ativas acima de 50 anos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, Brasília, n.80, 2000. Número especial.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.6, p.292-396, 2006.

BRANDALISE, A.; ARANH, N.; BRANDALISE, N. Gastroplastia Redutora e Derivação Gastrojejunal em Y de Roux Sem Anel Por Laparoscopia. **Revista Brasileira de Videocirurgia**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.60-65, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gastroplastia é a solução para a obesidade mórbida**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Obesidade**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal De Medicina - CFM nº 1.942/2010**. Publicada no D.O.U. 12/02/10, Seção I, p.266. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em: http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.fev.10/Iels30/U_RS-CFM-1942_050210.pdf. Acesso em: 03 jan. 2011.

BRESSAN, J.; COSTA, A.G.V. Tratamento nutricional da obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 27, p. 315-325.

BUCHWALD, H.; AVIDOR, Y.; BRAUNWALD, E.; JENSEN, M.D.; PORIES, W.; FAHRBACH, K.; SCHOELLES, K.A. Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. **The Journal of the American Medical Association**, v. 292, n.14, p. 1724-1737, 2004.

BURGMER, R.; PETERSEN, I.; BURGMER, M.; DE ZWAAN, M.; WOLF, A.M.; HERPERTZ, S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.17, n.6, p. 785-791, 2007.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão**. Revista de Psiquiatria Clínica. v.25, n.5, 1998. Número especial. Disponível em: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255a.htm>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CAMPANA, A.N.N.B.; TAVARES, M.C.G.C.F. **Avaliação da Imagem Corporal: Instrumentos e diretrizes para a pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009. 230 p.

CANTERJI, M.B.; CÔRREA, S.P.M. Fonoaudiologia e nutrição: trabalhando a qualidade de vida alimentar. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. Loli. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011. cap.18, p. 325-350.

CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.2, n.2, 2004. Número especial. Disponível em: http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092004000200002&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 10 jun. 2010.

CARLOS-POSTON, W.S.; FOREYT, J.P. Obesity is an environmental issue. **Atherosclerosis**, v. 146, p. 201-209, 1999.

CARVALHO, L.M.F. **Hábitos e preferências alimentares de crianças e adolescentes matriculados no ensino fundamental da rede pública da cidade de Bauru: análise de fatores ambientais no estudo da obesidade**. 2004, 36 f. Projeto de Pesquisa (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CASH, T.F. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. **Perceptual and Motor Skills**, v.77, n. 3, p. 1099-1103, 1993.

CASTRO, M.R. **Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica**. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CASTRO, M.R.; FERREIRA, M.R.; CARVALHO, R.S.; FERRERIA, V.N.; PEREIRA, H.A.C. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 29-36, 2010.

CATANIA, A.C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 470 p.

CAVALCANTE, R.C. Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

CENEVIVA, R.; SILVA, G.A.; VIEGAS, M.M.; SANKARANKUTTY, A.K.; CHUEIRE, F.B. CIRURGIA BARIÁTRICA E APNÉIA DO SONO. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 235-245, 2006.

COHN, N. The Preoperative Psychiatric Histories and Postoperative Weight Losses of Ninety Bariatric Surgery Patients. **Perspectives in Psychology**, v.6, p.41-19, 2003.

CONDE, W.L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, n.1, p. 71-79, 2011.

CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2005.

COOPER, Z.; CHRISTOPHER, F.G.; HAWKER, D.M. **Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A clinician's guide**. The Guilford Press: New York, 2004. 232 p.

COOPER, Z.; DOLL, H. A.; HAWKER, D. M.; BYRNE, S.; BONNER, G.; EELEY, E. et al. Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. **Behavior Research and Therapy**, v.48, n.8, p.706-713, 2010.

CORDÁS, T.A. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psiquiatra. In: GARRIDO JUNIOR, A.B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 327 p.

CORDÁS, T.A.; ASCECIO, R.F.R. Tratamento comportamental da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v.4, suppl 1, p.44-48, 2006.

CORDÁS, T.A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.48, n.4, p. 564-571, 2004.

COSTA, A.C.C.; IVO, M.L.; CANTERO, W.B.C.; TOGNINI, J.R.F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p. 55-59, 2009.

COSTA, L.D.; VALEZI, A.C.; MATSUO, T.; DICHÍ, I.; DICHÍ, J.B. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000200005. Acesso em: 02 mai. 2011.

COTTA-PEREIRA, R.; BENCHIMOL, A.K. Cirurgia Bariátrica: aspectos cirúrgicos. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 32, p. 353-366.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 22, p. 265-272.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 172 p.

CUNHA, H.A.V.; ALVES JÚNIOR, A.J.T.; SCABELLO, H.P.L.; FIGUEIREDO, R.R.; I.L.G.OLIVEIRA; COSTA, J.B. Associação da obesidade à presença de co-morbidades decorrentes em trabalhadores do Hospital e Maternidade Celso Pierro. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v.19, p. 23-31, 2010.

DAMASCENO, V. O.; LIMA, J. R. P.; VIANNA, J. M.; VIANNA, V. R. A.; NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.11, n.3, p.181-186, 2005.

DÂMASO, A. **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 590 p.

DIEZ-GARCIA, R.W. Mudanças Alimentares: Implicações Práticas, Teóricas e Metodológicas. In: Diez-Garcia, RW: Cervato-Mancuso, AM. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap.1, p. 3-16.

DIXON, J. B., DIXON, M. E., O'BRIEN, P. E. Depression in association with severe obesity: Changes with weight loss. **Archives of Internal Medicine**, v.163, n.17, p.2058-2065, 2003.

