

Sandra Regina da Silva

**Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de
obesidade: um estudo de validação do *European Obesity
Academy Questionnaire Expectations about Surgical Treatment*
- EOAQ-EST**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Helena
Carvalho Tess

São Paulo

2022

Sandra Regina da Silva

**Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de
obesidade: um estudo de validação do *European Obesity
Academy Questionnaire Expectations about Surgical Treatment*
- EOAQ-EST**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Helena
Carvalho Tess

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Sandra Regina da
Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia
de obesidade : um estudo de validação do European
Obesity Academy Questionnaire Expectations about
Surgical Treatment - EOAQ-EST / Sandra Regina da
Silva. -- São Paulo, 2022.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Beatriz Helena Carvalho Tess.

Descritores: 1.Cirurgia bariátrica 2.Obesidade
3.Expectativa 4.Inquéritos e questionários
5.Validação 6.Reprodutibilidade dos testes
7.Psicometria 8.Motivação

USP/FM/DBD-342/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico à minha querida e amada filha, que, em sua figura de amor, sempre me fortalece, iluminando o meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra Beatriz Tess, a quem agradeço por ter aberto uma porta, uma oportunidade de conhecimento e de aprimoramento. Obrigada pela disponibilidade, pela paciência e generosidade.

Ao Prof. Dr Denis Pajecki, que permitiu gentilmente a parceria, sempre interessado e disponível a ajudar, apresentando o ambulatório do HC-FMUSP, agradeço todo suporte à minha pesquisa.

Ao Prof. Dr Wang, um dos meus referenciais teóricos nesta dissertação, agradeço muito a paciência e generosidade em ensinar, por compartilhar, mostrando o passo inicial para psicométrica e para estudos de validação.

Aos médicos cirurgiões, professores, coordenadores do Ambulatório da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Metabólica do HC-FMUSP, e todos os médicos residentes, em especial agradeço Dra Carolina R3 e Dr Gustavo R2 sempre solícitos. Agradeço toda equipe de enfermagem, em especial Dona Leandra, sempre atenta para encaminhar pacientes.

Aos membros da banca de qualificação Profa. Dra Patrícia Coelho de Soárez, Profa. Dra Flávia de Lima Osório e Prof. Dr Paulo Engler, que proferiram importantes contribuições em minha pesquisa.

Antecipadamente, agradeço à Comissão Julgadora pela disponibilidade e contribuições.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro à esta pesquisa.

Ao corpo docente do Departamento de Medicina Preventiva, agradeço as aulas incríveis que pude acompanhar em tempos de pandemia de Covid 19, sempre imaginando como seriam as aulas se fossem presencialmente. Agradeço a coordenação e secretaria do curso de pós-graduação.

Aos colegas de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, em especial aos colegas que formaram comigo a comissão organizadora do SIMCOL 2020.

A técnica da área de TI do Departamento de Medicina Preventiva, a Miriam, que contribui muito para minha pesquisa, ensinando “o caminho das pedras” para o armazenamento adequado de dados desta pesquisa.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esta pesquisa fosse desenvolvida, me trazendo a este momento.

À minha família e aos amigos pelo apoio, pelo carinho e compreensão. Muito especialmente agradeço à minha querida filha, que sempre me incentivou, motivando e compreendendo a minha ausência em muitos momentos durante os últimos três anos.

“O corpo passa a representar um investimento social e simbólico – embora individual – que designa, tanto na forma quanto na expressão, o espetáculo de si orquestrado em uma estética da existência. A vida se torna uma obra de arte, repleta de estilo e valores estéticos e éticos, artesanalmente e permanentemente construída pelo e para o sujeito que objetiva, por meio do zelo consigo mesmo, viver bem no mundo que está inserido.....o corpo é o domínio desta estética de si, *locus* de microlutas, normatizações e resistências. O corpo traduz o ser, gradativamente concebido para si e para os outros, para atender expectativas igualmente construídas por si e pelos outros.”

Ciência & Saúde Coletiva, 2020, p.4362

Rubia Carla Formighieri Giordani e Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski – referendando Michel Foucault

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	OBESIDADE.....	19
1.2	CIRURGIA DE OBESIDADE	21
1.2.1	Acompanhamentos pré e pós-operatórios	21
1.2.2	Pós-operatório de médio e longo prazos	22
1.3	EXPECTATIVAS QUANTO AO RESULTADO DA CIRURGIA DE OBESIDADE.....	24
1.4	PESQUISA DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE EXPECTATIVAS	28
1.5	ASPECTOS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO ORIGINAL DO EOAQ-EST.....	29
1.6	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	32
2	OBJETIVOS	33
3	MÉTODOS	34
3.1	DESENHO DO ESTUDO	34
3.1.1	Fase preparatória	34
3.1.2	Painel de especialistas	35
3.1.3	Pré-teste.....	36
3.1.4	Fase de estudo piloto e reteste (teste-reteste).....	38
3.1.5	Fase de análises preliminares: confiabilidade.....	39
3.1.6	Fase de coleta de dados: validação.....	40
3.1.7	Análise de estrutura fatorial	42
3.2	LOCAL DO ESTUDO	43
3.3	POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO	43
3.4	PROCEDIMENTOS DE COMUNICAÇÃO COM AUTOR E CO-AUTORES	43
4	ASPECTOS ÉTICOS	44
5	PESQUISADORES	45
6	RESULTADOS	46
6.1	FASE PREPARATÓRIA: TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO	46
6.2	RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO E RETESTE	50
6.2.1	Caracterização sociodemográfica do estudo piloto	51
6.3	ANÁLISE DE CONFIABILIDADE	54
6.4	FASE DE VALIDAÇÃO.....	57

6.4.1	Caracterização sociodemográfica do estudo de validação.....	58
6.5	ANÁLISES PARA VALIDAÇÃO	63
6.5.1	Análise de estrutura fatorial.....	67
6.5.2	Análise das respostas de acordo com sexo e idade.....	70
7	DISCUSSÃO	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
9	ANEXOS.....	79
	Anexos de I ao XII	
10	REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES	119
	Apêndice A - Manuscrito.....	119

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
BES	Binge Eating Scale
BSQ	Body Shape Questionnaire
CAPPesq	Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Índice de ajuste comparativo
EOAQ-EST	European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment
ECAP	Escala de Compulsão alimentar periódica
GBDOC	Global Burden of Disease Obesity Collaborators
GOF	Goodness off fit
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corporal
REDCap	Research Eletronic Data Capture
RMSEA	Raiz do erro quadrático médio de aproximação
SEM	Structural equation modeling
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Índice de Tucker Lewis
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization
WOF	World Obesity Federation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos pacientes incluídos no pré-teste.....	36
Tabela 2 - Fases metodológicas do estudo de validação.....	41
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo piloto.....	51
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo piloto:variáveis categóricas.....	52
Tabela 5 - Caracterização das comorbidades dos participantes do estudo piloto	53
Tabela 6 - Distribuição das respostas de cada item do ranking por gradiente de importância, de acordo com a escala Likert de 1 a 5.....	56
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo de validação.....	58
Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo de validação: variáveis categóricas.....	59
Tabela 9 - Caracterização das comorbidades dos participantes do estudo de validação.....	60
Tabela 10 - Demonstração da correlação item-total do ranking: coeficiente alfa excluindo o item.....	64
Tabela 11 - Distribuição das respostas por gradiente crescente de importância de cada item da Parte 3A da versão adaptada em português do EOAQ-EST...66	
Tabela 12 - Índices de ajuste de qualidade da análise fatorial confirmatória.....	69
Tabela 13 - Demonstração das variáveis e as cargas fatoriais.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coeficiente alfa de Cronbach do estudo piloto e do reteste.....	55
Figura 2 - Correlação de Pearson ou Correlação intraclasse (ICC) entre o estudo piloto e o reteste.....	57
Figura 3 - Silhueta humana de Stunkard.....	62
Figura 4 - Respostas da Parte 2 do EOAQ-EST com as figuras 1A e 1B – silhueta humana.....	62
Figura 5 - Correlação entre as respostas da Parte 2 sobre peso atual e o peso que deseja alcançar.....	63
Figura 6 - Respostas de cada item da escala de acordo com o gradiente crescente de importância (de sem importância a muito importante).....	65
Figura 7 – Diagrama de caminhos da correlação entre as variáveis (itens) com suas cargas fatoriais e os Índices de ajuste de qualidade.....	68
Figura 8 – Comparação das respostas entre sexo feminino e masculino.....	71
Figura 9 – Correlação de Pearson sobre diferenças nas repostas por idade.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Respostas do painel de especialistas.....	48
Quadro 2 – Síntese do processo de adaptações da versão do questionário EOAQ-EST para o português	49

RESUMO

Silva SR. *Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do European Obesity Academy Questionnaire Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

INTRODUÇÃO: A obesidade é um problema de saúde pública, e sua prevalência, no Brasil e no mundo, vem sendo demonstrada por estudos epidemiológicos. A cirurgia de obesidade é um método eficaz para a redução de peso, melhorando a qualidade de vida de portadores de obesidade grave. No entanto, estudos recentes têm mostrado crescente reganho de peso no período pós-operatório de médio e longo prazos da cirurgia bariátrica. As expectativas elevadas ou irreais, a longo prazo, desencadeiam a insatisfação com a imagem corporal, e podem estar associadas ao reganho de peso. Instrumentos para a avaliação das expectativas dos pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica podem melhorar o entendimento dos fatores associados ao reganho de peso no pós-operatório. **OBJETIVO:** Traduzir do inglês para o português, adaptar e validar o questionário *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST*. **MÉTODOS:** A fase 1, realizou a tradução e retrotradução do questionário EOAQ-EST. O painel de especialistas fez a revisão da versão do questionário traduzido, avaliação das validades de conteúdo e de face, no processo de adaptação para cultura brasileira. O pré-teste aplicou o questionário em cinco pacientes candidatos à cirurgia bariátrica em serviços privados. Na fase 2, no estudo piloto, a versão em português adaptada do EOAQ-EST foi aplicada em 30 pacientes em acompanhamento pré-operatório no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia do HC-FMUSP. O reteste foi realizado após o intervalo de tempo de 30 dias nos mesmos pacientes. Na fase 3, calculou-se o coeficiente alfa Cronbach e correlação de Pearson dos resultados do teste-reteste. Na fase 4, de validação, a versão traduzida e adaptada do *EOAQ-EST* foi aplicada no período de

21/01/2021 a 14/02/2022, em pacientes adultos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, portadores de obesidade de grau II (IMC 35 kg/m² a 39,9 kg/m²) com comorbidades e obesidade de grau III (IMC ≥ 40 kg/m²). Calculou-se novamente o coeficiente alfa de Cronbach novamente, e a análise de estrutura fatorial confirmatória utilizou o Modelo de Equações Estruturais (SEM), com adequação do modelo por meio dos índices de qualidade de ajuste (Goodness of fit – GOF). RESULTADOS: O coeficiente alfa de Cronbach de 0,706, e a correlação de Pearson foi de 0,95 dos resultados do teste-reteste. Na validação, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,721. A análise de estrutura fatorial apresentou variáveis latentes que se agruparam em direção à um único fator (construto), sugerindo uma estrutura unidimensional da escala. CONCLUSÕES: A versão em português adaptada do EOAQ-EST obteve adequação para cultura brasileira, nas validades de face e conteúdo, estabilidade no teste-reteste, na aplicabilidade e reprodutibilidade. Os resultados sugeriram estrutura unidimensional na avaliação do construto “expectativa”. Considera-se a versão adaptada para o português do EOAQ-EST pode auxiliar ao profissional de saúde a alinhar metas e expectativa de resultado, no pré-operatório da cirurgia bariátrica. Contudo, não haver instrumento “padrão ouro”, inviabiliza a análise comparativa de instrumentos de medida de um mesmo construto para validade de critério. Novos estudos longitudinais e prospectivos são sugeridos.

Descritores: Cirurgia bariátrica; Obesidade; Expectativa; Inquéritos e Questionários; Validação; Reprodutibilidade dos testes; Psicometria; Motivação.

ABSTRACT

Silva SR. *Expectations of patients candidates for obesity surgery: a validation study of the European Obesity Academy Questionnaire Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

INTRODUCTION: Obesity is a public health problem, and its prevalence in Brazil and in the world has been demonstrated by epidemiological studies. Obesity surgery is an effective method for weight reduction, improving the quality of life of severely obese patients. However, recent studies have shown increasing weight regain in the mid and long-term postoperative period of bariatric surgery. Long-term high or unrealistic expectations trigger dissatisfaction with body image, and may be associated with weight regain. Instruments for the assessment of patients' expectations in the preoperative period of bariatric surgery can improve the understanding of the factors associated with weight regain in the postoperative period. **OBJECTIVE:** To translate from English to Portuguese, adapt and validate the European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST. **METHODS:** Phase 1 carried out the translation and back-translation of the EOAQ-EST questionnaire. The expert panel reviewed the translated version of the questionnaire, evaluated the content and face validity, in the process of adaptation to Brazilian culture. The pre-test applied the questionnaire to five patients who were candidates for bariatric surgery in private services. In phase 2, in the pilot study, the adapted Portuguese version of the EOAQ-EST was applied to 30 patients undergoing preoperative follow-up at the Outpatient Clinic of Bariatric and Metabolic Surgery of the Discipline of Digestive Surgery, Department of Gastroenterology, HC-FMUSP. The retest was performed after a time interval of 30 days in the same patients. In phase 3, the Cronbach alpha coefficient and Pearson correlation of the test-retest results were calculated. In phase 4, validation, the translated and adapted version of the EOAQ-EST was applied from 01/21/2021 to 02/14/2022, in adult patients aged 18 years or over, of both sexes, with grade II obesity (BMI 35 kg/m² to 39.9

kg/m²) with comorbidities and grade III obesity (BMI \geq 40 kg/m²). The Cronbach's alpha coefficient was calculated again, and the confirmatory factor structure analysis used the Structural Equations Modeling (SEM), with model adequacy through the Goodness of fit (GOF) indices. RESULTS: Cronbach's alpha coefficient was 0.706, and Pearson's correlation was 0.95 of the test-retest results. In validation, Cronbach's alpha coefficient was 0.721. The factor structure analysis showed latent variables that clustered towards a single factor (construct), suggesting a unidimensional structure of the scale. CONCLUSIONS: The adapted Portuguese version of the EOAQ-EST was adequate for Brazilian culture, in terms of face and content validity, test-retest stability, applicability and reproducibility. The results suggested a unidimensional structure in the evaluation of the "expectation" construct. The adapted Portuguese version of the EOAQ-EST can help the health professional in alignment of goals and outcome expectations in the preoperative period of bariatric surgery. However, there is no "gold standard" instrument, which makes the comparative analysis of measurement instruments of the same construct unfeasible for criterion validity. New longitudinal and prospective studies are suggested.

Keywords: Bariatric surgery; Obesity; Expectation; Surveys and Questionnaires; Validation; Test reproducibility; Psychometry; Motivation

INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE

Doença de característica progressiva, representando um fator de risco para outras doenças graves, a obesidade vem se tornando mundialmente um problema de saúde pública desde a década de 1980¹. Segundo dados de 2020 da *World Health Organization (WHO)*¹, a prevalência mundial da obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016, e foi estimado que nesse período aproximadamente 650 milhões de adultos apresentavam obesidade. O *Global Burden of Disease Obesity Collaborators*, em 2017, publicou um estudo sobre os efeitos da obesidade na saúde e demonstrou que cerca de 107,7 milhões de crianças e 603,7 milhões de adultos no mundo tinham obesidade². No Brasil, seguindo uma tendência mundial, os dados de 2019 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)³ mostraram aumento de 20,3% na prevalência de obesidade, na população geral adulta. Ao verificar o excesso de peso na população geral adulta, o VIGITEL identificou o aumento da prevalência de 55,4%, sendo ligeiramente maior entre homens (57,1%) do que entre mulheres (53,9%)³.

Em um documento de posicionamento, a *World Obesity Federation (WOF)*⁴ afirmou que a obesidade é uma doença de características endêmica, recidivante e progressiva. No decorrer da história da doença, a obesidade leva a alterações hormonais, endocrinológicas e de inflamação, ao longo do tempo podendo levar às comorbidades ou doenças crônicas como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, câncer de mama e de intestino, apneia e distúrbio do sono, doenças osteomusculares, além do estigma social^{4,5}.

De etiologia multifatorial, a obesidade está associada ao estilo de vida contemporâneo, que inclui o sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis, além do perfil genético, ambientes obesogênicos, os transtornos alimentares, e outros fatores psicológicos e/ou psiquiátricos⁵.

Os indivíduos portadores de obesidade vivenciam em seu cotidiano muitas dificuldades no contexto social, como, discriminação e baixa empregabilidade, desencadeando problemas socioeconômicos e isolamento social⁶. Em 2020, foi elaborado o *Consensus statement on the stigma of obesity*⁶, o qual apresentou recomendações importantes desenvolvidas para assegurar o direito ao tratamento da obesidade. Além disso, medidas importantes foram discutidas sobre o estigma da obesidade e formas de combatê-lo, estabelecendo que este promove desigualdade social e no mercado de trabalho, incentiva o *bullying*, a discriminação nas escolas, e em serviços de assistência à saúde, sendo a causa, ou fator de agravamento, para distúrbios psicológicos⁶.