DIXON, J.B.; DIXON, M.E. Combined strategies in the management of obesity. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, suppl. 15, p. 63-69, 2006.

DIXON, J. B.; O'BRIEN, P. E. Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. **The American Journal of Surgery**, v.184, n. 6, p. 1-6, 2002.

DIXON, J.B.; DIXON, M.E.; O'BRIEN, P.E. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. **Obesity Surgery**, v.12, n.1, p. 65-71, 2002.

DYMEK, M.P.; GRANGE, L.E.D.; NEVEN, K.; ALVERDY, J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. **Obesity Surgery**, v.11, n.39, p.32-39, 2001.

DYMEK, M.; GRANGE, D. L.; NEVEN, K.; ALVERDY, J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. **Obesity Research**, v. 10, n. 11, p. 1135-1142, 2002.

ELKINS, G.; WHITFIELD, P.; MARCUS, J.; SYMMONDS, R.; RODRIGUEZ, J.; COOK, T. Noncompliance with Behavioral Recommendations Following Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v.15, n.4, p. 546-551, 2005.

FABRICATORE, A. N.; WADDEN, T. A.; SARWER, D. B., FAITH, M.S. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.15, n.3, p. 304-309, 2005.

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J.C. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.47-51, 2004.

FANDIÑO, J.N.; APOLINÁRIO, J.C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos**

Alimentares e Obesidade. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 33, p. 365-374.

FLEGAL, K.M.; CARROLL, M.D.; OGDEN, C.L.; CURTIN, L.R. Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008. **The Journal of the American Medical Association**, v. 303, n.3, p. 235-241, 2010.

FEINGOLD, A.; MAZZELLA, R. Gender differences in body image are increasing. **Psychological Science**, v.9, p.190-195, 1998.

FERNANDES, A.E.R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças em adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte.** 2007. 142 f. (Mestrado em Medicina Social) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, M.C.; LEITE, N.G.M. Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.1, n. 2, p.141-149, 2002.

FERREIRA, S.R.G. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? **Einstein**, São Paulo, supl. 1, p. 1-6, 2006.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; COLUCCI, A.C.A.. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n.5, p. 617-624, 2009.

FORD, E.S.; MOKDAD, A.H.; GILES, W.H. Trends in Waist Circumference among U.S. Adults. **Obesity Research**, v.11, p.1223-1231, 2003.

FOSTER, D.; WADDEN, T.A.; VOGT, R.A. Body Image in Obese Women Before, During, and After Weight Loss Treatment Gary University of Pennsylvania. **Health Psychology**, v.16, n.3, p. 226-229, 1997.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPPER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JÚNIOR, A.H. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, n.1, p.17-28, 2000.

FRANCISCHI, R.P.; PEREIRA, L.O.; LANCHÁ JÚNIOR, A.H.L. Exercício, Comportamento Alimentar e Obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.117-140, 2001.

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psicólogo. In: GARRIDO JUNIOR, A.B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.75-79.

FRANQUES, A. R. M., ASCENCIO, R. F. R. Depressão e obesidade. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M.S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2006. p.125-135.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011, 408 p.

FRANQUES, A.R.M.; PACHECO, E.; BELFORT, M.O.; GOMES, S. O Reganho de Peso Após a Cirurgia Bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011, cap. 14, p. 263-272.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J.C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.3, p.34-38, 2002.

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n.4, p. 215-220, 2001.

FRIEDMAN, K.E.; REICHMANN, S.M.; COSTANZO, P.R.; MUSANTE, G.J. Body image partially mediates the relationship between Obesity and Psychological Distress. **Obesity Research**, v.10, p.33-41, 2002.

GARCIA, L.; MILAGRES, O.G. MOURÃO, L.; ASSIS, M.; PALMA, A. Auto-percepção da imagem corporal em estudantes de Educação Física e Medicina. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 16, n.1, 2011.

GARDNER, R. M. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **British Journal of Psychology**, v. 87, p. 327-337, 1996.

GARDNER, R. M., BROWN, D. L. Body image assessment: a review of figural drawing scales. **Personality and Individual Differences**, v.48, p. 107-111, 2010.

GARDNER, R.M.; FRIEDAN, B.N.E.; JACKSON, N.A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Perceptual and motor skills**, v. 86, p. 981-993, 1998.

GARRIDO JUNIOR, A.B. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.44, n.3, p.106-110, 2000.

GARRIDO JUNIOR, A. B.; FERRAZ, E. M.; BARROSO, F. L.; MARCHESINI, J. B.; SZEGÖ, T. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006. 327 p.

GARRIDO JUNIOR, A.B.; OLIVEIRA, M.R.; BERTI, L.V.; SZEGO, T.; MATSUDA, M.; GAMA-RODRIGUES, J. “Bypass” gástrico laparoscópico x convencional. In: HABR-GAMA, A.; GAMA-RODRIGUES, J.; CECONELLO, I. **Atualização em cirurgia do aparelho digestivo e em coloproctologia**. São Paulo: Frôntis Editorial, 2000, p. 207-214.

GIGANTE, D.P.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; MENEZES, A.M.B.; MACEDO, S. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1873-1879, 2006.

GOMES, G.S.; ROSA, M.A.; FARIA, H.R.M. Perfil Nutricional dos Pacientes de Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. **Revista Digital de Nutrição**, Minas Gerais, v.3, n.5, p. 462-476, 2009.

GONÇALVES, T.D.; BARBOSA, M.P.; ROSA, L.C.L.; RODRIGUES, A.M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 166-170, 2008.

GRILO, C.M.; HRABOSKY, J.I.; WHITE, M.A.; ALLISON, K.C.; STUNKARD, A. J.M.; ROBIN, M. Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: Refinement of a diagnostic construct. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 117, n. 2, p. 414-419, 2008.

GUISADO, J.A.; VAZ, F.J.; LÓPEZ-IBOR, J.J.JR.; RUBIO, M.A. Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: differences between obese people with and without psychiatric disorders. **Obesity Surgery**, n.5, p.576-80, 2001.

HAN, T.S.; LEER, E.M.; SEIDELL, J.C.; LEAN, E.J. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. **British Medical Journal**, v. 311, p.1401-1405, 1995.

HARBOTTLE, L. Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. **Obesity Reviews**, v.12, n.3, p.198-204, 2011.

HERPERTZ, S.; KIELMANN, R.; WOLF, A.M.; HEBE BRAND, J.; SENF, W. Do Psychosocial Variables Predict Weight Loss or Mental Health after Obesity Surgery? A Systematic Review. **Obesity Research**, v.12, p.1554-1569, 2004.

HSU, L.; BETANCOURT, S.; SULLIVAN, S. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. **International Journal of Eating Disorders**, v.19, p.23-34, 1996.

HSU, L.K.; SULLIVAN, S.P.; BENOTTI, P.N. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. **International Journal of Eating Disorders**, v.21, n.4, p. 385-390, 1997.

HUBBARD, V.S.; HALL, W.H. Gastrointestinal surgery for severe obesity. **Obesity Surgery**, v. 1, n. 3, p. 257 - 265, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2010). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008-2009)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em: 01 dez. 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY - IASO. **About obesity**. Disponível em: <http://www.iaso.org/policy/aboutobesity/>. Acesso em: 13 nov. 2011.

KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 1-7, 2006.

KAKESHITA, I.S.; SILVA, A.I.P.; ZANATTA, S.D.; ALMEIDA, S.S. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, 263-270, 2009.

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R.; CUPARI, L. Avaliação Nutricional. In: CUPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. Barueri: Manole, 2005. cap.6, p. 89-115.

KANNO, P.; RABELO, M. MELO, G.F.; GIAVONI, A. Discrepâncias na imagem corporal e na dieta de obesos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.4, p.423-430, 2008.

KIVIMAKI, M.; BATY, G.D.; SINGH-MANOUX, A. NABI, H.; SABIA, S.; TABAK, A.G.; AKBARALY, T.N.; VAHTERA, J.; MSRMOT, M.G.; JOKELA, M. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **British Journal of Psychiatry**, v.95, n.2, p.149-155, 2009.

KOFMAN, M.D.; LENT, M.R.; SWENCIONIS, C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey. **Obesity**, v.18, n.10, p. 1938-43, 2010.

KRUSEMAN, M.; LEIMGRUBER, A.; ZUMBACH, F.; GOLAY, A. Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. **Journal of the American Dietetic Association**, v.110, n.4, p.527-34, 2010.

KULICK, D.; HARK, L.; DEEN, D. The bariatric surgery patient: a growing role for registered dietitians. **Journal of the American Dietetic Association**, v.110, n.4, p. 593-599, 2010.

LANG, T.; HAUSER, R.; BUDDEBERG, C.; KLAGHOFER, R. Impact of gastric banding on eating behavior and weight. **Obesity Surgery**, v.12, n.1, p. 100-107, 2002.

LARSEN, J.K.; VAN RAMSHORST, B.; GEENEN, R.; BRAND, N.; STROEBE, W.; VAN DOORNEN, L.J. Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. **Obesity Surgery**, v.14, n.8, p. 1111-1117, 2004.

LAVOISY, G.; GUELFY, J.D.; VERA, L.; DARDENNES, R.; ROUILLON, F. Evaluation of perturbed body image in eating disorders using the Body Shape Questionnaire. **Encephale**, v. 34, n. 6, p. 570-576, 2008.

LEAL, C.W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.29, n.3, p.324-327, 2007.

LEONHARD, M.L.; BARRY, N.J. Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. **Addictive Behaviors**, v. 23, n. 1, p. 31-34, 1998.

LEVINE, M.P.; SMOLAK, L. Body Image Development in Adolescence. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. **Body Image – A handbook of theory, research, & clinical practice**. New York: The Guilford Press, 2004. p.74-82.

LOPEZ, P.P.; PATEL, N.A.; KOCH, L.S. Outpatient complications encountered following Roux-en-Y gastric bypass. **Medical Clinics North America**, v. 91, n.3, p. 471-483, 2007.

MACDIARMID, J.I.; VAI, L.A.; CADE, J.E.; BLUNDELL, J.E. The sugar fat relationship revisited: differences in consumption between men and women of varying BMI. **International Journal of Obesity and Related Metabolic**, v.22, n.11, p.1053-1061, 1998.

MACHADO, C.E.; ZILBERSTEIN, B.; CECCONELLO, I.; MONTEIRO, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivos brasileiros cirurgia digestiva**, São Paulo, v.21, n.4 p.185-191, 2008.

MADRIGAL, H.; SANCHEZ-VILLEGAS, A.; MARTINEZ-GONZÁLEZ, M.A.; KEARNEY, J.; GIBNEY, M.J.; IRALA, J.; MARTÍNEZ, J.A. Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. **Public Health**, v.114, n.6, p.468-473, 2000.

MAGDALENO JUNIOR, R. Pós-operatório da cirurgia bariátrica: repercussões emocionais. In: FRANQUES, A.R.M.; ARENALES-LOLI, M.S. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. 1ed. São Paulo: Vetor, 2011. cap.6, p.109-134.