No que se refere ao acesso ao tratamento de obesidade, destaca-se o monitoramento realizado pela *Global Obesity Observatory*, criado pela WOF⁷. Em seu relatório sobre o Brasil, os dados demonstraram que a maior parte da população brasileira não tem acesso à prevenção ou ao tratamento apropriado de obesidade; faltam os medicamentos adequados, e os profissionais especializados⁷. O estudo reconhece que o Sistema Único de Saúde (SUS) subsidiado pelo governo federal, oferece tratamento da obesidade à população brasileira, incluindo a atenção primária, mas com recursos limitados, oferecendo nos centros de tratamento pelo SUS aos portadores de obesidade, somente a opção do tratamento cirúrgico⁷. Cerca de 25% da população brasileira portadora de obesidade tem acesso à assistência em serviços privados⁷.

1.2 CIRURGIA DE OBESIDADE

Há consenso na literatura científica que a cirurgia de obesidade é um tratamento eficaz para redução de peso e controle das comorbidades para indivíduos portadores de obesidade grau II, que corresponde ao índice de massa corporal (IMC) de 35 kg/m² a 39,9 kg/m² com comorbidades⁸, e para indivíduos portadores de obesidade grau III, com IMC \geq 40 kg/m². Para a indicação cirúrgica, são considerados o tempo de evolução da doença, o insucesso do tratamento clínico, dificuldade no controle de doenças crônicas, internação hospitalar recorrente e a faixa etária de 18 a 65 anos de idade.

O Conselho Federal de Medicina publicou em 2015 a Resolução nº 2.131 regulamentando a indicação cirúrgica para a obesidade grau II com comorbidades graves⁹ e, em 2017, a Resolução nº 2.172, reconhecendo a indicação da cirurgia para pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 com obesidade grau I (IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²)⁹.

A cirurgia de obesidade promove a perda de peso e controle das comorbidades, proporciona significativa melhora da mobilidade e condição respiratória, resultando em importante melhora da qualidade de vida dos indivíduos submetidos a esse tipo de tratamento¹⁰. Salientando-se que, a demanda de pacientes é de casos heterogêneos, por ser a obesidade uma doença multifatorial, levando, portanto, a variabilidade de resultados cirúrgicos, e conduzidos por várias técnicas cirúrgicas¹¹.

1.2.1 ACOMPANHAMENTOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS

A importância do preparo pré-operatório é consenso nas sociedades médicas de cirurgia bariátrica. A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) publicou, em 2016, as Diretrizes Brasileiras de Obesidade¹⁰, critérios de diagnóstico e recomendações de

prevenção e de tratamento da obesidade em crianças, adolescentes, adultos e idosos.

De acordo com as Diretrizes, para garantir a eficácia do tratamento cirúrgico da obesidade e para a segurança do paciente, é mandatório o acompanhamento por uma equipe interdisciplinar. Esta deve ser composta por especialistas em obesidade e cirurgia bariátrica, a saber: endocrinologista, cirurgião bariátrico, nutricionista ou nutrólogo, psiquiatra ou psicólogo, anestesista, enfermeiro, assistente social e eventualmente outros especialistas (cardiologista, pneumologista, fisioterapeuta, odontologista etc.).

O programa de preparo para a cirurgia bariátrica é complexo e multidisciplinar, visando conscientizar o paciente do processo perioperatório. A participação ativa do paciente se faz necessária na reeducação alimentar e sobre os cuidados específicos de pós-operatório, do primeiro mês de dieta restritiva, de forma a prevenir intercorrências. Orienta-se que nesse período o paciente tenha um cuidador. O papel do cuidador, seja este contratado ou familiar, tem o objetivo de garantir a segurança do paciente operado em ambiente domiciliar no pós-operatório. Para tanto, o paciente deve organizar-se ainda no pré-operatório, elegendo o cuidador e envolvendo-o neste processo perioperatório.

1.2.2 PÓS-OPERATÓRIO DE MÉDIO E LONGO PRAZOS

No pós-operatório, as orientações nutricionais exigem maior atenção do paciente, para prevenir possíveis dificuldades no primeiro mês de dieta restritiva, assim como, sobre o processo gradativo de emagrecimento. A equipe médica e multidisciplinar, orienta o momento de iniciar a atividade física, de retomar da atividade profissional, dirigir etc. De forma estratégica, o paciente é incentivado à mudança de estilo de vida e para uma adequada perda ponderal¹².

Os benefícios do tratamento cirúrgico são vivenciados por muitos pacientes, que mantendo bons parâmetros clínicos, atingindo o peso ideal, com adesão aos novos hábitos aprendidos, usufruem de novas experiências de vida, incluindo profissionais e sociais¹³. Mesmo passada a denominada “fase de lua de mel”, que ocorre de 6 a 15 meses após a realização da cirurgia, esses pacientes mantêm o bem-estar, o autocuidado, experimentando certo empoderamento perante a vida¹³.

Por outro lado, os pacientes bariátricos podem enfrentar problemas clínicos multifacetados e específicos depois da cirurgia¹⁴. A dificuldade de adaptação aos novos hábitos alimentares pode representar uma limitação diante da nova fisiologia gastrointestinal, podendo levar a déficits nutricionais e fragilidades orgânicas importantes¹⁴. Transtornos alimentares são passíveis de reincidir no pós-operatório, como o transtorno de compulsão alimentar periódica ou bulimia nervosa, e essas ocorrências podem favorecer o reganho de peso ou interromper o processo de perda de peso¹⁴.

Atualmente, nota-se, em centros de cirurgia bariátrica e metabólica, a preocupação com o pós-operatório mediante o reganho de peso e a insatisfação do paciente em relação à imagem corporal e à perda de peso. Sendo uma preocupação, o crescimento de casos de depressão maior, com uso abusivo de álcool, substâncias químicas e tentativa de suicídio, sendo estes os alertas do *Guideline da European Association for the Study of Obesity (2017)*¹⁴.

Em revisão sistemática sobre a prevalência, etiologia e tratamento do reganho de peso após a cirurgia bariátrica, verificou-se que existe um ciclo de perda e recuperação de peso frustrante para os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica¹⁵. O conhecimento científico aponta para os aspectos biológicos, neuroendócrinos e comportamentais de defesas do corpo para manter o peso, mas cada indivíduo portador de obesidade tem a sua dificuldade, peculiar a sua própria história de vida¹⁵. A partir do alerta de estudos recentes, acerca da prevalência do reganho de peso após a cirurgia, um esforço significativo tem sido feito nos últimos anos, no desenvolvimento de opções de tratamento para os

indivíduos operados. Trabalho intenso tem ocorrido no campo da terapia cognitivo-comportamental, no uso de inibidores de apetite e procedimentos endoscópicos com a esperança de reduzir a necessidade de cirurgia de revisão, que pode ser associada com complicações significativas¹⁵.

Outra revisão sistemática¹⁶, acerca do reganho de peso após a cirurgia bariátrica, comparou os estudos, concluindo que existe uma heterogeneidade de medidas de avaliação da perda de peso, sinalizando baixa adesão ao acompanhando do pós-operatório em alguns estudos, a falta de registro médico adequado e estudos com amostras pequenas. No entanto, a revisão conseguiu a melhor estimativa de que o reganho de peso ocorre de 8% a 19% no período de 3 a 6 anos, em relação ao máximo de peso perdido após a cirurgia bariátrica¹⁶.

O estudo recente publicado por Gaudrat et al., em 2021¹⁷, analisou as características psicológicas de pacientes em dois tipos de tratamento de obesidade, um grupo de cirurgia bariátrica e outro grupo de tratamento clínico. O estudo utilizou algumas escalas psiquiátricas, e os resultados demonstraram que não houve diferenças entre os grupos para os domínios de depressão, ansiedade ou autoestima. No entanto, o grupo de pós-operatório da cirurgia bariátrica apresentou maior nível de insatisfação corporal, comparado ao grupo não cirúrgico. Os pesquisadores sugeriram maiores cuidados com os pacientes submetidos à cirurgia, buscando compreender as dificuldades, reganho de peso e insatisfações com a imagem corporal, e a associação com as expectativas estabelecidas¹⁷.

1.3 EXPECTATIVAS QUANTO AO RESULTADO DA CIRURGIA DE OBESIDADE

Em sua etimologia, a palavra “expectativa” é de origem do latim *ex(s)pectativus*, cujo significado é esperar, desejar, ter esperança¹⁸. As

expectativas são estabelecidas de acordo com a experiência de vida, crenças, valores morais, culturais e classe social e têm uma relação direta com as nossas percepções¹⁹.

Na prática clínica, profissionais de saúde de unidades cirúrgicas de tratamento da obesidade, observam relatos de pacientes frente à cirurgia, manifestando ter como objetivos perder peso e qualidade de vida, simplesmente. A equipe médica de cirurgia bariátrica, estabelece a meta de redução de peso de cada paciente, visando melhorar os parâmetros clínicos, que consequentemente promoverá a qualidade de vida. No entanto, a preocupação da equipe será, por exemplo, a melhora do controle glicêmico de um paciente portador de Diabetes tipo 2, em uso de insulina injetável e outros medicamentos, com história pregressa de evento cardiovascular e com alteração de função renal. Neste perfil de paciente, a perda de peso com a ajuda da cirurgia bariátrica representa melhora da qualidade de vida e a depender da mudança de estilo de vida do paciente, outros benefícios serão vivenciados. Dessa forma, fica exposto um descompasso ou discrepância entre as expectativas dos pacientes quanto aos resultados da cirurgia e as metas de melhora da saúde estabelecidas pela equipe de profissionais que cuidam destes pacientes.

Com a finalidade de verificar estudos na literatura científica sobre expectativa frente aos resultados da cirurgia bariátrica, realizamos uma revisão bibliográfica (Anexo I). As estratégias de busca nas bases de dados foram as publicações dos últimos 5 anos, usando os descritores “bariatric surgery” e “obesity” e “expectations”. Os critérios de elegibilidade dos artigos foram estudos de revisão sistemática, estudos retrospectivos e prospectivos, sobre as expectativas de resultado frente à cirurgia bariátrica, não sendo identificados nessa busca instrumentos psicométricos de avaliação de expectativas no contexto de tratamento da obesidade.

Discorramos brevemente sobre os nove estudos selecionados apresentados no quadro resumo (Anexo II).

Conceição et al. (2020)¹⁹, em um estudo longitudinal, examinaram as expectativas de perda de peso no pré-operatório, a associação com a percepção da imagem corporal, com o comportamento alimentar e com sintomas depressivos. Participaram do estudo 64 pacientes do sexo feminino, foram realizadas entrevistas e aplicaram escalas de avaliação de saúde mental, no pré-operatório e 2 anos após a cirurgia bariátrica. Na pesquisa, foram identificados alguns casos de compulsão alimentar no pós-operatório, e a associação entre a discrepância de expectativas de resultado cirúrgico e a insatisfação de imagem corporal.

Cohn et al. (2019)²⁰, em uma revisão sistemática sobre as expectativas e motivações do paciente frente à cirurgia de obesidade, avaliaram 26 estudos de pré e pós-operatório, que demonstraram que os pacientes atribuem somente à cirurgia a perda de peso, não valorizando cuidados com a saúde mental e a prática regular de atividade física. Alguns estudos dessa revisão identificaram uma discrepância entre as expectativas dos profissionais de saúde e as dos pacientes que eram atendidos nos ambulatórios de cirurgia de obesidade²⁰. Os mesmos autores discutem a importância da abordagem pré-operatória para compreender o comportamento alimentar do paciente, a influência da família, o contexto social e as adversidades no momento de decisão pela cirurgia, propondo negociação de mudanças dos hábitos para o pós-operatório²⁰.

Pearl et al. (2019)²¹ publicaram um estudo sobre motivação e expectativas frente à cirurgia de obesidade com 208 pacientes demonstrou que pacientes apresentam no pré-operatório, elevada insatisfação com o corpo e o desejo de que a cirurgia modifique a aparência de partes do corpo. Hult et al. (2019)²² avaliaram 50 pacientes do gênero feminino, e observaram que apesar de relatarem a preocupação com a saúde, a maior motivação das participantes para buscar o tratamento cirúrgico foi elevar a autoestima. Opozda et al. (2018)²³ abordaram uma dimensão subjetiva em seu estudo, referindo-se aos medos dos

pacientes de retomarem o comportamento alimentar inadequado após a cirurgia, sugerindo mais estudos sobre expectativas.

Homer et al. (2016)²⁴ apresentaram um estudo qualitativo baseado em relatos de pessoas portadoras de obesidade. Nos resultados, os pesquisadores identificaram sentimento de culpa, vergonha e estigmatização social, levando os participantes do estudo a ter a expectativa de resolução de seus problemas pessoais e sociais por meio da cirurgia²⁴. Os autores explanam sobre as dificuldades físicas como dor, transtornos mentais como depressão, e o fato de o paciente tender a apoiar-se na esperança de que a cirurgia solucionará tais dificuldades²⁴.

Wee et al. (2015)²⁵, realizaram um estudo com 654 pacientes e os resultados demonstraram que eles tinham expectativas elevadas e irreais quanto à redução de peso. Jabbour et al. (2021)²⁶, a revisão sistemática apresentou estudos com resultados promissores, com melhorias na qualidade de vida de pacientes com comorbidades. Contudo, o estudo alerta sobre não haver recomendações mais precisas para o acompanhamento de pós-operatório de longo prazo e sobre a necessidade de melhor compreensão das expectativas dos pacientes.

No último estudo selecionado, observacional, realizado na Holanda por van Rijswijk et al. (2021)²⁷, os pesquisadores pediram aos pacientes participantes que respondessem a um questionário antes da palestra psicoeducativa, sobre informações da cirurgia bariátrica, e novamente depois da palestra. O resultado foi que 40% dos pacientes ficaram decepcionados com as informações “reais” recebidas na palestra, uma vez que haviam estabelecido um valor de peso a ser perdido muito elevado como meta, muito diferente do real informado sobre a perda de peso, em palestra. Destes pacientes, 30% deles aceitariam o risco mortalidade. Os pesquisadores concluem que os pacientes que procuram cirurgia bariátrica e metabólica parecem ter metas irreais de perda de peso, e estão dispostos a aceitar riscos substanciais para atingir esses objetivos²⁷.

1.4 PESQUISA DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE EXPECTATIVAS

Os instrumentos de avaliação nutricional, psicológica, respiratória, entre outras, são amplamente utilizados no preparo da cirurgia bariátrica por profissionais de saúde de várias especialidades. De acordo com o Consenso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica, sob gestão da Sociedade Brasileira de Cirurgia Metabólica e de Cirurgia Bariátrica, alinhada com os consensos internacionais e diretrizes, o tratamento cirúrgico de obesidade deve ser realizado com procedimentos específicos perioperatórios por uma equipe médica e multidisciplinar¹⁰.

Nesse acompanhamento multidisciplinar, cada especialidade utiliza instrumentos específicos para avaliar de forma ética se o candidato à cirurgia apresenta condições físicas e mentais adequadas para ser submetido ao tratamento cirúrgico, bem como se é capaz de realizar os cuidados adequadamente no processo de reabilitação pós-cirúrgico, sendo emitido um relatório ou laudo a respeito desta avaliação. Nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra e psicólogo, são especialistas que, em geral, elegem instrumentos ou escalas de avaliação autorizados por seus conselhos profissionais de classe.

Os estudos analisados apontaram em direção à necessidade de uma avaliação, sistematizada e validada, em relação às expectativas sobre os resultados da cirurgia. Portanto, avançamos nessa pesquisa, realizando uma busca na literatura de questionários de expectativas na cirurgia bariátrica, à princípio, nos repositórios de instrumentos de pesquisa: no Repositório da Produção USP (<https://repositorio.usp.br>), no ePROVIDE (PROQOLID) Repositório Internacional (<https://eprovide.mapi-trust.org>), e no Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp (<https://repositorio.unicamp.br>). Realizamos também uma busca nas bases bibliográficas PubMed, EMBASE, *Web of Science* e Scopus, utilizando como estratégia de busca os descritores “questionnaire” and “expectations” and “bariatric surgery” and “obesity”.

Como resultado dessa busca, encontramos o trabalho de Fischer et al. (2014)²⁸. A equipe de pesquisadores da Universidade de Heidelberg na Alemanha, e colaboradores como endocrinologistas, psiquiatras e estatísticos, cientes da eficácia clínica da cirurgia de obesidade, e da necessidade de mensurar as expectativas dos candidatos à cirurgia de obesidade frente aos resultados finais, ou “*endpoints*”, criaram o instrumento *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment* - EOAQ-EST.

O estudo prospectivo e multicêntrico de Fischer et al²⁸, foi realizado em três centros especializados na Alemanha. Os pesquisadores acompanharam os pacientes candidatos à cirurgia de obesidade, que apresentavam IMC ≥ 35 kg/m² associado a diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial ou apneia do sono, e os que apresentavam IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidades. Após um estudo piloto com 10 pacientes, o questionário foi respondido por 248 pacientes, 69,4% do sexo feminino, com média de idade de 42,8 anos, e média de IMC de 48,4 kg/m². Os resultados demonstraram, em destaque, que as expectativas dos pacientes frente ao procedimento cirúrgico não foram realistas; 45,7% responderam que tinham a expectativa de perder peso somente com a realização da cirurgia, sem mudar os hábitos alimentares e mantendo inatividade física²⁸.

1.5 ASPECTOS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO ORIGINAL DO EOAQ-EST

O questionário EOAQ-EST em sua versão original em inglês (Anexo III) é composto por três partes, descritas a seguir:

Parte 1: perfil clínico e sociodemográfico, peso e altura, idade, grau de instrução, profissão, composição familiar, tratamento médico, uso de medicamentos e comorbidades.

Parte 2: aplicação de um teste de imagem corporal, desenho de silhueta humana (desenho da silhueta humana de *Stunkard*²⁹), numa escala de 1 a 14, em que o paciente escolhe a opção de figura corporal correspondente ao antes e ao depois

da cirurgia. Refere-se às metas do tratamento em relação à perda de peso e os resultados esperados da cirurgia.

Parte 3: ranking sobre expectativas, composto por parâmetros randomizados por grau de importância (POVATI *Trial*)³⁰. São 14 itens que investigam os parâmetros como “melhora da saúde mental”, “melhora da atividade física”, “melhora da intimidade e relacionamento afetivo”, “redução do tamanho das roupas”, devendo dizer o grau de importância para cada um dos itens (por gradiente crescente de uma escala Likert de 1 a 5, respectivamente sem importância; pouco importante; razoavelmente importante; importante; muito importante).

Os parâmetros psicométricos satisfatórios de um instrumento referem-se à validade: processo de elaboração; uso do instrumento; qualidade e precisão da mensuração do construto que o instrumento se propõe a medir; e capacidade de medição das respostas^{31,32}. A psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, muito aplicada nas áreas de Psiquiatria e Psicologia a partir da década 1960, auxiliando em critérios diagnósticos e prescrição de psicofármacos, e atualmente incorporada pelas áreas da ciência, de cuidados em saúde e da educação³³. A psicometria moderna se fundamenta em duas vertentes: teoria clássica dos testes e teoria de resposta ao item. A psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens³³.

No que se refere aos aspectos psicométricos da versão original em inglês do EOAQ-EST, foi observado que a parte 1 do questionário verifica o perfil do paciente candidato à cirurgia, aspectos sociais e as doenças crônicas secundárias à obesidade. Ao responder, as expectativas de mudança dessa condição de saúde são elaboradas, como por exemplo não precisar mais de insulina injetável a partir do controle glicêmico proporcionado pela perda de peso.

Na parte 2, ao observar as figuras (desenho da silhueta humana de *Stunkard*⁹), solicita-se que o paciente escolha o número correspondente à figura

que o representa no momento presente, isto é, antes da cirurgia. Em seguida, ele escolhe outro número que corresponde à figura que ele acredita que o representará após a cirurgia. Ao responder, o paciente entra em contato com o atual esquema corporal, sendo possível identificar distúrbio de imagem corporal, se existir. A parte 2 do questionário, também apresenta duas questões sobre quantos quilos o paciente acredita que perderá com a cirurgia, em seguida, qual o peso que gostaria de ter após a cirurgia. Refere-se à investigação das informações obtidas e absorvidas pelo candidato sobre a cirurgia e o processo de perda de peso. Ao pensar, o paciente estabelece um número baseado em suas expectativas. Nesse momento, as respostas do paciente possibilitam ao profissional de saúde, identificar as incoerências entre as expectativas de resultado da cirurgia e as metas que não correspondem à realidade, trabalhando-as com o paciente, esclarecendo e orientando.

Na parte 3 do instrumento, o paciente é convidado a ponderar sobre a decisão de realizar a cirurgia bariátrica. O ranking apresenta 14 itens, que são 14 motivos que comumente levam à decisão pelo tratamento cirúrgico. Nessa parte, estimula-se uma reflexão sobre a decisão e a importância de certas condições de vida para se viver com qualidade, e manifestam-se as expectativas das metas e desejos.

A versão original do EOAQ-EST apresenta em cada uma de suas partes a possibilidade de identificação, elaboração e ponderação sobre a atual condição de saúde, sobre as metas de perda de peso e os resultados esperados da cirurgia. As respostas dos pacientes permitem ao profissional de saúde abordar cada aspecto. Dessa forma, torna-se um instrumento viável para ser aplicado na população de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, durante o pré-operatório, para a avaliação das expectativas quanto aos resultados finais do tratamento cirúrgico de obesidade.

1.6 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Como exposto anteriormente, os benefícios da redução de peso com o tratamento cirúrgico da obesidade estão comprovados por estudos científicos. Porém, a ocorrência da insatisfação dos pacientes com os resultados de perda de peso e de imagem corporal no pós-operatório, incluindo o reganho de peso de médio e longo prazos, tem chamado a atenção de pesquisadores e das equipes multiprofissionais, promovendo uma discussão sobre o tema “expectativa frente à cirurgia bariátrica”, que vem ganhando relevância como um fator a ser mais estudado e compreendido.

O descompasso entre as metas de redução de peso estabelecidas pelos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e as metas estabelecidas pelas equipes de saúde, apontou para a necessidade de um instrumento que possa auxiliar na avaliação das expectativas frente aos resultados cirúrgicos.

O presente estudo de validação pretende contribuir para este conhecimento, por meio da versão em português adaptada do *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment* - EOAQ-EST que uma vez validada, poderá ser utilizada por profissionais de saúde brasileiros que realizam o acompanhamento no pré-operatório do paciente candidato à cirurgia bariátrica. Ao avaliar a expectativa dos pacientes, esses profissionais poderão trabalhar já no período pré-operatório, o alinhamento de metas realistas, viáveis e coerentes para a redução de peso, considerando a composição corporal e estilo de vida de cada indivíduo.

1 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Traduzir inglês para o ¹português, fazer a adaptação para cultura brasileira e a validação quanto às propriedades psicométricas em candidatos à cirurgia bariátrica, do questionário *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment* - EOAQ-EST.

2.2 Objetivos específicos:

- (i) fazer a adaptação do questionário para cultura brasileira, realizando no processo de adaptação cultural a validade de conteúdo e a validade de face por meio da revisão do painel de especialistas;

- (ii) analisar a confiabilidade, avaliando a consistência interna do questionário por meio do coeficiente alfa de Cronbach;

- (iii) analisar a validade de estrutura por meio da análise fatorial confirmatória; validade de construto; verificar a influência nos escores em relação ao sexo e idade dos candidatos à cirurgia.

¹ Nota: neste estudo de validação, o instrumento EOAQ-EST foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa brasileira.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

3.1.1 FASE PREPARATÓRIA

Na fase preparatória, inicialmente, a pesquisadora responsável deste estudo, realizou uma primeira tradução inglês-português, com objetivo de perceber os aspectos de adaptação necessários ao questionário. Executou as primeiras análises para correção de semântica, que se refere ao significado da palavra associado ao sentido do conteúdo e ao contexto, e dimensionar o processo de adaptação para a cultura brasileira do questionário EOAQ-EST, a ser realizado. Submetemos o questionário EOAQ-EST à uma tradução inglês-português por uma tradutora de origem britânica, que realiza traduções na área da saúde. Em análise comparativa das duas traduções realizadas, obtivemos a versão 1.

Seguindo as recomendações metodológicas e os referenciais teóricos para um estudo de validação de instrumentos psicométricos³⁴⁻³⁷, realizou-se a tradução e retrotradução. O trabalho de tradução inglês-português e retrotradução português-inglês, foi realizado pela empresa Universo Traduções (Anexo IV), que trabalha com consultoria e tradução de material científico e acadêmico da área de medicina e saúde. Dessa forma, a consultoria realizou uma tradução e retrotradução (A e B) por dois tradutores independentes, a pesquisadora realizou a análise comparativa dessas duas versões, verificando as expressões idiomáticas, fazendo ajustes de semântica, gerando a versão 2. A consultoria realizou a outra tradução e retrotradução (C e D) por outros dois tradutores independentes. Nenhum dos tradutores foram informados sobre o objetivo deste estudo. Outra análise comparativa dessas duas versões foi realizada, com ajustes de tradução, de semântica, e adaptação para a língua portuguesa e para cultura brasileira, que gerou a versão 3, a qual foi submetida ao painel de especialistas.

“A adaptação transcultural de um questionário para uso em um novo país, cultura e/ou idioma, exige o uso de um método, para alcançar a equivalência entre o original e as versões de destino do questionário. Reconhecer se os itens devem, não apenas ser bem traduzidos linguisticamente, mas também deve ser adaptado culturalmente para manter a validade de conteúdo do instrumento em um nível em diferentes culturas”, (Beaton e Guillemin, 2000)³⁵.

3.1.2 PAINEL DE ESPECIALISTAS

O painel de Especialistas, criado para o presente estudo, foi composto por oito profissionais de saúde, sendo um cirurgião do aparelho digestivo, duas médicas endocrinologistas, duas psicólogas, duas nutricionistas e um médico psiquiatra. Todos os especialistas trabalham na área clínica e cirúrgica do tratamento de obesidade, em unidades cirúrgicas e em ambulatórios especializados, em sua maioria atuantes na cidade de São Paulo/SP e um deles atuante na cidade de Curitiba/PR.

O processo de adaptação cultural de um instrumento é contemplado pela revisão por Especialistas ou Juízes³⁴⁻³⁷, um grupo composto de profissionais especializados na assistência da população alvo do estudo. A análise e revisão dos especialistas diz respeito à fundamental parte do estudo de validação, que se propõe a avaliar a validade de face e a validade de conteúdo³⁸. A validade de face é a avaliação sistemática dos itens do instrumento, analisando e identificando o construto³⁹. A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido³⁸, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo³⁹.

A revisão realizada pelo painel de especialistas, teve como objetivo verificar se cada item do instrumento consegue avaliar o construto que o instrumento se propõe avaliar. Cada especialista recebeu uma cópia da versão original em inglês do EOAQ-EST e uma cópia da versão 3 em português, e verificou se os

itens do questionário investigam o construto “expectativa”, se o questionário é adequado para a população alvo, e fez críticas, correções e/ou sugestões de semântica. Após a revisão, cada especialista encaminhou por e-mail o seu parecer para a pesquisadora executante.

Concluída a revisão pelo painel de especialistas, as adaptações ao questionário e ajustes para cultura brasileira prosseguiram por parte dos pesquisadores, preparando para um pré-teste.

3.1.3 PRÉ-TESTE

Para o pré-teste, foram indicados à pesquisadora cinco pacientes em preparação para realização da cirurgia bariátrica, em acompanhamento clínico por duas médicas endocrinologistas, estando as cirurgias programadas para serem realizadas em serviços de saúde privados credenciados por convênios médicos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos pacientes incluídos no pré-teste

Paciente	Idade (anos)	sexo	IMC (kg/m ²)	Comorbidades
1	32	feminino	37,6	DM2* + HAS**
2	50	feminino	35,0	DM1*** + Câncer mama
3	53	feminino	42,8	DM2 + HAS
4	40	feminino	35,2	DM2 + HAS
5	37	feminino	42,5	nenhuma

*Diabetes *mellitus* tipo 2

** Hipertensão arterial sistêmica

*** Diabetes *mellitus* tipo 1

O pré-teste foi realizado por telefone. Para cada paciente participante foi realizado um primeiro contato telefônico para explicar a pesquisa ao participante e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Com o aceite do participante, foi agendado outro horário para que este respondesse ao questionário. Por e-mail enviamos o questionário na versão 4 do EOAQ-EST e o

TCLE assinado pelos pesquisadores. No horário agendado para novo contato telefônico a cada um dos cinco participantes, aplicamos o questionário, e utilizamos a plataforma Google Forms para inserir as respostas do questionário.

Durante a aplicação remota do pré-teste, a pesquisadora executante observou dificuldades por parte dos entrevistados na compreensão dos itens, que mencionaram ficar confusos.

Frente a estas dificuldades, os pesquisadores decidiram realizar a coleta de dados da pesquisa presencialmente. Os participantes do pré-teste fizeram sugestões sobre a formatação do questionário, as quais foram acatadas para o processo de adaptação do instrumento.

Os pesquisadores deram continuidade ao processo de ajustes de semântica e à adaptação para a língua portuguesa e para a cultura brasileira. Na adaptação foram adicionados maiores detalhes sobre doenças crônicas associadas à obesidade, inserindo-se a doença cardíaca, a história de obesidade e a faixa etária que iniciou o ganho de peso. Esse processo de adaptação gerou sucessivas versões (Anexo V) até chegarmos na versão 12 do questionário EOAQ-EST em português adaptado para ser submetido ao estudo piloto e reteste.

De acordo com Gorenstein et al³⁴, o processo de adaptação cultural do instrumento traduzido deve ocorrer em todas as etapas de um estudo de validação, visando ajustes e aplicabilidade na população para a qual ele se destina.

3.1.4 FASE DE ESTUDO PILOTO E RETESTE (TESTE-RETESTE)

O estudo piloto foi realizado com a aplicação da versão 12 do EOAQ-EST em português e adaptado (Anexo VI), em 30 candidatos à cirurgia bariátrica, durante o período de 22/01/2021 a 26/02/2021, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia do HC-FMUSP.

O estudo piloto (teste-reteste) é uma etapa muito importante na adaptação de um instrumento traduzido, uma vez que a sua aplicação possibilita a adequação qualitativa dos itens do instrumento, sendo recomendado aplicá-lo em uma amostra pequena³⁴.

O reteste, ou segunda aplicação da versão 12 do EOAQ-EST em português e adaptada foi realizada no período de 22/02/2021 a 20/03/2021, após o intervalo de tempo médio de 30 dias do estudo piloto. O reteste foi realizado, portanto, nos mesmos 30 participantes, com a permissão prévia de cada participante no estudo piloto. Considerando o período da segunda onda da pandemia do SARS CoV 2, que promoveu a suspensão dos atendimentos em ambulatórios do HC-FMUSP naquele período, o reteste foi realizado de forma remota, por contato telefônico.

Para importante da análise psicométrica, o reteste tem o objetivo de verificar a estabilidade do instrumento na aplicação³⁴. A estabilidade de uma medida é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, ou seja, é a estimativa da consistência das repetições das medidas³⁴.

A pesquisadora executante durante a aplicação do EOAQ-EST no estudo piloto, verificou a compreensibilidade do questionário por meio da técnica *cognitive debriefing*³⁴. Para verificar a compreensibilidade do questionário, elegemos uma questão aleatoriamente. Assim que o paciente respondia à questão, logo em seguida, esta mesma questão foi repetida com a resposta que o participante deu. Fazendo uma checagem da resposta do participante, pedindo uma confirmação do participante sobre a resposta que ele deu. Permitindo

assim, que o participante confirmasse se compreendeu a questão realizada, mantendo a resposta dada. Ex.: *Parte 2 – Qual o peso que o(a) Sr (Sra) gostaria de ter após realizar a cirurgia bariátrica? Resposta: 70 kg. Checagem: O peso que o(a) Sr (a) gostaria de ter após realizar a cirurgia bariátrica é 70 kg?* Essa estratégia foi utilizada em todos os participantes do estudo piloto.

3.1.5 FASE DE ANÁLISES PRELIMINARES: CONFIABILIDADE

A confiabilidade ou fidedignidade é um pré-requisito da validação, e se refere às inter-relações dos itens³⁹, demonstra a capacidade do instrumento em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, por observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade³⁹.

Nesta fase fizemos a análise de confiabilidade da versão em português e adaptada do questionário EOAQ-EST, por meio da análise de consistência interna calculando-se o coeficiente alfa de Cronbach⁴⁰, que é uma medida de estimativa de confiabilidade mais usada na literatura científica mundial, para mensuração da consistência interna em questionário ou escala, aplicável ou auto responsivo, uma vez que reflete o grau de covariância entre os itens de um instrumento.

No cálculo do coeficiente alfa de Cronbach⁴⁰, o índice é representado pela letra grega α , interpretado como uma estimativa estatística que avalia a proporção de variância, sendo o valor α variável de 0 a 1 considerado ideal se for $\geq 0,7$ indica alta confiabilidade, de 0,5 a 0,7 indica moderada confiabilidade, de 0,2 a 0,5 razoável confiabilidade e $\leq 0,2$ baixa confiabilidade.⁴⁰. Para os testes de hipótese considerou-se nível de significância de 5%.

As características sociodemográficas dos participantes deste estudo foram apresentadas em tabelas com dados descritivos por médias e desvios padrão. As características categóricas foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas⁴¹.

Nas análises preliminares, foi calculada também a correlação entre os resultados do estudo piloto e reteste, analisando as variáveis por meio do coeficiente de correlação de Pearson ou coeficiente de correlação intraclassa (ICC), um teste que permite avaliar a confiabilidade entre dois ou mais observadores ou entre duas ou mais avaliações de um mesmo observador, quando a variável em questão é numérica.^{42,43}

A partir do estudo piloto, utilizamos a plataforma digital RedCap (*Research Electronic Data Capture*) para armazenamento e gerenciamento de dados dos questionários. Para análise estatística, os dados foram exportados em formato Excel/CSV. Para as análises utilizou-se software R 3.6.1 (R Core Team 2021)⁴⁴.