MAGDALENO JUNIOR, R.; CHAIM, E.A.; TURATO, E.R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.73-78, 2009.

MAGDALENO JUNIOR, R.; CHAIM, E.A.; TURATO, E.R. Understanding life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. **Obesity Surgery**, v.20, n.8, p.1086-1089, 2008.

MALI JR., J.; VALEZI, A.C.; MENEZES, M.C.L. Weight loss outcome after Silastic Ring Roux-en Y Gastric Bypass: Five Years of Follow-up. **Obesity Surgery**, v.17, p.1287-1291, 2007.

MALONE, M.; MAYER-ALGER, S. Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: A one-year study. **Obesity Research**, v.12, n.3, p.473-481, 2004.

MAMPLEKOU, E.; KOMESIDOU, V.; BISSIAS, C.; PAPAKONSTANTINO, J. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. **Obesity surgery**, v.15, p.1177-1184, 2005.

MARCELINO, L.F.; PATRICIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARCHESINI, S.D. Consequências psicológicas posteriores a cirurgia. In: FRANQUES, A.R.M.; LOLI, M.S. **Contribuições da Psicologia na Cirurgia da obesidade**. São Paulo: vetor, 2006. p.197-204.

MARCHIOLLI, A.C.D.; MARCHIOLLI, P.T.O.; SILVA, L.B.C. As consequências psicossociais da cirurgia de redução de estômago. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v.13, n.1, p.175-214, 2005.

MARCUS, D.A. Obesity and the impact of chronic pain. **Clinical Journal of Pain**, v.3, n.20, p.186-191, 2004.

MARTÍNEZ, B.P.R.; RENTERÍA, M.S. Acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A.R.M.; ARENALES-LOLI, M.S. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. 1ed. São Paulo: Vetor, 2011. cap.8, p.155-170.

MATOS, M.I.; ARANHA, L.S.; FARIA, A.N.; FERREIRA, S.R.G.; BACALTCHUCK, J.; ZANELLA, M. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.4, p.165-169, 2002.

MCCABE, M.P.; RICCIARDELLI, L.A.; HOLT, K. A longitudinal study to explain strategies to change weight and muscles among normal weight and overweight children. **Appetite**, v.45, p.225-234, 2005.

MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.80, n.3, p. 173-182, 2004.

MITCHELL, J.E.; LANCASTER, K.L.; BURGARD, M.A.; HOWELL, L.M.; KRAHN, D.D.; CROSBY, R.D.; WONDERLICH, S.A.; GOSNELL, B.A. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v.11, n.4, p.464-468, 2001.

MOLINER, J.; RABUSKE, M.M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.10, n.2, p. 44-60, 2008.

MÔNACO, D.V.; MERHI, V.A.L.; ARANHA, N.; BRANDALISE, A.; BRANDALISE, N.A. Impacto Da Cirurgia Bariátrica “Tipo Capella Modificado” Sobre a Perda Ponderal em

Pacientes com Obesidade Mórbida. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n. 4, p. 289-298, 2006.

MONTEIRO, M.S.S.; SANTOS, G.S. Prevalência de transtorno de ansiedade e depressão em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Revista Interdisciplinar NOVAFAP**, Teresina, v.4, n.1, p.19-24, 2011.

MOOREHEAD, M.K. A cirurgia Bariátrica é uma Cirurgia Comportamental e um Milagre Terrestre: Perspectiva de uma Psicóloga Clínica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. Loli. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011. cap. 9, p. 171-207.

MOREIRA, M.A.; SILVA, S.A.; ARAÚJO, C.M.S.; NASCIMENTO, C.C.C. Avaliação clínico-nutricional de obesos submetidos ao bypass gástrico em Y de Roux **Acta Gastroenterológica Latinoamericana**, Buenos Aires, v.40, n.3, p. 244-250, 2010.

MOREIRA, R.O.; BENCHIMOL, A.K. Princípios gerais o tratamento da obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 25, p. 289-298.

MOTTA, D. G.; BOOG, M. C. F. **Educação Nutricional**. São Paulo: Ibasa, 1984. 162p.

MUST, A.; SPADANO, J.M.S.; COAKLEY, E.H.M.A.; FIELD, A.M.; COLDITZ, G.C.; DIETZ, W.H. The Disease Burden Associated With Overweight and Obesity. **Journal of the American Medical Association**, v.282, n.16, p.1523-1529, 1999.

NAHAS, M.V. A era do estilo de vida. In: Nahas M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, 2003. p.13-29.

NAVES, A. Fisiopatologia e Regulação Funcional da Obesidade. Livro tratado de nutrição pg. 591 cp. 38. In: SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. cap. 38, p. 591- 610.

NISHIYAMA, M. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M.; NAKAMURA, R. K. C.; PERALTA, R. M.; MARUJO, F. M. P. S. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 2, p. 89-98, 2007.

NONINO-BORGES, C.B.; BORGES, R.M.; SANTOS, J.E. TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.2, p. 246-252, 2006.

NOVAIS, P.F.S.; RASERA JUNIOR, I.; LEITE, C.V.S.; OLIVEIRA, M.R.M. Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica – derivação gástrica em Y de Roux. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.54, n.3, p. 303-310, 2010.

NOZAKI, V.T.; ROSSI, N.M. IMAGEM CORPORAL: CIRURGIA BARIÁTRICA. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 185-191, 2010.

NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 3, p. 51-57.