3.1.6 FASE DE COLETA DE DADOS: VALIDAÇÃO

Concluídas as adaptações no questionário EOAQ-EST, por meio da revisão de conteúdo pelo painel de especialistas, com as análises de validade de face e de validade de conteúdo do instrumento; sendo demonstradas a estabilidade e aplicabilidade da versão 12 em português e adaptada; e mediante os resultados das análises preliminares de confiabilidade, prosseguimos com a fase de validação deste estudo, conforme as fases metodológicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Fases metodológicas do estudo de validação

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Tradução Retrotradução Análises comparativas das traduções Painel de Especialistas a) correção de semântica e adaptação para o português b) verificação por item do construto “expectativa” c) adequação para população alvo Pré-teste $n=5$	Estudo piloto $n=30$ Reteste $n=30$	Análise preliminares: *coeficiente alfa de Cronbach ³⁹ *correlação de Pearson entre estudo piloto e reteste	Validação: Coleta de dados $n=161$ Análises: *coeficiente alfa de Cronbach ⁴⁰ *análise de estrutura fatorial *validade de construto

Nesta fase de coleta de dados, para o cálculo amostral, de acordo com o preconizado pelo referencial teórico e metodológico para estudo de validação³⁴, calculamos 10 sujeitos para cada item do questionário. Baseado no total de 16 itens do questionário (Parte I considerado 1 item + Parte II considerado 1 item + Parte III considerado 14 itens do ranking), obtivemos um resultado de amostra de 160 participantes.

Dessa forma, a versão 12 em português e adaptada do EOAQ-EST, foi aplicada, candidatos à cirurgia de obesidade, em acompanhamento pré-operatório, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-FMUSP. Vale salientar que no questionário EOAQ-EST original em inglês não consta o item sexo na Parte 1, tendo sido este, portanto, inserido na parte 1 do questionário para as análises da fase de validação.

As análises estatísticas de consistência interna foram repetidas ao final da coleta de dados, bem como a análise de validade de estrutura do instrumento por meio de análise de estrutura fatorial confirmatória.

3.1.7 ANÁLISE DE ESTRUTURA FATORIAL

Ao final da coleta de dados, realizamos as análises estatísticas deste estudo de validação. Além dos métodos qualitativos para adaptação, o processo de validação se dá por meio das análises psicométricas: consistência interna e confiabilidade; estabilidade teste-reteste; validade do construto e análise fatorial⁴⁵. A análise de estrutura fatorial baseou-se nos resultados das análises preliminares, os quais direcionaram para a análise fatorial confirmatória (CFA)⁴⁵.

A CFA é um modo de confirmar quão bem as variáveis medidas representam o construto, possibilitando também a confirmação do modelo estrutural de um instrumento. Para realizar a CFA, deve-se verificar o modelo de mensuração a partir dos índices de qualidade de ajuste, que mostram evidências específicas de qualidade do construto⁴⁵.

De acordo com o Modelo de Equações Estruturais (SEM)⁴⁵, a validade de um construto está vinculada à escolha do modelo de mensuração. Por sua vez, o modelo de mensuração depende da qualidade de ajuste, adquirindo uma relevância para a análise fatorial. A qualidade de ajuste (Goodness off fit – GOF)⁴⁵ indica o quanto o modelo especificado reproduz a matriz de covariância entre os itens, isto é, indica a similaridade entre as matrizes de covariância estimada e observada⁴⁵.

No modelo SEM os índices de qualidade de ajuste da análise foram o *Comparative Fit Index* (CFI) e o índice incremental foi utilizado o índice Tucker-Lewis Index (TLI)⁴⁵. Como medida de erro do modelo, utilizamos o índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) ou Raíz do erro quadrado médio

de aproximação, trata-se de uma medida importante para validade de construto, é um teste de ajustamento de modelo aos dados⁴⁵.

A correlação de cada variável com o fator é chamada de carga fatorial. A análise da carga fatorial é um meio de interpretar a representação de cada variável para o construto. O tamanho da carga fatorial é uma consideração importante estatisticamente, uma vez que as cargas fatoriais devem ser significantes, podem ser estimativamente padronizadas de 0,5 ou mais, sendo o ideal de $\geq 0,7$ ⁴⁵. As análises foram realizadas com auxílio do software R 4.1.3.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia do HC-FMUSP.

3.3 POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

Participaram deste estudo, pacientes adultos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, portadores de obesidade de grau II (IMC 35 kg/m² a 39,9 kg/m²) com comorbidades e portadores de obesidade de grau III (IMC ≥ 40 kg/m²), em acompanhamento durante o período pré-operatório no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-FMUSP.

Os critérios de inclusão do estudo foram indivíduos com 18 anos ou mais de idade, com capacidade cognitiva preservada garantindo a compreensão das perguntas do questionário. Os pacientes da triagem para indicação cirúrgica não eram elegíveis para este estudo.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COMUNICAÇÃO COM AUTOR E CO-AUTORES

As autorizações do autor e coautores, para se realizar a tradução para o português brasileiro e adaptação do questionário, foram obtidas por escrito em mensagens de e-mail (Anexo VII).

Com o objetivo de compreender de que forma o questionário foi criado, os pesquisadores foram consultados, e eles nos esclareceram que o questionário foi elaborado com base na experiência clínica dos cirurgiões e pesquisadores da European Obesity Academy, que buscaram entender quais eram as expectativas do resultado cirúrgico (Anexo VIII). Os pesquisadores criaram o questionário em inglês, sendo traduzido para o alemão para a sua aplicação na população local (Hospital de Heidenberg). Embora tenha sido solicitado, não obtivemos acesso a essa versão em alemão do questionário.

Solicitamos ainda, aos autores, o nome do instrumento, o qual foi nomeado por eles como *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment* – EOAQ-EST.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CAPPesq – HCFMUSP, conforme parecer número 4.488.229 de 04/01/2021 (Anexo IX). Este projeto original previa que a coleta de dados seria realizada remotamente com cada participante, devido ao contexto da pandemia do vírus SARS CoV-2. Contudo, ao realizarmos pré-teste na fase preparatória para coleta de dados, observamos que seria inviável fazer essa coleta remotamente, considerando a estrutura do questionário, a compreensão por parte do participante poderia ser comprometida e, dessa forma, os resultados do estudo também.

Uma emenda do projeto modificando a coleta de dados por entrevista presencial foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa – CAPPesq – HCFMUSP e a aprovação foi recebida, com o parecer de número 4.735.640 de 26/04/2021 (Anexo X).

Respeitando as normas sanitárias de segurança devido à pandemia do vírus SARS CoV-2, os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica foram convidados pela pesquisadora executante a participar deste estudo no dia do comparecimento destes à consulta médica no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP. Todos os participantes desse estudo, em todas as suas fases de coleta de dados, foram esclarecidos pela pesquisadora executante, Sandra Regina da Silva sob orientação da Profa. Dra. Beatriz H. C. Tess, quanto ao caráter sigiloso do projeto, assim como, sobre a participação ser voluntária. Ao concordarem em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo XI). A pesquisadora executante realizou a aplicação do questionário em todos os participantes, e estes receberam uma cópia do TCLE assinado pelas pesquisadoras.

5. PESQUISADORES

A pesquisa é uma colaboração entre três departamentos da FMUSP: Departamento de Medicina Preventiva, Departamento de Psiquiatria e Departamento de Gastroenterologia. A equipe de pesquisadores é composta pela pesquisadora executante que é aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, orientada pela Profa. Dra. Beatriz H. C. Tess do Departamento de Medicina Preventiva, com as colaborações do Prof. Dr. Yuan-Pang Wang, médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e do Prof. Dr. Denis Pajeki, cirurgião do aparelho digestivo do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia do HC-FMUSP (Anexo XII).

6. RESULTADOS

6.1 FASE PREPARATÓRIA: TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO

Os resultados da fase preparatória serão apresentados a seguir. As traduções e retrotraduções seguiram os procedimentos descritos no item 3.1.1. O processo de adaptação cultural da versão traduzida do EOAQ-EST verificou a capacidade de aplicabilidade e amplitude do instrumento, ou seja, o seu alcance na aplicação em populações de diversos contextos socioculturais.

A revisão do instrumento traduzido para o português, realizou a avaliação da validade de face e da validade de conteúdo. O painel de especialistas, formado por oito profissionais de saúde, foram:

- 1 cirurgião do aparelho digestivo e cirurgião bariátrico;
- 2 médicos endocrinologistas;
- 1 médico psiquiatra;
- 2 psicólogos;
- 2 nutricionistas.

Ao painel de especialistas foi solicitado a análise dos seguintes aspectos:

- a) Se o construto “expectativa” é investigado nos itens do questionário;
- b) Se o questionário está adequado para população alvo;
- c) Críticas, correções e/ou sugestões de semântica.

Nesta análise, o painel de especialistas procedeu com substituições de termos técnicos referentes às doenças, comorbidades, tratamentos, fazendo sugestões na tradução e correções de semântica. Na adaptação para a língua portuguesa e para a cultura brasileira, o painel de especialistas verificou se cada item do questionário tinha a capacidade de avaliar o construto “expectativa”.

A análise de concordância foi baseada nas respostas de cada profissional de saúde que compôs o painel de especialistas. As respostas foram transcritas e podem ser observadas no Quadro 1, onde cada especialista está identificado por letra. A comparação das respostas permitiu a análise de concordância entre os especialistas, sobre cada item do questionário, baseado nos três aspectos solicitados. Esta análise qualitativa por verificação das respostas, possibilitou alcançar um índice de concordância quantitativo, de 85% de concordância entre os especialistas. Mediante esta análise de concordância por itens, verificou-se que a maior parte dos itens do questionário obteve 100% de concordância entre os especialistas nos aspectos avaliados, tornando desnecessária, portanto, a submissão das respostas à análise estatística de concordância, o coeficiente Kappa³⁴.

Quadro 1 – Respostas do painel de especialistas

Painel de especialistas	<i>O construto "expectativa" é investigado nos itens do questionário?</i>	<i>Está adequado para a população alvo?</i>	<i>Críticas e/ou sugestões de semântica</i>
A	<p>Parte 1: perda de peso "visual", como o paciente se enxerga antes e como acha que ficará depois do procedimento. Parte 2: isso é importante, pois a maioria acha que não tem noção da média de % de peso perdida. Parte 3B: será possível juntar e enumerar quais são as maiores expectativas "médicas" e/ou psicológicas e talvez até correlacionar.</p>	Sim, acredito que não haverá dificuldade.	Nenhuma sugestão. Acredito que vai ajudar na avaliação.
B	<p>Parte 1: sem comentários. Parte 2: em relação à expectativa excelente para investigar, nas três questões. Parte 3: tem relação à expectativa excelente e muito importante até no sentido de trazer benefícios que talvez o paciente não contemplasse antes de se submeter ao questionário.</p>	Acredito que não haverá dificuldade.	Nenhuma sugestão. aguardo a validação para utilizar.
C	<p>Parte 1: sem comentários. Parte 2: na questão 2 eu questionaria o aspecto temporal. E na questão 3 eu me certificaria de que o paciente compreende que a perda de peso devido à cirurgia (aspecto técnico) é diferente da perda de peso total esperada em 2 anos, a qual precisa de outros fatores a depender do próprio paciente. O construto "expectativas" é investigado.</p>	Adequado para o público-alvo.	Inserir nas questões da Parte 2 as temporalidades do processo. Questionário muito bom, e de muita relevância clínica.
D	<p>Parte 1: sem comentários. Parte 2 e 3: Achei que o construto expectativa está bem avaliado, principalmente porque utiliza três modelos visuais: o desenho, a possibilidade de escrita do paciente para expor o que pensa e o assinalar dos itens. Acho que possibilita a interação dos diferentes perfis de paciente, o paciente mais prático, objetivo, e o desenho facilita; escala tem a possibilidade de falar ou escrever.</p>	Linguagem compreensível. Sim, está adequado.	Sugestões: melhorar a formatação da Parte 1. Pode confundir nas respostas do estado civil; filhos; trabalha atualmente; e, nas figuras, circular o número ou a figura.
E	<p>Parte 1: sem comentários. Parte 2: o desenho é muito importante para a avaliação da imagem corporal. Parte 3: abrangente.</p>	Adequado para o público-alvo.	Sugestão: acrescentar o item na Parte 3A "melhorar a aparência".
F	<p>Parte 1: acrescentaria, além de fumante, também o consumo de álcool, pois a cirurgia bariátrica sensibiliza o organismo ao consumo de álcool; se consome, pode se intensificar após o procedimento, e talvez seja melhor a não realização da cirurgia. Parte 2: Não sei se eles vão conseguir entender a proporção de perda de peso (item 3). Em quilos fica mais fácil (item 2) Parte 3A: Achei muito bom. Parte 3B: sem comentários.</p>	Adequado para o público-alvo.	Sugestão: acrescentar ao questionário pergunta sobre o uso de bebida alcoólica; especificar gênero na Parte 2.
G	<p>Parte 1: acrescentar nas comorbidades insulina injetável. Parte 2: sem alterações. Parte 3: excelente. Talvez mudar "melhora na intimidade" para "desempenho sexual".</p>	Adequado para o público-alvo.	Muito bom questionário.
H	<p>Parte 1: Comorbidades – "Colesterol alto" deixa de fora Triglicérides [o termo técnico "dislipidemia" seria melhor, mas se deve adequar à linguagem do paciente]. Melhor colocar "colesterol/triglicérides altos"; "Depressão", poderia colocar "depressão/ansiedade" ou deixar assim mesmo, dependendo do tipo de informação que se queira obter. Está faltando cardiopatias ou "doenças do coração". Parte 2: Em "Please mark above the numbered line..." eu colocaria: "Por favor, assinale com um 'x' acima da linha numerada onde você se considera estar antes da cirurgia, e, abaixo da linha numerada, onde espera estar após a cirurgia". No geral, o questionário investiga a expectativa de redução de peso das pessoas. A literatura traz implicações disso: p. ex., expectativas muito elevadas aumentam a chance de frustração, que pode deflagrar atitudes negativas com o resultado e consequente descuido com cuidados nutricionais e atividade física. Nesse sentido, acho que cumpre sua função e deixa em aberto a possibilidade de reavaliação no pós-operatório de um a dois anos para verificar as implicações que essa expectativa possa ter.</p>	Adequado para o público-alvo.	Crítica: Em "How many kilograms do you expect...", acho que é muito mais frequente o(a)s pacientes se exprimirem como "que peso quero atingir após a cirurgia". Perguntar quanto peso quer perder provavelmente implicará que façam um cálculo mental (com margem a erros), mas dá no mesmo.

Concluída a análise do painel de especialistas, os pesquisadores prosseguiram com a adaptação cultural da versão traduzida para o português do questionário EOAQ-EST. O processo de adaptação gerou várias versões. Em cada versão do instrumento foi realizado algum tipo de alteração, priorizando a compreensão de cada item do questionário e adequação semântica à cultura brasileira (Anexo V). A seguir, no Quadro 2, pode-se observar uma síntese desse processo.

Quadro 2 – Síntese do processo de adaptações da versão do questionário EOAQ-EST para o português

Original	Tradução Versão inicial	Versão 12 adaptada em português
Parte 3A	Parte 3A	Parte 3A
1 - Improved mental health	Melhora na saúde mental	Melhorar o bem-estar emocional
2 - Improved physical activity	Melhora na atividade física	Melhorar a capacidade de realizar exercícios físicos
3 - Improved in intimacy and partnership	Melhora na intimidade e relação conjugal	Melhorar o relacionamento íntimo com o(a) companheiro(a)
4 - Reduction in clothing size	Redução no tamanho das roupas	Reduzir o tamanho das roupas
5 - Improved fertility	Melhora na fertilidade	Melhorar a infertilidade
6 - Improved social life (e.g., culture, meeting friends)	Melhora da vida social (por ex., cultura, encontro com amigos)	Melhorar a vida social (por ex., encontro com amigos, ir a festas)
7 - Pain reduction	Redução de dor	Diminuir as dores
8 - Improved comorbidity such as diabetes, hypertension, sleep apnea etc.	Melhora das comorbidades como diabetes, hipertensão, apneia do sono etc.	Melhorar o controle do diabetes, hipertensão, distúrbio do sono etc.

Original	Tradução Versão inicial	Versão 12 adaptada em português
9 - Reduced medication need	Diminuição do uso de medicamentos	Diminuir o uso de medicamentos
10 - Increased employment chance	Melhora das oportunidades de emprego	Melhorar a oportunidade de conseguir emprego
11 - Better work performance	Melhor desempenho no trabalho	Melhorar o desempenho no trabalho (profissional/doméstico)
12 - Weight loss	Perda de peso	Perder peso
13 - Improved self-esteem	Melhora da autoestima	Melhorar a autoestima
14 - Increased life expectancy	Aumento da expectativa de vida	Aumentar os anos de vida

6.2 RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO E RETESTE

A coleta de dados foi iniciada com o estudo piloto que ocorreu nas datas de 22/01/2021 a 26/02/2021, em um período de 36 dias consecutivos. Foram aplicados 30 questionários em indivíduos distintos, com o tempo médio de aplicação presencial de aproximadamente 10 minutos. O reteste ocorreu nas datas de 22/02/2021 a 20/03/2021, em um período de 27 dias consecutivos, com a aplicação nos mesmos 30 indivíduos, por contato telefônico, com o tempo médio de aplicação de 15 minutos. A média do intervalo de tempo entre a 1ª aplicação (estudo piloto) e a 2ª aplicação (reteste) foi de 26 dias com desvio padrão de 4 dias

6.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO ESTUDO PILOTO

Os 30 indivíduos que responderam à versão em português adaptada do *EOAQ-EST* no estudo piloto tem idade de 28 a 66 anos de idade, a média de idade de 44,4 anos e desvio padrão 11, 9; a média de peso de 128,9 quilos com desvio padrão de 25; a média de IMC = 47 kg/m² com desvio padrão de 6,4 (Tabela 3); 63,3% referiram que trabalhavam; trinta por cento possuem formação de ensino superior completo; 50% da amostra referiu não ingerir bebida alcóolica e 10% eram fumantes naquele momento (Tabela 4). No que se refere às comorbidades apresentadas (Tabela 5), 30% dos indivíduos referiram ser portadores de Diabetes Mellitus tipo 2; 60% referiram ser portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e fazem tratamento; 30% referiram que receberam o diagnóstico de Depressão, mas apenas quatro indivíduos realizam tratamento.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo piloto

Variáveis	Média (Desvio Padrão)
Idade (anos)	44,4 (11,9)
Altura (m)	1,65 (0,1)
Peso (kg)	128,9 (25)
IMC (kg/m²)	47(6,4)
Quantidade de filhos (se houver)	2,2 (1,3)
Idade (anos) dos filhos (se houver)	22,2 (10)
Quantidade de cigarros por dia (se fumar)	17 (17,1)
Quantidade de meses sem fumar (se ex-fumante)	188,7 (147,8)

IMC= Índice de massa corporal

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo piloto: variáveis categóricas

Variáveis categóricas	N (%)
Ocupação	30 (100%)
Trabalha atualmente	19 (63,3%)
Desempregado	5 (16,7%)
Estudante	1 (3,3%)
Aposentado	1 (3,3%)
Licença médica	1 (3,3%)
Do lar	3 (10%)
Trabalho voluntário não remunerado	0 (0%)
Nível de escolaridade (grau)	30 (100%)
Ensino Fundamental completo	4 (13,3%)
Ensino Médio completo	13 (43,3%)
Ensino Superior completo	9 (30%)
Ensino Técnico completo	4 (13,3%)
Situação Conjugal	30 (100%)
Solteiro(a)	11 (36,7%)
Casado(a)	10 (33,3%)
União Estável	3 (10%)
Separado(a)	3 (10%)
Divorciado(a)	2 (6,7%)
Viúvo(a)	1 (3,3%)
Filhos	30 (100%)
Possui filhos vivos	18 (60,0%)
Não possui filhos	12 (40,0%)
Tabagismo	30 (100%)
É fumante	3 (10%)
Não fuma, ex-fumante	9 (30%)
Nunca fumou	18 (60%)
Bebida alcoólica	30 (100%)
Não ingere	15 (50%)
Ingere socialmente	13 (43,3%)
Ingere de 2 a 4 vezes por semana	2 (6,7%)
Ingere todos os dias	0 (0,0%)

Tabela 5 – Caracterização das comorbidades dos participantes do estudo piloto

Diabetes mellitus	30 (100%)	Tratamento Diabetes mellitus	9 (30%)
Sim	9 (30%)	Comprimido	5 (16,7%)
Não	21 (70%)	Comprimido e insulina injetável	3 (10%)
		Não faz nenhum tratamento	1 (3,3%)
Pressão Alta	30 (100%)	Tratamento Pressão Alta	18 (60%)
Sim	18 (60,0%)	Medicamentos para pressão alta	18 (60,0%)
Não	12 (40,0%)	Não sabe	12 (40,0%)
Colesterol e/ou Triglicérides Alto	30 (100%)	Tratamento Colesterol e Triglicérides Alto	8 (26,7%)
Sim	8 (26,7%)	Medicamento	7 (23,3%)
Não	22 (73,3%)	Não faz nenhum tratamento	1 (3,3%)
Apneia do Sono	30 (100%)	Tratamento Apneia do Sono	13 (43,3%)
Sim	13 (43,3%)	Usa máscara de CPAP	2 (6,7%)
Não	17 (56,7%)	Não faz nenhum tratamento	11 (36,7%)
Distúrbio do Sono	30 (100%)	Tratamento Distúrbio do Sono	14 (46,7%)
Sim	14 (46,7%)	Medicamento para dormir	5 (16,7%)
Não	16 (53,3%)	Não faz nenhum tratamento	9 (30,0%)
Doença Cardíaca	30 (100%)	Tratamento Doença Cardíaca	5 (16,7%)
Sim	5 (16,7%)	Medicamento para coração	4 (13,8%)
Não	25 (83,3%)	Não faz nenhum tratamento	1 (3,3%)
Depressão	30 (100%)	Tratamento Depressão	9 (30%)
Sim	9 (30,0%)	Medicamento para depressão	4 (13,8%)
Não	21 (70,0%)	Não faz nenhum tratamento	5 (16,7%)
Ansiedade	30 (100%)	Tratamento Ansiedade	23 (76,7%)
Sim	23 (76,7%)	Medicamento para ansiedade	5 (16,7%)
Não	7 (23,3%)	Não faz nenhum tratamento	18 (60,0%)
Dor nos joelhos	30 (100%)	Tratamento para joelhos	21 (70%)
Sim	21 (70,0%)	Medicamento	7 (23,3%)
Não	9 (30,0%)	Não faz nenhum tratamento	14 (46,7%)
Dor nos tornozelos	30 (100%)	Tratamento para tornozelos	10 (33,3%)
Sim	10 (33,3%)	Medicamento	4 (13,3%)
Não	20 (66,7%)	Não faz nenhum tratamento	6 (20%)
Dor na planta e dedos dos pés	30 (100%)	Tratamento para os pés	17 (56,7%)
Sim	17 (56,7%)	Medicamento	3 (10%)
Não	13 (43,3%)	Não faz nenhum tratamento	14 (46,7%)

Dificuldades de caminhar	30 (100%)	Acessório de marcha	13 (43,3%)
Sim	13 (43,3%)	Sim	2 (6,7%)
Não	17 (56,7%)	Não	11 (36,7%)

Dor no quadril	30 (100%)	Tratamento dor no quadril	11 (36,7%)
Sim	11 (36,7%)	Medicamento	2 (6,7%)
Não	19 (63,3%)	Não faz nenhum tratamento	9 (33,3%)

Dor na coluna	30 (100%)	Tratamento dor na coluna	22 (73,3%)
Sim	22 (73,3%)	Medicamento	10 (33,3%)
Não	8 (26,7%)	Não faz nenhum tratamento	12 (40,0%)

Algum tipo de câncer	30 (100%)	Em tratamento oncológico	2 (6,7%)
Sim	2 (6,7%)	Sim	2 (6,7%)
Não	28 (93,3%)	Não se aplica	28 (93,3%)

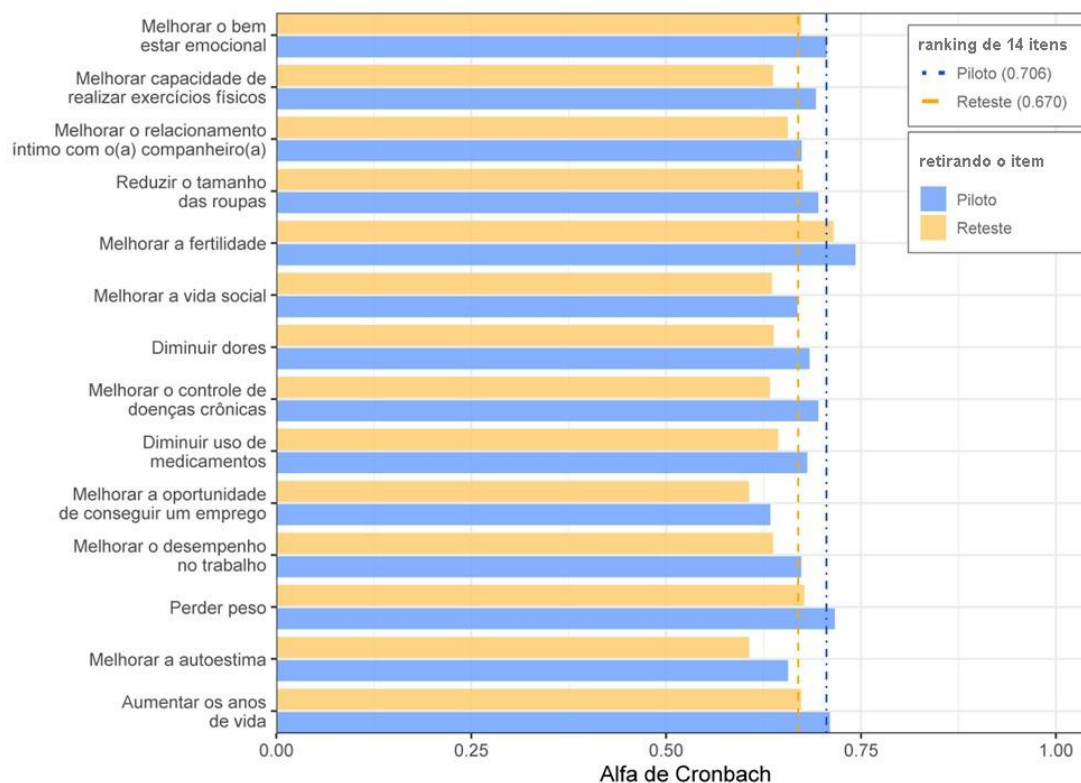
Infertilidade	30 (100%)	Síndrome do ovário policístico	30 (100%)
Sim	1 (3,3%)	Sim	6 (20%)
Não	18 (60,0%)	Não	13 (43,3%)
Não se aplica	11 (36,7%)	Não se aplica	11 (36,7%)

Quando houve o ganho de peso excessivo	30 (100%)
2 a 10 anos	9 (30,0%)
11 a 20 anos	7 (23,3%)
21 a 30 anos	9 (30,0%)
31 a 40 anos	4 (13,3%)
41 a 50 anos	1 (3,3%)
51 a 60 anos	0 (0,0%)
Acima de 60 anos	0 (0,0%)

6.3 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE

Na análise de confiabilidade da parte 3A do questionário, realizou-se a análise de consistência interna, calculando-se o coeficiente de alfa de Cronbach⁴⁰. O índice do coeficiente alfa de Cronbach da escala dos 14 itens foi de 0,706 para o estudo piloto, e de 0,670 para o reteste (Figura 1). Os valores do coeficiente alfa de Cronbach iguais ou acima de 0,7 são considerados satisfatórios pela literatura⁴⁰. Quando um item da escala é retirado, calculando-se novamente o coeficiente alfa Cronbach (alfa item-total), possibilita a verificação de mudanças no índice entre as variáveis. Trata-se de manejo estatístico de verificação da consistência interna.

Figura 1 - Coeficiente alfa de Cronbach do estudo piloto e do reteste



Nos resultados da Tabela 6, destacam-se os itens relacionados entre si: “*melhorar o bem-estar emocional*”, “*perder peso*”, “*diminuir dores*” e “*aumentar os anos de vida*” como sendo motivos “muito importante”. Com o grau de importância um pouco menor, aparecem os motivos “*melhorar o relacionamento íntimo com o(a) companheiro(a)*” e “*melhorar a oportunidade de conseguir um emprego*”.

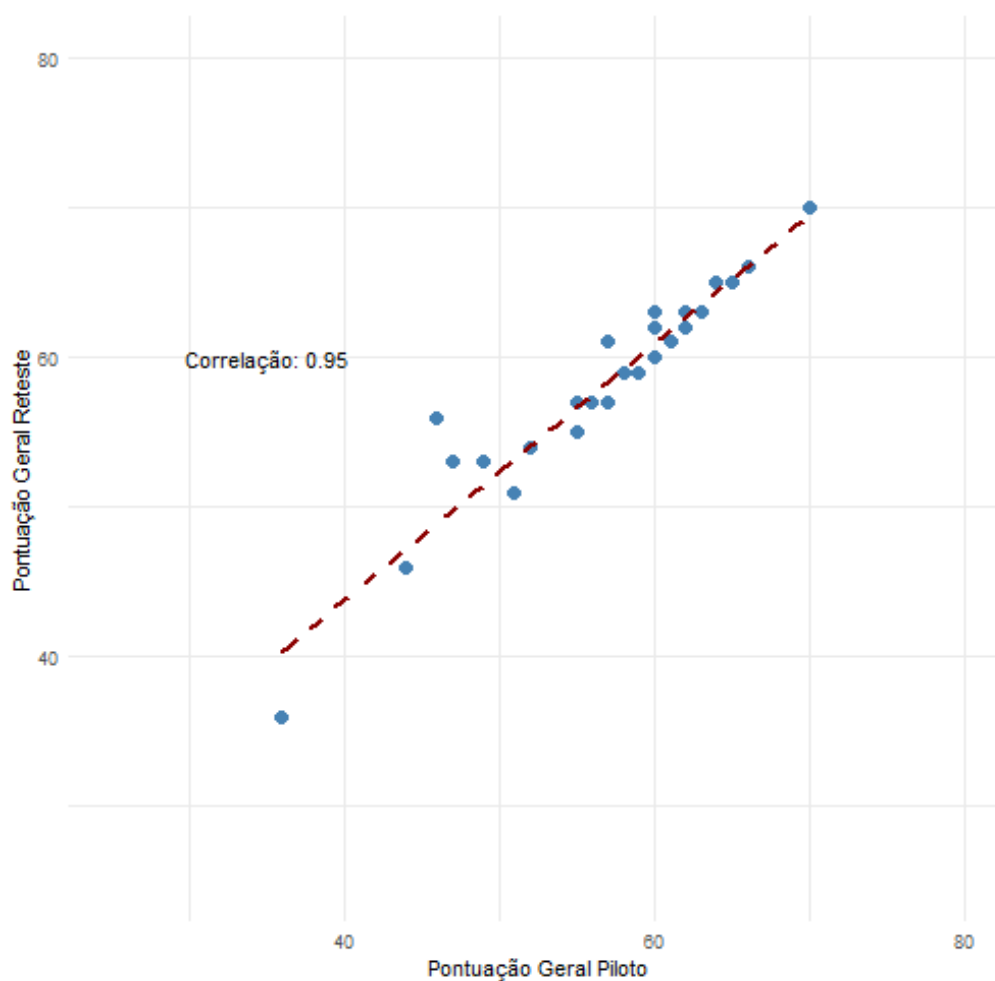
Ao se retirar o item “*melhorar a fertilidade*” e calcular o coeficiente alfa de Cronbach, observa-se o aumento do índice alfa. Este item pode estar relacionado aos fatores como idade, sexo, momento de vida, já possuir filhos etc. O item “*melhorar a fertilidade*” se mostrou importante e muito importante somente para cinco participantes.

Tabela 6 – Distribuição das respostas de cada item do ranking por *gradiente* de importância, de acordo com a escala Likert de 1 a 5.

Ranking de 14 itens	Sem Importância	Pouco Importante	Razoavelmente Importante	Importante	Muito Importante
Melhorar o bem-estar emocional	0	0	1	5	24
Melhorar a capacidade de realizar exercícios físicos	1	0	3	3	23
Melhorar o relacionamento íntimo com o(a) companheiro(a)	4	3	7	4	12
Reduzir o tamanho das roupas	0	1	4	5	20
Melhorar a fertilidade	25	0	0	1	4
Melhorar a vida social (por ex., encontro com amigos, ir a festas)	2	3	7	6	12
Diminuir dores	2	1	1	0	26
Melhorar o controle do diabetes, hipertensão, distúrbio do sono etc.	3	2	3	2	20
Diminuir o uso de medicamentos	3	4	3	1	19
Melhorar a oportunidade de conseguir um emprego	7	4	1	5	13
Melhorar o desempenho no trabalho	3	2	5	4	16
Perder peso	0	0	1	1	28
Melhorar a autoestima	0	1	3	2	24
Aumentar os anos de vida	0	0	0	1	29

O coeficiente de correlação de Pearson ou coeficiente de correlação intraclasse (ICC) foi calculada para as pontuações gerais do estudo piloto e reteste (2^a. aplicação), ou seja, intra observadores. O resultado da Correlação de Person indicou uma confiabilidade boa no teste-reteste com ICC=0,95 com valor de $p < 0.001$ contra a hipótese de nulidade. Apresentado na Figura 2, interpreta-se que há uma forte relação linear entre as variáveis.

Figura 2 – Correlação de Pearson ou Correlação intraclasse (ICC) entre o estudo piloto e o reteste



6.4 FASE DE VALIDAÇÃO

Após o estudo piloto, tendo sido demonstrados os resultados de consistência interna, estabilidade e aplicabilidade da versão 12 em português e adaptada, seguimos as recomendações dos referenciais teóricos de estudos de validação de instrumentos psicométricos³⁴⁻³⁷, foi realizada a coleta de dados deste estudo de validação, no período de 26/02/2021 a 14/01/2022. O trabalho de campo teve a duração de aproximadamente 11 meses, sendo interrompido

por alguns meses devido ao fechamento do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia do HC-FMUSP, em observância aos protocolos sanitários de combate à pandemia da Covid 19.