NUNES, M.A.; OLINTO, M.T.; BARROS, F.C.; CARMEY S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 23-27, 2001.

OLIVEIRA, J.H.A. **Aspectos Psicológicos de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica**. 2006. 174 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências de Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

OLIVEIRA, F.P.; BOSI, M.L.M.; VIGÁRIO, P.S.; VIEIRA, R.S. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas, **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.9, n.6, p. 348-356, 2003.

OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

OLIVEIRA, J. H. A.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.12-19, 2009.

OMALU, B.I.; CHO, P.; SHAKIR, A.M.; AGUMADU, U.H.; ROZIN, L.; KULLER L.H.; WECHT C.H. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.1, n. 4, p. 447- 449, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity**. Geneva: WHO, (Technical Report Series), 1998. Disponível em: www.who.int/bmi. Acesso: 06 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global strategy on diet, physical activity and health. Public Health Nutrition.** Geneva: WHO, (Technical Report Series), 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em: 10 nov 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **BMI classification.** Geneva: WHO, (Technical Report Series), 2006. Disponível em: www.who.int/bmi. Acesso em: 02 mar. 2011.

ORPHEU, S.C.; COLTRO, P.S.; COPEL, G.P.; F. L. SAITO, FERREIRA, M.C. Cirurgia do Contorno Corporal no Paciente Após Perda Ponderal Maciça: experiência de três anos em hospital público secundário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55, n.4, p.427-433, 2009.

OSTOVICH, J. M.; ROZIN, P. Body image across three generations of Americans: Inter-family correlations, gender differences, and generation differences. **Eating and Weight Disorders**, v.9, p. 186-193, 2004.

PEDROSA, I.V.; BURGOS, M.G.P.A.; SOUZA, N.C.; MORAIS, C.N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.316-322, 2009.

PEIXOTO, J.S.; GANEM, K.M.G. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 353-358, 2010.

PEREIRA, M.A.G.; ARASAKI, C.H.; GRANDE, J.C.D.; LOURENÇO, L.G. Terapia Nutricional na Cirurgia Bariátrica. In: SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. cap. 45, p. 711-723.

PESA, J.A.; SYRE, T.R.; JONES, E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. **Journal Adolescent Health**, v.26, n.5, p.330-337, 2000.

PINHEIRO, A.P.; GIUGLIANI, E.R. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.3, p. 489-496, 2006.

PINHEIRO, P.N.; JIMÉNEZ, M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. **Psico**, Rio Grande do Sul, v. 41, n. 4, p. 510-516, 2010.

POPKIN, B.M. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 84, p.289-98, 2006.

PORTO, M.C.V.; BRITO, A.D.F.; AMORAS, M.; VILLELA, N.B.; ARAÚJO, L.M.B. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador: Bahia. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.46, n.6, p.668-673, 2002.

PREVEDELLO, C. F.; COLPO, E.; MAYER, E.T.; COPETTI, H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.46, n.3, p. 199-203, 2009.

PRUZINSKY, T.; EDGERDON, M. **Body image change in cosmetic plastic surgery. In Body images development, deviance, and change.** New York: The Guilford Press, 1990, p. 217-236.

PRUZINSKY, T.; CASH, T.F. Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice.** New York: Guilford Press, 2002, p. 3-12.

PUZZIFERRI, N.; AUSTRHEIM-SMITH, I.T.; WOLFE, B.M.; WILSON, S.E.; NINH, T.N. Three-Year Follow-up of a Prospective Randomized Trial. Comparing Laparoscopic Versus Open Gastric Bypass. **Annals of Surgery**, v. 243, n. 2, p. 181-188, 2006.

QUADROS, M.R.R.; BRANCO, A.J., ZACARIAS, J.A. Análise da evolução dietética no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 13, n. 72, p. 13-18, 2005.

QUADROS, M.R.R.; BRUSCATO, G.T.; BRANCO FILHO, A.J. Compulsão Alimentar em Pacientes no Pré-Operatório de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia Argumento**, Paraná, v.24, n.45, p. 59-65, 2006.

QUAIOTI, S.S.A.; ALMEIDA, S.S. Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Uma Ênfase Em Fatores Ambientais que Contribuem para a Obesidade. **Psicologia USP**, São Paulo, n.17, v.4, n.4, p.193-211, 2006.

RAMIREZ, E.M.; ROSEN, J.C. A comparison of weight control plus body image therapy for obese men and women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, p. 440-446, 2001.

RAVELLI, M.N.; MERHI, V.A.L.; MÔNACO, D.V.; ARANHA, N. Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Implicações Nutricionais. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.20, n. 2, p. 259-266, 2007.

REBELO, A.; LEAL, I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n.24, p. 467-477, 2007.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J. Cirurgia Bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 31, p. 343-352.

REXRODE KM, C.V.J.; HENNEKENS, C.H.; WALTERS, E.E.; COLDITZ, G.A.; STAMPFER, M.J. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. **The Journal of the American Medical Association**, v. 280, p.1843-8, 1998.

REZENDE, F. F. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2011. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RODRIGUES, M.J.S.F. O diagnóstico de depressão. **Psicologia USP**, São Paulo, v.11, n.1, p. 155-187, 2000.

SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDÁS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

SALBE, A. D.; DELPARIGI, A.; PRATLEY, R. E.; DREWNOWSKI, A.; TATARANNI, P. A. Taste preferences and body weight changes in an obesity-prone population. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 79, n. 3, p.372-378, 2004.

SARWER, D.B.; FABRICATORE, A.N. Psychological Considerations of the Massive Weight Loss Patient. **Clinical Plastic Surgery**, v. 35, n.1, p.1-10, 2008.

SARWER, D.B.; THOMPSON, J.K.; CASH, T.F. Body Image and Obesity in Adulthood. **Psychiatric Clinics of North America**, v.28, p. 69-87, 2005.

SARWER, D.B.; WADDEN, T.A.; FABRICATORE, A.N. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. **Obesity Research**, v.13, n.4, p.639-648, 2005.

SARWER, D.B.; WADDEN, T.A.; FOSTER, G.D. Assessment of Body Image Dissatisfaction in Obese Women: Specificity, Severity and Clinical Significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.66, p. 651-654, 1998.

SARWER, D.B.; WADDEN, T.A.; MOORE, R.H.; EISENBERG, M.H.; RAPER, S.E.; WILLIAMS, N.N. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. **Obesity Related Diseases**, v.6, n.6, p.608-614, 2010.

SAUNDERS, R. "Grazing": a high-risk behavior. **Obesity Surgery**, v.14, n.1, p.98-102, 2004.

SAUR, A.M.; PASIAN, S.R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Avaliação psicológica**, Itatiba, v.7, n.2, p. 199-209, 2008.

SAWAYA, A.L.; SOLYMOS, G.M.B.; FLORÊNCIO, T.M.M.T.; MARTINS, P.A. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.48, p. 21-45, 2003.

SCHILDER, P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 320 p.

SCHOWALTER, M.; BENECKE, A.; LAGER, C.; HEIMBUCHER, J.; M. BUETER, M.; THALHEIMER, A.; FEIN, M.; RICHARD, M.; HERMANN, F. Changes in Depression Following Gastric Banding: A 5- to 7-year Prospective Study. **Obesity Surgery**, v.18, n.3, p.314-320, 2008.

SCHWARTZ, M. B.; BROWNELL, K. D. Obesity and body image. **Body Image**, v.1, p. 43-56, 2004.

SCHWARTZ, M. B.; BROWNELL, K. D. Obesity and body image. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford Press, 2002. p. 200-208.

SECCHI, K.; CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.2, p. 229-236, 2009.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SEGAL, A; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl. III, p.68-72, 2002.

SICHERI, R.; SOUZA, R.A.G. Epidemiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 21, p. 251-263.

SILVA, A.N.M.C.; COSTA, E. Obesidade Mórbida: fome? De ser feliz? **Pensando Famílias**, v. 5, n. 5, p. 75-81, 2003.

SJÖSTRÖM, L.; LINDROOS, A.K.; PELTONEN, M.; TORGERSO, J.; BOUCHAR, C.; CARLSSON, B.; DAHLGREN, S.; LARSSON, B.; NARBRO, K.; SJÖSTRÖM, C.D.; SULLIVAN, M.; WEDEL, H. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. **The new England journal of medicine**, v. 351, n. 26, p. 2683-2693, 2004.

SILVA, G. A.; LANGE, E.S.N. IMAGEM CORPORAL: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia Argumento**, Paraná, v. 28, n. 60, p. 43-54, 2010.

SILVA, E.N.; SANCHES, M.D. Perfil lipídico de obesos antes e após a derivação gástrica a Fobi-Capella. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p. 91-95, 2006.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Qualidade de vida e funcionamento psicológico após a cirurgia da obesidade. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. Loli. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011, cap. 5, p. 93-108.

SILVER, H.J.; TORQUATI, A.; JENSEN, G.L.; RICHARDS, W.O. Weight, dietary and physical exercises behaviors two years after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v.16, p.859-864, 2006.

SIMON, R.; KORFF, M.; SAUDERS, K.; MIGLIORETTI, D.; L.; CRANE, P.K.; BELLE, G.V.; KESSLER, R.C. Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. **Archives General Psychiatry**, v. 63, n.7, p. 824-830, 2006.

SIMONY, R.F.; GIMENO, S.G.A.; FERREIRA, S.R.G.; FRANCO, L.J.F. Prevalência de sobrepeso e obesidade em nipo-brasileiros: comparação entre sexos e geração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.2, p.169-176, 2008.

SIQUEIRA, P.P.; ALVES, J.G. B.; FIGUEIROA, J.N. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.27, n.3, p. 251-257, 2009.

SLADE, P.D. What is body image? **Behavioral Research Therapy**, v.32, n.5, p. 497-502, 1994.

SMOLAK, L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? **Body Image**, Norfolk, v. 1, p.15-28, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **Evolução da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil**. Disponível em: <http://www.scb.org.br/>. Acesso em: 10 ago. 2011.

SONG, A.Y.; RUBIN, J.P.; THOMAS, V.; DUDAS, J.R.; KACEY, G.M.; FERNSTROM, M.H. Body Image and Quality of Life in Post Massive Weight Loss Body Contouring Patients. **Obesity**, v.14, p.1626-1636, 2006.

SOUZA, L.J.; NETO, C.G.; CHALITA, F.E.B.; BASTOS, A.F.F.D.; FILHO, J.T.D. S.; SOUZA, T.F.; CÔRTEZ, V.A. Prevalência de Obesidade e Fatores de Risco Cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, São Paulo, v.47, n.6, 2003.

STEFFEN, R.; POTOZNA, N.; BIERI, N.; HORBER, F.F. Successful Multi-Intervention Treatment of Severe Obesity: A 7-year Prospective Study with 96% Follow-up. **Obesity Surgery**, v. 19, n.1, p. 3-12, 2009.

STENZEL, L.M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.; APPOLINARIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.5, p. 73-81.