Durante o trabalho de campo 161 participantes responderam à versão adaptada em português do EOAQ-EST, indivíduos de 23 a 66 anos de idade, média de 46 anos e desvio padrão 10,3 (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo de validação

Variáveis das Partes 1 e 2	Média (Desvio-padrão)
Idade (anos)	46,37 (10,3)
Altura (m)	1,65 (0,1)
Peso (kg)	129,80 (25,8)
IMC (kg/m²)	48,29 (8,2)
Figura 1A (imagem corporal antes da cirurgia)	10,42 (1,7)
Figura 1B (imagem corporal depois da cirurgia)	5,15 (1,5)
Quantos quilos quer perder	48,82 (17,2)
Qual peso que quer ter	71,77 (11,9)

IMC= Índice de massa corporal

n = 161

6.4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Dos 161 participantes do estudo de validação apresentados nas tabelas 8 e 9, 85% pertenciam ao sexo feminino e 15% pertenciam ao sexo masculino; a média de IMC foi 48 kg/m² e desvio padrão 8,26; médio de peso foi 129,8 kg e desvio padrão de 25,8; 44,72% dos participantes concluíram o ensino médio e 26% concluíram o ensino fundamental; 40,99% dos participantes são portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 e realizam tratamento; 35,40% dos participantes iniciaram o ganho de peso na faixa etária de 21 a 30 anos de idade.

Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo de validação: variáveis categóricas

Variáveis categóricas	n = 161 (%)
Sexo	
Feminino	137(85%)
Masculino	24(15%)
Ocupação	
Trabalha atualmente	89(55%)
Desempregado	19 (12%)
Do lar	35(21,7%)
Aposentado	12(7,4%)
Licença médica	6(3,7%)
Situação Conjugal	
Solteiro(a)	50(31%)
Casado(a)	72(45%)
União estável	10(6,2%)
Separado(a)	2(1,2%)
Divorciado(a)	13(8%)
Viúvo(a)	14(8,7%)
Nível de escolaridade (grau)	
Ensino Fundamental	42(26%)
Ensino Médio	72(44,7%)
Ensino Superior	39(24,3%)
Ensino Técnico	8(5%)
Tabagismo	
É fumante	8(5%)
Não fuma, ex-fumante	39(24%)
Nunca fumou	114(71%)
Bebida alcoólica	
Não ingere	106(66%)
Ingere socialmente	54(33,5%)
Ingere de 2 a 4 vezes por semana	1(0,6%)
Ingere todos os dias	0(0,0%)

Tabela 9 – Caracterização das comorbidades dos participantes do estudo de validação

Diabetes mellitus	N = 161	Tratamento Diabetes mellitus	66 (41%)
Sim	66 (41%)	Comprimido	46 (69,7%)
Não	95 (59%)	Comprimido e insulina injetável	20 (30,3%)
Pressão Alta	N = 161	Tratamento Pressão Alta	114 (70,8%)
Sim	114 (70,8%)	Medicamentos para pressão alta	114 (100%)
Não	47 (29%)	Não sabe	47 (29%)
Colesterol e Triglicérides Alto	N = 161	Tratamento Colesteróis altos	51 (31,7%)
Sim	51 (31,7%)	Medicamento para Colesterol e Triglicérides	47 (92%)
Não	110 (68,3%)	Não faz nenhum tratamento	4 (7,8%)
Apneia do Sono	N = 161	Tratamento Apneia do Sono	56 (34,78%)
Sim	56 (34,8%)	Usa máscara de CPAP	7 (11%)
Não	105 (65,2%)	Não faz nenhum tratamento	49 (89%)
Distúrbio do Sono	N = 161	Tratamento Distúrbio do Sono	62 (38,51%)
Sim	62 (38,5%)	Medicamento para dormir	13 (21%)
Não	99 (61,5%)	Não faz nenhum tratamento	49 (79%)
Doença Cardíaca	N = 161	Tratamento Doença Cardíaca	15 (9,32%)
Sim	15 (9,3%)	Medicamento para coração	14 (93%)
Não	146 (90,7%)	Não faz nenhum tratamento	1 (6,7%)
Depressão	N = 161	Tratamento Depressão	27 (16,77%)
Sim	27 (16,7%)	Medicamento para depressão	18 (69,2%)
Não	134 (83,2%)	Não faz nenhum tratamento	9 (31%)
Ansiedade	N = 161	Tratamento Ansiedade	63 (39,13%)
Sim	63 (39%)	Medicamento para ansiedade	31 (49%)
Não	98 (61%)	Não faz nenhum tratamento	32 (60%)
Dor nos joelhos	N = 161	Tratamento dor nos joelhos	110 (68,32%)
Sim	110 (68,3%)	Medicamento/Fisioterapia	42 (38%)
Não	51 (31,7%)	Não faz nenhum tratamento	68 (62%)
Dor nos tornozelos	N = 161	Tratamento dor nos tornozelos	66 (41%)
Sim	66 (41%)	Medicamento	8 (12%)
Não	95 (59%)	Não faz nenhum tratamento	58 (88%)
Dor na planta e dedos dos pés	N = 161	Tratamento dores nos pés	61 (37,89%)
Sim	61 (38%)	Medicamento	2 (3%)
Não	100 (62%)	Não faz nenhum tratamento	59(97%)
Dificuldades de caminhar	N = 161	Acessório de marcha	34 (21,12%)
Sim	34 (21%)	Sim	9 (27%)
Não	127 (79%)	Não	25 (73%)

Dor no quadril	N = 161	Tratamento dor no quadril	62 (38,51%)
Sim	62 (38,5%)	Medicamento	11 (18%)
Não	99 (61,5%)	Não faz nenhum tratamento	51 (32%)

Dor na coluna	N = 161	Tratamento dor na coluna	85 (52,80%)
Sim	85 (52,8%)	Medicamento	29 (35%)
Não	76 (47,2%)	Não faz nenhum tratamento	54 (65%)

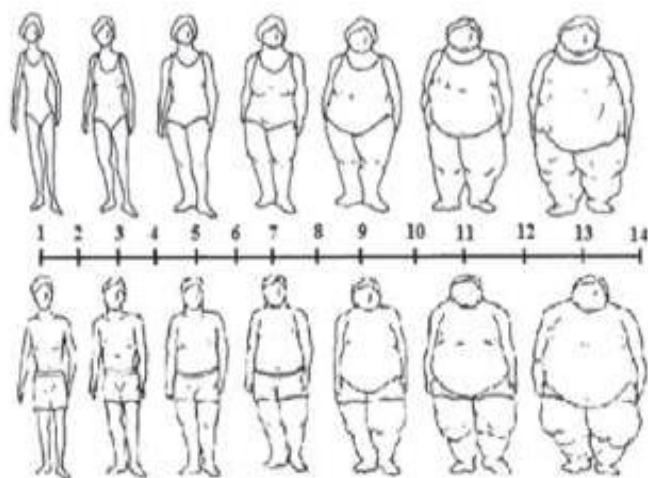
Algum tipo de câncer	N = 161	Em tratamento oncológico	8 (4,97%)
Sim	8 (5%)	Sim	8 (5%)
Não	153 (95%)		

Infertilidade	N = 161	Síndrome do ovário policístico	161 (100%)
Sim	9 (6%)	Sim	13 (8,6%)
Não	76 (47%)	Não	72 (45%)
Não se aplica	76 (47%)	Não se aplica	76 (47%)

Quando houve o ganho de peso excessivo	N = 161
2 a 10 anos	38 (24%)
11 a 20 anos	41 (25%)
21 a 30 anos	57 (34%)
31 a 40 anos	20 (12%)
41 a 50 anos	5 (3%)
51 a 60 anos	0 (0,0%)
Acima de 60 anos	0 (0,0%)

Em relação às respostas das questões da Parte 2 do questionário EOAQ-EST, foram apresentadas as silhuetas humana de Stunkard²⁹ ordenadas de 1 a 14 (Figura 3) para o participante escolher a silhueta que o representasse na imagem corporal, antes e depois da cirurgia. A maioria dos participantes escolheram as silhuetas 9, 10 e 13 os representando no antes da cirurgia (Figura 4). As silhuetas escolhidas por estes indivíduos, apresentavam características da imagem corporal de obesidade. A silhueta de número 5, que corresponde a uma imagem corporal magra, foi a mais escolhida pelos participantes para os representar no depois da cirurgia, observando-se, portanto, que a imagem corporal desejada ou esperada requer considerável redução de peso após a cirurgia bariátrica.

Figura 3 – Silhueta humana de Stunkard²⁹



O gráfico de dispersão na Figura 5 mostra as respostas dos participantes em peso. Para a maioria dos participantes, vê a si mesmo com o peso atual na faixa 120 e 160 quilos, e espera alcançar com a realização da cirurgia o peso na faixa de 60 a 80 quilos. A correlação foi positiva, interpretando-se que quanto maior o peso atual, menor é o peso desejado a ser alcançado no pós-operatório.

Figura 4 – Respostas da Parte 2 do EOAQ-EST com as figuras 1A e 1B – silhueta humana

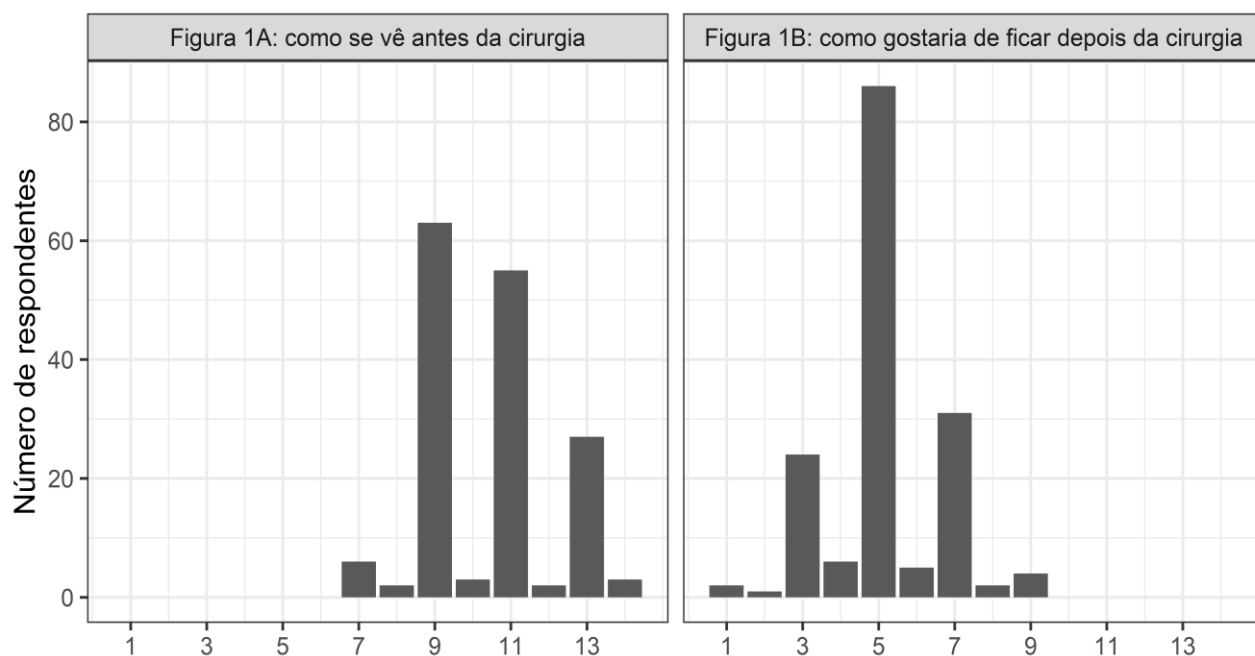
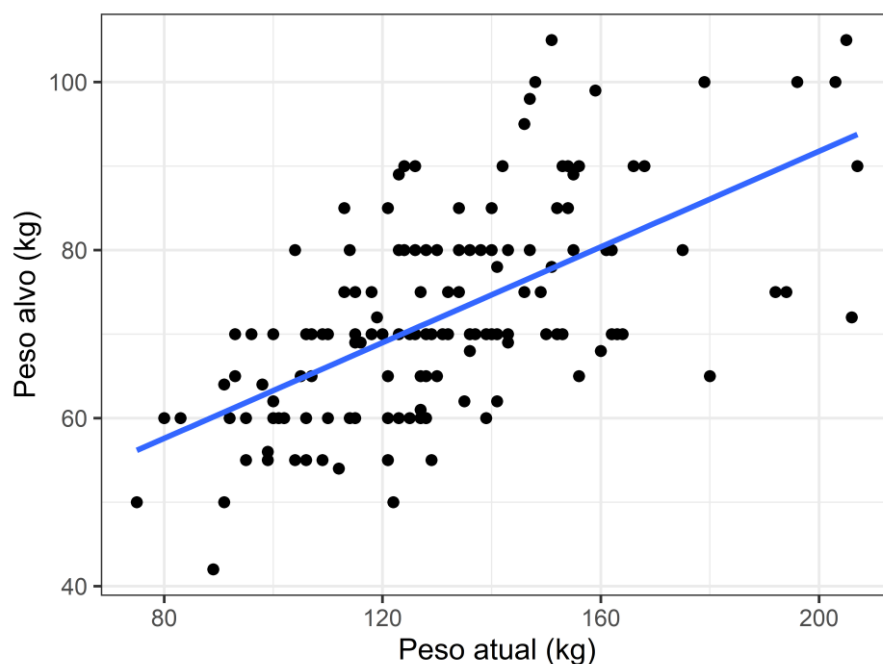


Figura 5 – Correlação entre as respostas da Parte 2 sobre peso atual e o peso de deseja alcançar



6.5 ANÁLISES PARA VALIDAÇÃO

Foram realizadas as análises de consistência interna novamente do ranking de 14 itens da Parte 3A do questionário EOAQ-EST. O resultado do coeficiente alfa de Cronbach⁴⁰ foi de 0,721 indicando alta confiabilidade, sendo o intervalo de confiança de 95% (de 0,662 a 0,780).

A estratégia estatística de análise da consistência interna também foi repetida, ao retirar cada item da escala e calcular o coeficiente alfa de Cronbach (alfa item-total). A correlação item-total nas análises do coeficiente alfa é mostrado na tabela 10. O item 5, quando retirado, aumenta o coeficiente alfa, resultado esse observado no estudo piloto.

Tabela 10 – Demonstração da correlação item-total do ranking: coeficiente alfa excluindo o item

Coeficiente alfa de Cronbach 0,721	Correlação do item-total	alfa excluindo o item
Item 1	0,568	0,678
Item 2	0,323	0,714
Item 3	0,369	0,704
Item 4	0,349	0,704
Item 5	0,089	0,728
Item 6	0,545	0,673
Item 7	0,220	0,717
Item 8	0,357	0,709
Item 9	0,367	0,702
Item 10	0,318	0,717
Item 11	0,306	0,711
Item 12	0,447	0,706
Item 13	0,487	0,688
Item 14	0,121	0,723

n = 161

O ranking de 14 itens, representa os motivos que levam à decisão de realizar a cirurgia bariátrica. Na Figura 6, observam-se as respostas de acordo com o gradiente crescente de importância de cada item. As respostas também estão apresentadas por percentual de cada resposta (Tabela 11), de acordo com o gradiente crescente de importância na escala Likert de 1 a 5.

Destaca-se que o item “Aumentar os anos de vida”, que obteve a maior parte das respostas, 95,7 % como um motivo muito importante na decisão de realizar a cirurgia bariátrica, seguido dos itens “Perder peso” com 91,3% e “Melhorar o controle da Diabetes, Hipertensão etc. “, com 90,7% das respostas como muito importante. Observa-se que o item “Melhorar a vida social” obteve respostas em todos os gradientes de importância e 38,7% das respostas como muito importante. Destaca-se que no item 5 da escala “*Melhorar a fertilidade*”, a maior parte das respostas considerou um motivo sem importância.

Figura 6 – Respostas de cada item da escala de 14 itens de acordo com o gradiente crescente de importância (de sem importância a muito importante).