STUNKARD, A.J.; WADDEN, T.A. Psychological aspects of severe obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 55, p.524-532, 1992.

TAHARA, A.K.; SCHWARTZ, G.M.; SILVA, K.A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.11, n.4, p.13-18, 2003.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e

obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.

TAVARES, M.C.C. **Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003. 150 p.

THOMPSON, J.K.; COOVERT, M.D.; STORMER, S. Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. **International Journal of Eating Disorders**, v. 26, p. 43–51, 1999.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1641-1650, 2007.

TOUSSI, R.; FUJIOKA, K.; COLEMAN, K. Pre and Postsurgery Behavioral Compliance, Patient Health, and Postbariatric Surgical Weight Loss. **Obesity**, v.17, n.55, p. 996-1002, 2009.

TRICHES, R.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 22, p. 119-128, 2007.

VALTOLINA, G. Body-size estimation by obese subjects. **Perceptual and Motor Skills**, v. 86, p. 1363–1374, 1998.

VAN HOUT, G.C.M.; FORTUIN, F.A.M.; PELLE, A.J.M.; VAN HECK, G.L. Psychosocial Functioning, Personality, and Body Image Following Vertical Banded Gastroplasty. **Obesity Surgery**, v. 18, p.115-120, 2008.

VAN HOUT, G.C.M.; VERSCHURE, S.K.M.; VAN HECK, G.L.. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v.15, n. 4, p. 552-560, 2008.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.16, n.5, p. 308-314, 2004.

VENÂNCIO, C.; CONCEIÇÃO, E.; MACHADO, P.P.P. Avaliação dos Padrões Alimentares de pacientes Bariátricos na Fase Pós-Operatório Tardia. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. Loli. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011. cap.4, p.73-92.

VIANNA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.4, p. 611-624, 2002.

VILELA, J.E.M.; LAMOUNIER, J.A.; OLIVEIRA, R.G.; RIBEIRO, R.Q.C.; GOMES, E.L.C.; BARROS NETO, J.R. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. **Psiquiatria Biológica**, v.9, n.3, p.121-130, 2001.

WARDLE, J. Eating style: A validation study of the Dutch eating behaviour questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, v.31, p.161-169, 1987.

WHITE, S.; BROOKS, E.; JURIKOVA, L.; STUBBS, R.S. Long-Term Outcomes after Gastric Bypass. **Obesity Surgery**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, décima versão. Geneva: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee**. Geneva: WHO, (Technical Report Series), 1995. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/. Acesso em: 27 dez 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, (Technical Report Series), n. 894, p. 1-253, 2000. Disponível em: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf. Acesso em: 05 dez. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva: WHO, (Technical Report Series), 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em: 02 abr. 2010.

ZANATTA, D.P. **Ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008. 30 p.

ZANCANER, M.S. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. Loli. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2011. cap.1, p. 13-30.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Será garantido o sigilo ao sujeito que participar da pesquisa e os dados coletados serão utilizados no trabalho de dissertação de mestrado da pesquisadora Diana Cândida Lacerda Mota e em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de dúvida você pode consultar o pesquisado responsável (Prof.Dr. Sebastião de Sousa Almeida).

INFORMACÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Comportamento Alimentar, Depressão, Ansiedade e Imagem Corporal de Indivíduos Submetidos à Cirurgia Bariátrica

Pesquisador Responsável: Prof.Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Telefone para Contato: (016) 36023663 (Dpto. De Psicologia e Educação da FFCL/USP)

Pesquisador Participante: Diana Cândida Lacerda Mota

Telefones para Contato: (016)81530866

✓ Os objetivos da pesquisa são: (1) Avaliar o Comportamento Alimentar utilizando um questionário de Hábitos Alimentares; (2) Avaliar o Comportamento Emocional utilizando escalas de Depressão e Ansiedade; (3) Realizar avaliação da percepção da imagem corporal, utilizando escalas de Figuras de Silhuetas, com enfoque na distorção e insatisfação com o peso e forma corporais após o procedimento cirúrgico; (4) Realizar a avaliação do Estado Nutricional dos participantes através da avaliação antropométrica de peso e altura corporais;

(5) Relacionar os dados obtidos para verificar a possível co-relação entre as variáveis descritas acima, em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

✓ A coleta de dados será realizada em um primeiro momento antes do procedimento cirúrgico e quatro meses após a cirurgia.

✓ A pesquisa não lhe trará qualquer risco, prejuízo ou desconforto de ordem física, moral, psicológica ou financeira. Todos os dados que você fornecer serão tratados com sigilo e confidencialidade. Não haverá nenhum tipo de remuneração aos participantes.

✓ Os resultados desta pesquisa podem ser de grande utilidade para o estabelecimento de políticas públicas de saúde.

✓ Os participantes poderão se retirar do estudo a qualquer momento.

✓ Quando o voluntário for analfabeto, o TCLE será lido na frente de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com a pesquisa. Esta pessoa deverá assinar o documento certificando que todas as informações foram dadas ao voluntário, ou ao seu representante legal, e que as perguntas suscitadas pelos mesmos foram amplamente esclarecidas pelo pesquisador. O voluntário, ou seu representante legal, deverão colocar sua impressão datiloscópica no TCLE.

✓ Caso necessário o participante será encaminhado a uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e nutricionistas do Hospital das Clínicas da FMRP/USP, onde receberá acompanhamento assistencial.

✓ Se o voluntário solicitar os resultados da pesquisa, o pesquisador disponibilizará ao mesmo um resultado geral de todos os participantes.

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Nome e Assinatura do Pesquisador Participante: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Diana Cândida Lacerda Mota sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e Data: _____

Nome e Assinatura do Sujeito ou Responsável:

APÊNDICE B – Questionário de Critérios Sociodemográficos e Condições Clínicas

Nº Registro no Hospital: _____

Nome Completo: _____

Telefone: () _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: F() M()

Estado Civil: Casado (a) () Solteiro (a) () Viúvo (a) () Divorciado (a) () Outros ()

Número de Filhos: () nenhum ()

Grau de Escolaridade: _____

Patologias Associadas: Diabetes (); Dislipidemia (); HAS (); Apnéia do Sono ()

Outras: _____

Síndrome de Dumping: Sim () Não()

Início da Obesidade: Infância () Adolescência () Adulto () Gestação () outros ()

ANEXO A – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar - QHCA

Tradução e Adaptação: Almeida, Loureiro e Santos (2001)

Responda SIM ou NÃO em cada uma das alternativas descritas abaixo:

- 1- Quando você tem que se pesar, você come menos do que normalmente comeria?
- 2- Você tem vontade de comer quando não tem nada para fazer?
- 3- Você tem vontade de comer quando está emocionalmente perturbada?
- 4- Se você vê outros comendo, você também quer comer?
- 5- Você tem vontade de comer quando está desiludida?
- 6- Ao comer muito em um dia, você come menos do que o habitual nos dias seguintes?
- 7- Você tenta não comer entre as refeições porque está observando seu peso? Com que frequência?
- 8- Você tem vontade de comer quando está assustada?
- 9- Ao preparar uma refeição, você fica inclinada a comer alguma coisa gostosa?
- 10- Decididamente você come comidas que são pouco “engordativas”?
- 11- Você tem vontade de comer quando está de mau humor?
- 12- Se você tem algo deliciosos para comer, você come imediatamente?
- 13- Você considera seu peso de acordo com o que você come?
- 14- Você tem vontade de comer quando está chateada ou impaciente?
- 15- Você consegue deixar de comer alimentos gostosos?
- 16- Você tenta comer menos do que gostaria de comer nos horários de refeição?
- 17- Você tem vontade de comer quando está irritada?
- 18- Você observa (presta atenção) o que você come?
- 19- Ao passar perto de uma lanchonete ou restaurante, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?
- 20- Você recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso? Com que frequência?
- 21- Você tem vontade de comer quando está ansiosa, preocupada ou tensa?

- 22- Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada?
- 23- Se a comida cheirar bem e lhe parecer boa, você come mais que o habitual?
- 24- Você tem vontade de comer quando as coisas não estão dando certo?
- 25- Se a comida é saborosa, você come mais que o habitual?
- 26- Você tenta não comer à noite porque está observando seu peso? Com que frequência?
- 27- Você tem vontade de comer quando alguém deixa você triste?
- 28- Se você vê ou sente cheiro de algo delicioso, tem desejo de comê-lo?
- 29- Ao passar perto de uma padaria, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?
- 30- Você tem vontade de comer quando está deprimida ou desanimada?
- 31- Você come mais que o usual quando vê outros comendo?
- 32- Você tem vontade de comer quando está se sentindo sozinha?
- 33- Você tem vontade de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?

ANEXO B – Inventário de Ansiedade de Beck – BAI

Tradução e Validação: Cunha (2001)

BAI _____

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck – BDI

Tradução e Validação: Cunha (2001)

Data: _____

Nome: _____

Ocupação: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste.</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 Acho que posso ser punido.</p> <p>2 Creio que vou ser punido.</p> <p>3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 Estou enojado de mim.</p> <p>3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
--	---

Subtotal da Página 1
CONTINUAÇÃO NO VERSO

*Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p>	<p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
<p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>	
<p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO D – Escala de Figuras de Silhuetas - EFS

Validação: Kakeshita et al. (2009)

→ **Dispor os cartões do sexo corresponde ao participante em série ordenada ascendente.**

→ **Solicitar:**

1. Qual figura melhor representa o seu tamanho corporal atual, como se vê hoje?
2. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter?

→ **Efetuar os seguintes cálculos:**

Inacurácia da Percepção Corporal = IMC médio figura “Atual” – IMC Real (aferido)

Insatisfação com a Imagem Corporal = IMC médio figura “Meta” – IMC médio figura “Atual”

(Os resultados são oferecidos em Kg/m²)

Análises:

→ **Inacurácia da Percepção Corporal**

- resultado igual a zero: significa que não há inacurácia da percepção corporal;
- resultado positivo: significa que a pessoa apresenta inacurácia e se percebe maior do que realmente é (superestimação);
- resultado negativo: significa que a pessoa apresenta inacurácia e se percebe maior do que realmente é (subestimação).

→ **Insatisfação com a Imagem Corporal**

- resultado igual a zero: o indivíduo é classificado como satisfeito com sua aparência;
- resultado positivo: a pessoa tem como “meta” um IMC maior do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta maior);
- resultado negativo: a pessoa tem como “meta” um IMC menor do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta menor).

ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**

Of.CEtP/FFCLRP-USP.18/2010-18/05/2010

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "Comportamento Alimentar, depressão, ansiedade e imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e, enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 487/2010 – 2010.1.451.59.4

Atenciosamente,

Profa. Dra. ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssima Senhora
Diana Cândida Lacerda Mota – aluna do Programa de PG em Psicobiologia

c.c.: Prof. Dr. SEBASTIÃO DE SOUSA ALMEIDA
Docente do Departamento de Psicologia e Educação
Desta FFCLRP-USP