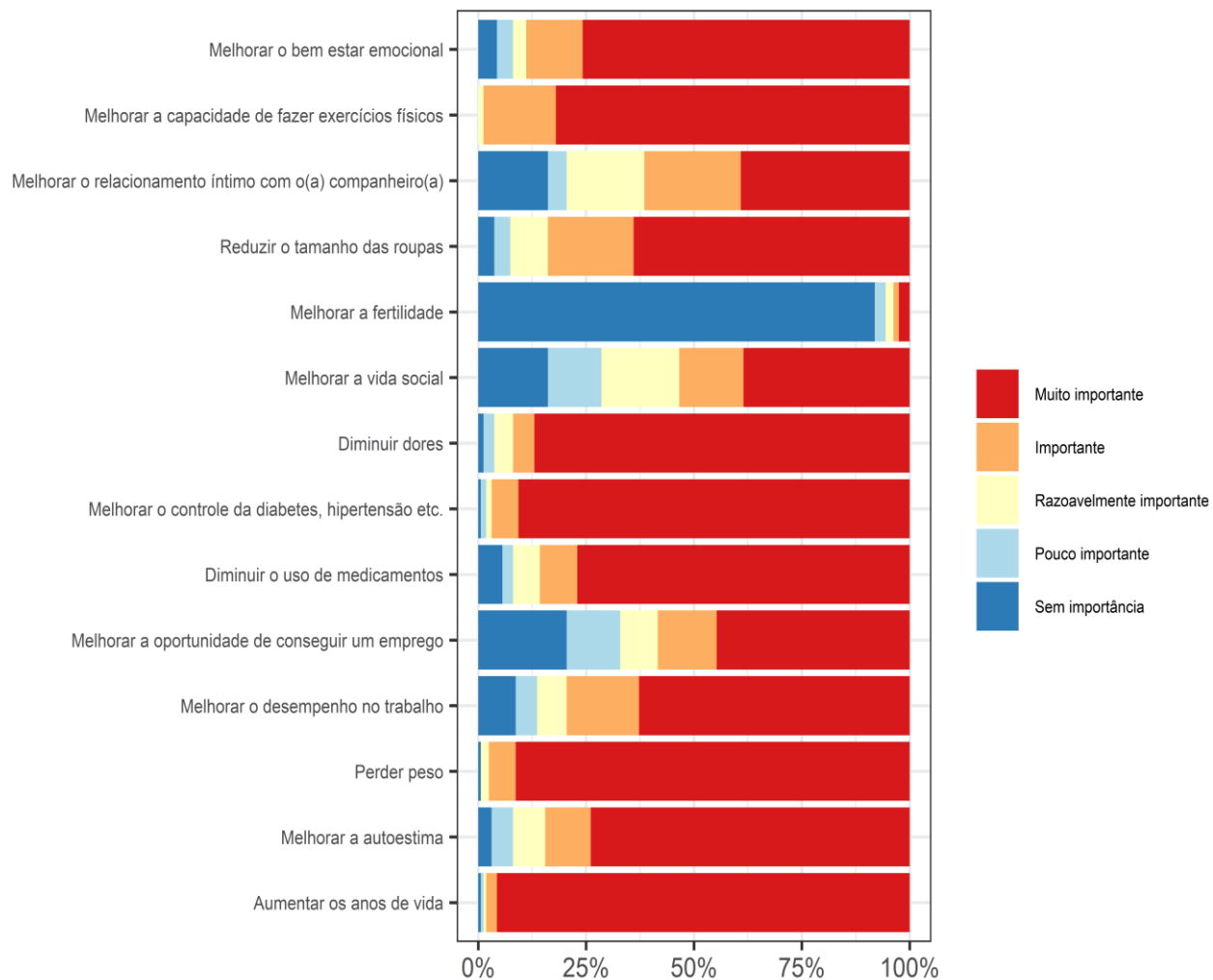


Tabela 11 – Distribuição das respostas por gradiente crescente de importância de cada item da Parte 3A da versão adaptada em português do EOAQ-EST

	1. Sem importância	2. Pouco importante	3. Razoavelmente importante	4. Importante	5. Muito importante
Item 1 - Melhorar o bem-estar emocional	4,3%	3,7%	3,1%	13,0%	75,8%
Item 2 - Melhorar a capacidade de fazer exercícios físicos	0,0%	0,0%	1,2%	16,8%	82,0%
Item 3 - Melhorar o relacionamento íntimo com o(a) companheiro (a)	16,1%	4,3%	18,0%	22,4%	39,1%
Item 4 - Reduzir o tamanho das roupas	3,7%	3,7%	8,7%	19,9%	64,0%
Item 5 - Melhorar a fertilidade	91,9%	2,5%	1,9%	1,2%	2,5%
Item 6 - Melhorar a vida social (por ex. encontro com amigos ir às festas)	16,1%	12,4%	18,0%	14,9%	38,5%
Item 7 - Diminuir dores	1,2%	2,5%	4,3%	5,0%	87,0%
Item 8 - Melhorar o controle do Diabetes, Hipertensão, Distúrbio do sono etc.	0,6%	1,2%	1,2%	6,2%	90,7%
Item 9 - Diminuir o uso de medicamentos	5,6%	2,5%	6,2%	8,7%	77,0%
Item 10 - Melhorar a oportunidade de conseguir um emprego	20,5%	12,4%	8,7%	13,7%	44,7%
Item 11 - Melhorar o desempenho no trabalho(profissional/doméstico)	8,7%	5,0%	6,8%	16,8%	62,7%
Item 12 - Perder peso	0,6%	0,0%	1,9%	6,2%	91,3%
Item 13 - Melhorar a autoestima	3,1%	5,0%	7,5%	10,6%	73,9%
Item 14 - Aumentar os anos de vida	0,6%	0,6%	0,6%	2,5%	95,7%

6.5.1 ANÁLISE DE ESTRUTURA FATORIAL

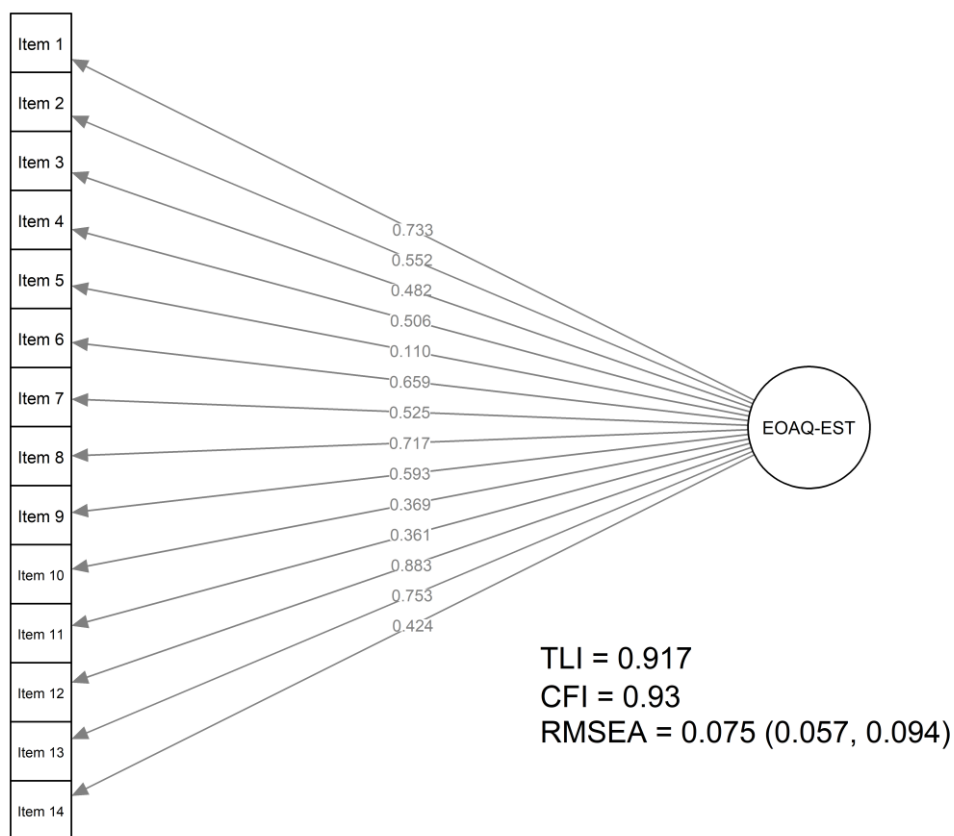
Para verificação da validade de construto estrutural, a técnica estatística mais utilizada é a análise fatorial. A análise fatorial fornece ferramentas para avaliar as correlações das variáveis, definindo os fatores, isto é, as variáveis que estão fortemente relacionadas entre si.

Os resultados das análises preliminares de consistência interna após o estudo piloto, mostraram que os 14 itens da escala, ou seja, que as variáveis da escala se agrupariam de forma satisfatória numa estrutura unifatorial. Por meio dessa correlação entre as variáveis observadas, supondo unidimensionalidade da estrutura de covariância dos dados, realizamos a análise da dimensionalidade do instrumento.

O modelo de análise da estrutura e das dimensões do instrumento, foi a análise de estrutura fatorial confirmatória, que, associada ao diagrama de caminhos, pode confirmar quão bem as variáveis analisadas representam o construto.

O diagrama de caminhos na Figura 7, representa o modelo fatorial de um único fator, mostrando a variável latente (construto).

Figura 7 – Diagrama de caminhos da correlação entre as variáveis (itens) com suas cargas fatoriais e os índices de ajuste de qualidade.



A análise fatorial confirmatória foi ajustada pelo método de mínimos quadrados diagonalmente ponderados (DWLS) sobre a matriz de correlação policórica dos itens. Os índices de qualidade de ajuste nessa análise foram o *Comparative Fit Index* (CFI) e o índice incremental utilizado foi o índice Tucker-Lewis Index (TLI). Como medida de erro do modelo, utilizamos o índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) ou Raíz do erro quadrado médio de aproximação.

No modelo SEM da análise fatorial confirmatória, para a validade de construto, observou-se os resultados dos índices CFI, TLI e RMSEA. Os valores apresentados na análise foram de 0,930 para o índice CFI; o valor de 0,917 para o índice TLI, indicam que o modelo está adequado, pois para esses índices, quanto maior são os valores melhor adequação. O teste de ajustamento aproximado do modelo aos dados, o índice RMSEA obteve o valor absoluto de 0,075 (tabela 12), sendo o valor p RMSEA de 0,15 contra a hipótese de nulidade, sendo o nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

Tabela 12 – Índices de ajuste de qualidade da análise fatorial confirmatória

	Itens	Índices		
		CFI	TLI	RMSEA
Valores apropriados		> 0,90	> 0,90	< 0,08
Ranking	14	0,930	0,917	0,075

CFI = *Comparative Fit Index*; TLI – *Tucker-Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*

Na Tabela 13, as cargas fatoriais de cada item e a correlação entre as variáveis, oferecem um parâmetro da covariância entre os fatores e as comunalidades. Observou-se que três itens apresentaram cargas fatoriais menores (item 5 = 0,110, item 10 = 0,369 e item 11 = 0,361). Para a análise de significância prática, na interpretação da correlação entre as variáveis, considera-se o tamanho da amostra, apresentando em análise de estrutura fatorial, uma unidimensionalidade na correlação entre as variáveis.

A correlação entre as variáveis medidas e o fator (construto) por meio das cargas fatoriais, que indicam qual percentual de variância pode ser explicada por um fator.

Tabela 13 – Demonstração das variáveis e as cargas fatoriais

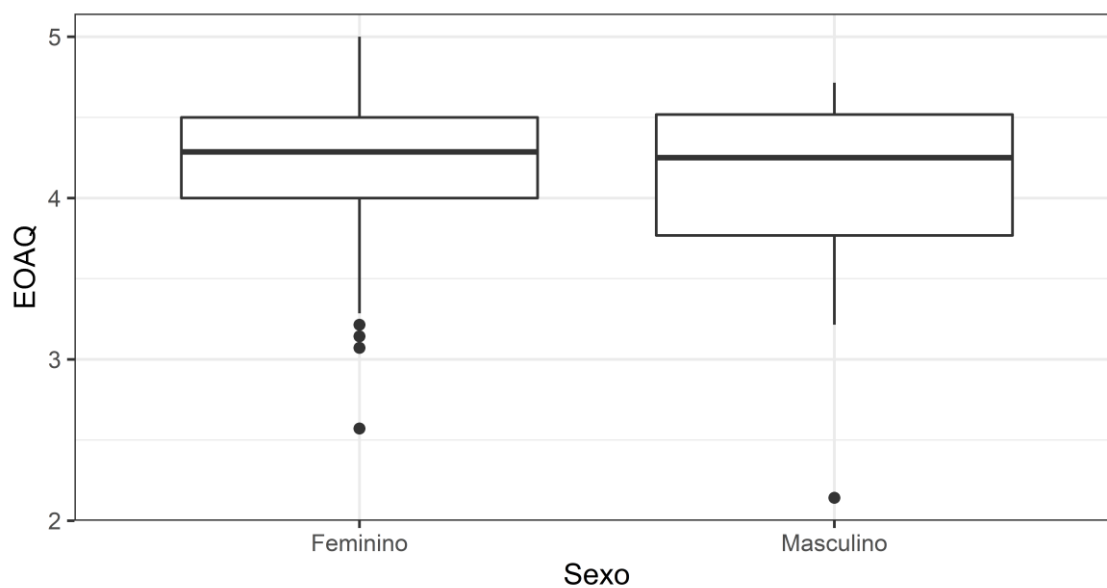
Variáveis	Carga fatorial	EP	z-value	valor-p	IC95 % inf.	IC95 % sup
EOAQ – parte 3A						
Item 1	0,733	0,051	14,468	< 0.001	0,634	0,832
Item 2	0,552	0,055	9,996	< 0.001	0,444	0,661
Item 3	0,482	0,050	9,669	< 0.001	0,384	0,580
Item 4	0,506	0,051	9,905	< 0.001	0,406	0,606
Item 5	0,110	0,080	1,385	0,166	-0,046	0,267
Item 6	0,659	0,047	13,958	< 0.001	0,566	0,751
Item 7	0,525	0,055	9,570	< 0.001	0,417	0,632
Item 8	0,717	0,056	12,777	< 0.001	0,607	0,827
Item 9	0,593	0,052	11,362	< 0.001	0,491	0,695
Item 10	0,369	0,050	7,348	< 0.001	0,271	0,468
Item 11	0,361	0,050	7,195	< 0.001	0,263	0,460
Item 12	0,883	0,057	15,551	< 0.001	0,772	0,994
Item 13	0,753	0,048	15,615	< 0.001	0,658	0,847
Item 14	0,424	0,048	8,868	< 0.001	0,330	0,518

Nota: EP = erro-padrão desta carga fatorial; z-value = estatística de teste definida como estimativa; valor-p contra a hipótese de que a carga fatorial seja zero; IC = intervalo de confiança; inf = inferior; sup = superior

6.5.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM SEXO E IDADE

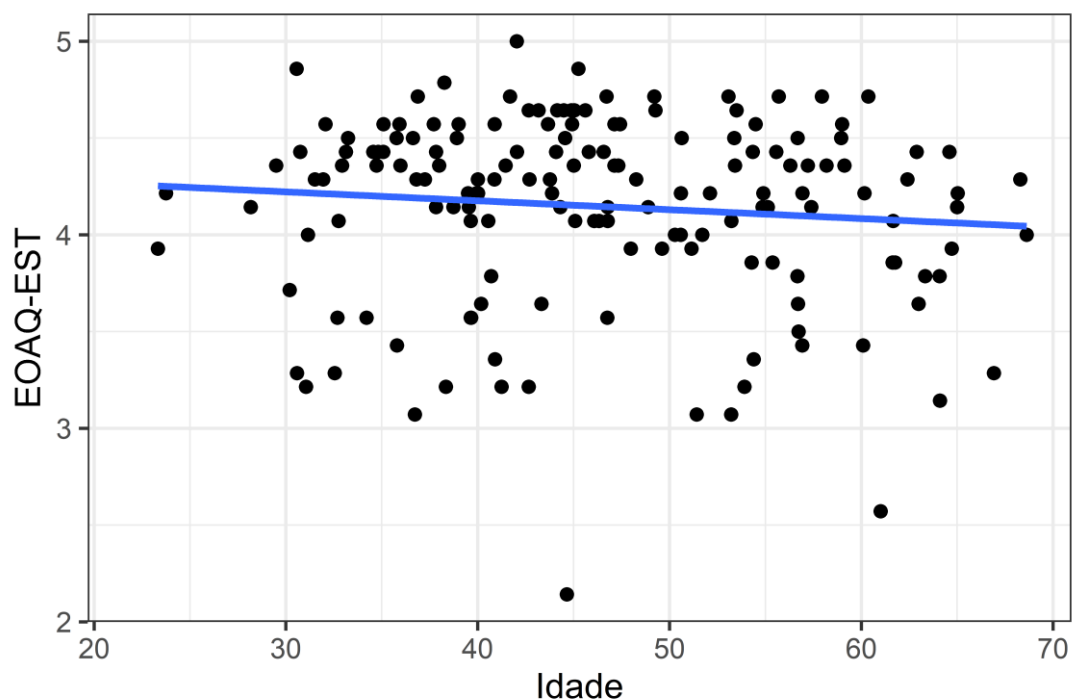
O teste Wilcoxon-Mann-Whitney foi utilizado para testar a ocorrência de diferença nos escores de acordo com o sexo feminino e masculino. Na comparação das respostas, a média dos itens no sexo feminino e masculino foram respectivamente 4,16 com desvio padrão de 0,46 e 4,07 com desvio padrão de 0,60, como observado no gráfico de caixas da Figura 8. É possível afirmar que não há evidência de diferença nos escores da escala entre homens e mulheres (valor $p = 0,794$).

Figura 8 – Comparação das respostas entre sexo feminino e masculino



Na Figura 9, a análise sobre a diferença por idade, por meio da Correlação de Pearson, mostrou em seus resultados o valor de correlação de - 0,098. Como observado no gráfico de dispersão, a correlação é ligeiramente negativa, indicando, portanto, não haver mudança nos escores de acordo com a idade. A variável idade não mostrou diferença em relação à média dos itens do EOAQ-EST.

Figura 9 – Correlação de Pearson sobre diferenças nas repostas por idade



7. DISCUSSÃO

Atualmente, o trabalho multiprofissional com portadores de obesidade candidatos à cirurgia bariátrica é complexo e intenso. Protocolos são criados por especialistas em serviços públicos e privados. Na avaliação em saúde mental, por exemplo, o protocolo atual contempla além das entrevistas, o uso das escalas de investigação de distúrbios mentais como depressão com a escala BDI-II do Inventário de Beck para Depressão; transtorno de compulsão alimentar com a Escala de Compulsão Alimentar Periódica – versão em português adaptada do *Binge Eating Scale*; Alcoolismo com a escala *Alcohol Use Disorder Identification Test* para consumo de bebida alcóolica, e distúrbio de imagem corporal com a escala *Body Shape Questionnaire*.

A crescente busca pelo tratamento cirúrgico da obesidade vem promovendo o desenvolvimento de abordagens e técnicas utilizadas pelas equipes de profissionais de saúde, que possam viabilizar um acompanhamento perioperatório cada vez melhor aos indivíduos portadores de obesidade. Porém, se faz importante considerar a característica heterogênea da população de portadores de obesidade, uma vez que se trata uma doença multifatorial. Estudos científicos de vários países do mundo, mostram a variabilidade dos resultados no pós-operatório de curto, médio e longo prazos da cirurgia bariátrica.

A gestão da espera pela cirurgia bariátrica, que são anos de espera pelo Sistema Único de Saúde, as estratégias de prevenção de intercorrências no pós-operatório imediato, para o alcance do peso ideal no pós-operatório em até 2 anos, o incentivo para mudança de estilo de vida com manutenção de hábitos saudáveis e a prevenção de reganho de peso, fazem parte de um grande investimento por parte dos pacientes, familiares, profissionais, pesquisadores dos serviços públicos e privados, que realizam o tratamento cirúrgico de obesidade, e não vem apresentando êxito na prevenção de reganho de peso ou da insatisfação com a imagem corporal no pós-operatório.

O trabalho interdepartamental com a equipe de cirurgia bariátrica do HC-FMUSP, contribuiu para a elaboração desta pesquisa, observando-se que um instrumento validado para avaliação de expectativas de resultado cirúrgico poderia representar aos profissionais de saúde um diferencial na abordagem ao paciente.

Neste estudo de validação, o processo de tradução do inglês para português do questionário EOAQ-EST, bem como sua adaptação para cultura brasileira, foi conduzido de forma minuciosa, por parte dos pesquisadores e pelo painel de especialistas, priorizando a clareza dos termos técnicos, a compreensibilidade dos itens do questionário, enquanto instrumento psicométrico, de modo a atingir a abrangência de população e de nível de instrução em sua aplicabilidade e reprodutibilidade. Salientando que, durante a

coleta de dados deste estudo, não foram observadas dificuldades de compreensão por parte dos respondentes, podendo-se considerar adequada a adaptação cultural da versão em português do EOAQ-EST.

Em comparação à versão original em inglês, a versão adaptada em português contemplou maiores detalhamentos sobre doenças crônicas associadas à obesidade, inserindo-se a doença cardíaca, a história de obesidade e a faixa etária que iniciou o ganho de peso. Esta última informação diz respeito à história da doença de cada paciente. Se, por exemplo, o paciente apresentava história de obesidade infantil, e estava na fila de espera para realizar a cirurgia após os 55 anos de idade, a expectativa de perda de peso com a cirurgia deve considerar essa composição corporal atual, com todos as sequelas osteomusculares do excesso de peso ao longo da vida.

Mediante os achados estatísticos deste estudo, no teste-reteste indicando estabilidade, a consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach⁴⁰) que apresentou índice satisfatório de 0,721 no estudo de validação, foi possível verificar que os itens da escala (fatores) estão interrelacionados de forma consistente ao medir o construto. Os resultados mostraram que o item 5 “Melhorar a fertilidade” foi o item da escala que ao ser excluído elevou o índice alfa de Cronbach para 0,728, sinalizando, assim, o quão específico é este item. Mulheres jovens portadoras de obesidade e com diagnóstico médico de ovário policístico, apresentam dificuldade em engravidar. Para esses casos a busca pela cirurgia bariátrica poder ter a expectativa de “Melhorar a fertilidade”. No entanto, estes casos fazem parte de uma pequena parcela no universo de candidatos à cirurgia bariátrica. Não sendo este item, portanto, adequado para a avaliar de expectativa de resultado cirúrgico.

Na análise fatorial confirmatória, os resultados mostraram a característica de unidimensionalidade do instrumento. Na interpretação das cargas fatoriais, as cargas maiores evidenciaram que os motivos “Perder peso”, “Melhorar a autoestima” e “Melhorar o bem-estar emocional” representam significativamente o construto (item 12 = 0,883, item 13 = 0,753 e item 1 = 0,733). Para os três itens

que apresentaram cargas fatoriais menores, ou seja, um índice menor de significância (item 5 = 0,110, item 10 = 0,369 e item 11 = 0,361), na interpretação das cargas fatoriais, leva-se em conta a intercorrelação entre os fatores e as variáveis, que foi satisfatória, em relação ao tamanho da amostra deste estudo. Respectivamente esses itens correspondem aos motivos “Melhorar a fertilidade”, “Melhorar a oportunidade de conseguir emprego” e “Melhorar o desempenho no trabalho”, são motivos associados ao momento de vida, à idade, sexo, e condição socioeconômica do paciente.

Com relação aos motivos que levam à decisão de realizar a cirurgia bariátrica, pode-se considerar que a escala possibilita ao paciente a ponderação sobre a decisão de submeter-se à cirurgia. Ao dizer o grau de importância para cada motivo, o paciente reflete sobre os aspectos que o levaram à perda da qualidade de vida, ao longo dos anos de obesidade. Por exemplo, a perda progressiva ou prejuízos na capacitação física, comprometendo a mobilidade, quando respondem ao item “Melhorar a capacidade de fazer exercícios físicos”. A renúncia por ter uma carreira profissional, expressada quando respondem ao item “melhorar a oportunidade de conseguir emprego”. Alguns se emocionaram, narrando vivências de discriminação no ambiente de trabalho, submetendo-se ao subemprego mesmo com formação superior. Essas variáveis interferem na decisão em realizar a cirurgia. O estudo de Jung et al⁴⁶ demonstrou em seus resultados a interferência das vivências traumáticas de discriminação e o estigma social ao longo da vida dos indivíduos portadores de obesidade. Existem consequências psicológicas mesmo após a perda de peso, independentemente do método de tratamento, prevalecendo a insatisfação com a imagem corporal⁴⁶.

Ao responder ao item “Perder peso” alguns expressam o desejo de perder rapidamente, e realizar seus objetivos da vida pessoal. Por meio do EOAQ-EST torna-se possível explicar ao paciente o processo de emagrecimento gradativo, e a importância de um planejamento de vida que contemple o processo de recuperação pós-cirúrgica e emagrecimento, como manejo preventivo de possível insatisfação com a imagem corporal. Graudrat et al⁴⁷ demonstrou em

um estudo prospectivo com grupos de 6 meses, 1 ano e 2 anos de pós-operatório, a insatisfação com a imagem corporal relacionada à perda peso ocorreu no grupo de 1 ano de pós-operatório, em comparação com os outros grupos.

Aos aspectos psicológicos, salienta-se que os mecanismos de defesa de negação podem atrapalhar a elaboração do paciente no pré-operatório. Crenças irreais ou distorções sobre a cirurgia, quando não esclarecidas, podem levar a metas equivocadas ou impedir a compreensão sobre as informações médicas importantes, como risco cirúrgico e risco de intercorrências clínicas no pós-operatório imediato. A segurança do paciente pode estar em jogo. Um estudo de Coblijn et al⁴⁸ em 2018, com 356 participantes demonstrou que apenas 22% preferiram ter informações detalhadas sobre risco de complicações no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Na Parte 2 do questionário, a abordagem cognitiva/concreta, o paciente é convidado a refletir sobre suas informações acerca do número de quilos que é possível perder com a cirurgia, e sobre o peso desejado pelo paciente. Nesse item, é possível verificar se há distorções sobre o que é real ou imaginário, o chamado “pensamento mágico” acreditando que perderá elevado número de quilos. Diante da questão, alguns pacientes verbalizaram” *eu gostaria de ter o peso que tinha aos 20 anos*”.

Adicionalmente, destacamos que os estudos recentes sobre as expectativas em relação à cirurgia bariátrica¹²⁻²⁷ foram investigações qualitativas, utilizando escalas de avaliação de saúde mental. Não foram encontrados estudos publicados com o objetivo de validar um instrumento para avaliação de expectativas da cirurgia bariátrica. Mas observa-se que a temática “expectativa” não é estudada somente neste contexto. Alberts et al⁴⁹, realizaram um estudo de revisão de escalas sobre expectativas dos pacientes frente aos tratamentos médicos em geral. Não encontraram nenhuma escala específica para investigar expectativas. Então esses pesquisadores criaram o questionário multidimensional (TEXT-Q), com o objetivo de ajudar no esclarecimento de dúvidas frente procedimentos cirúrgicos e no tratamento clínico prolongado, para

prevenir insatisfação e/ou possíveis transtornos no seguimento do tratamento. Os estudos apresentados nesta discussão, validam o direcionamento dado ao presente estudo de validação de instrumento psicométrico de avaliação das expectativas de resultado na cirurgia bariátrica, que certamente contribuirá na avaliação médica e multiprofissional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

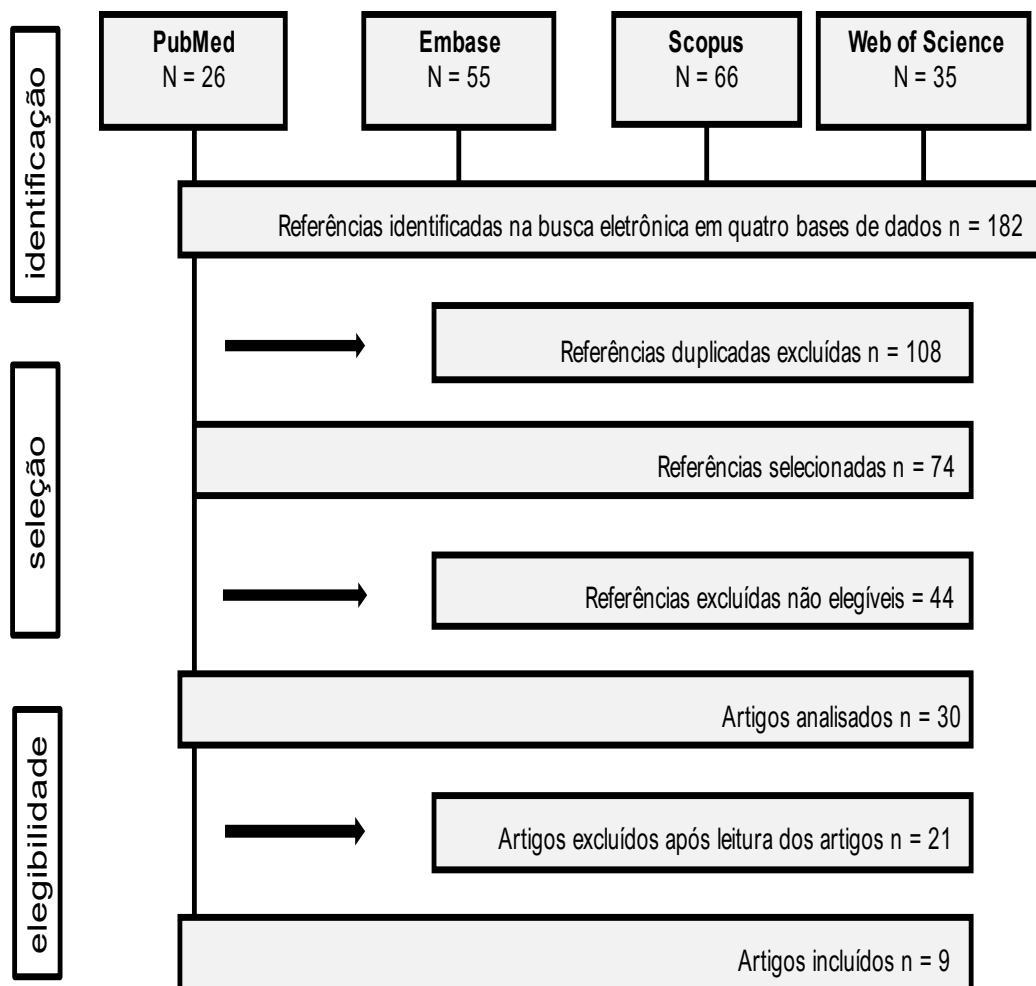
Nossos resultados demonstraram que a versão em português adaptada do questionário EOAQ-EST apresentou adequação no processo de adaptação cultural do instrumento, por meio da verificação das validades de face e de conteúdo. A estabilidade do instrumento foi testada e indicou adequada aplicabilidade. Um importante aspecto para validade de construto, a consistência interna do instrumento foi satisfatória, em duas fases deste estudo, e a análise fatorial numa estrutura unidimensional, indicando medir o construto “expectativa”. Considera-se, portanto, a versão adaptada para o português do EOAQ-EST um instrumento aplicável na população de indivíduos portadores de obesidade, candidatos à cirurgia bariátrica, para auxiliar ao profissional de saúde no pré-operatório, a alinhar metas e expectativa de resultado, promover que no pós-operatório o paciente alcance satisfação com a redução de peso e prevenindo o reganho de peso.

Contudo, vale salientar, que representa uma limitação deste estudo não haver instrumento “padrão ouro”, inviabilizando uma análise comparativa de instrumentos de medida de um mesmo construto, o que representaria a validade de critério, que estaria corroborando para validade de construto. Sugerimos novos estudos longitudinais e prospectivos, com outras populações e multicêntricos, utilizando a versão em português adaptada do EOAQ-EST.

Concluo minha dissertação, com um diálogo entre o rigor metodológico perseguido por este estudo de validação, os resultados obtidos de confiabilidade, o processo de adaptação cultural do instrumento e suas validades, dialogando com a validade clínica. O conceito de validade clínica se refere a um conjunto de informações relativas aos procedimentos e instrumentos utilizados⁵⁰. No percurso do trabalho de campo, o questionário EOAQ-EST traduzido e adaptado, mostrou aspectos positivos durante a abordagem ao paciente. As informações obtidas possibilitaram o entendimento do momento de vida do paciente, de suas dificuldades em relação obesidade e em relação à cirurgia. Mesmo concentrada na pesquisa, na objetividade durante a aplicação do instrumento, sem interferências, observei que para além da coleta de dados, ao responder as questões, os pacientes refletiram sobre suas circunstâncias de vida enquanto um portador de obesidade, ocorrendo o que denominamos processo de conscientização, e considera-se, portanto, que ocorreu intervenção clínica. O breve relato a seguir, ilustra essa intervenção, onde uma das participantes, candidata à cirurgia, casada, duas filhas adolescentes, aguardando há 5 anos na fila de espera da cirurgia bariátrica, quando ela e seu marido foram acometidos por Covid 19 em 2021 e ambos foram hospitalizados em unidade de terapia intensiva por 40 dias. O marido da paciente veio a falecer, e ela se recuperou. Ao responder ao questionário, a paciente pôde ressignificar as suas metas de vida e para cirurgia bariátrica, e verbalizou ao final ...” Dra, sinceramente não me cuidava, exercício físico nem pensar, nunca me cuidei. Eu confesso que não estava fazendo reeducação alimentar, achei que a cirurgia fosse resolver tudo para mim. Mas depois do que passei na UTI, depois de ter perdido meu marido, não consigo fazer nada, preciso voltar a trabalhar, preciso cuidar das minhas duas filhas, elas dependem de mim, agora sou viúva e preciso viver. A cirurgia não é uma mágica, eu preciso me ajudar, fazer a minha parte, o esforço será grande. A cirurgia bariátrica é uma ajuda importante” ... (sic).

9. ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II - Quadro resumo da revisão da literatura científica sobre estudos de expectativas da cirurgia bariátrica

Autor/ Periódico/ Ano	Tipo de Estudo	Local do Estudo	Título do Artigo	Amostra (N)	Objetivos do estudo	Resultados
<p>Conceição et al</p> <p>Surgery for obesity and related diseases</p> <p>2020</p>	<p>Transversal, observacional e longitudinal</p>	<p>Portugal Univerdade de Minho, Braga</p>	<p>Weight loss expectations and weight loss after surgery: the mediating role of body image and weight concerns</p>	<p>N = 64 pacientes Todas do sexo feminino candidatas à cirurgia bariátrica.</p>	<p>Objetivo: examinar as expectativas de perda de peso pré-operatória e sua associação com perda de peso, imagem corporal, comportamento alimentar e sintomas depressivos. Responderam no pré-operatório e 2 anos após a cirurgia: Eating Disorder Examination Questionnaire, Beck Depression Inventory, and Body Shape Questionnaire.</p>	<p>A maioria dos participantes (81,1%) não atingiu o peso desejado; 10 (13,5%) perderam mais peso do que o esperado; apenas 4 (5,4%) atingiram o peso desejado.</p> <p>Maiores escores foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ insatisfação com a imagem corporal; ❖ Compulsão alimentar após a cirurgia; ❖ Não identificado insatisfação com imagem corporal no pré-operatório; ❖ Os mediadores de discrepância de expectativas com o resultado, foi associada à insatisfação com a imagem corporal, e preocupação intensa com o peso.

<p>Cohn et al</p> <p>Obesity Reviews</p> <p>2019</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Austrália University of Technology of Sidney</p>	<p>Patient motivations and expectations prior to bariatric surgery: A qualitative systematic review</p>	<p>1- Pesquisas foram conduzidas em abril de 2018 nas bases de dados: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, SCOPUS, PubMed, Cochrane Library, and Web of Science.</p> <p>2- As estratégias de busca foram termos cirurgia bariátrica. Seleção por abstrats dos estudos, e dos artigos identificados com potencial relevância.</p> <p>3- Foram identificados 1093 estudo. Seleccionados 28 estudos de acordo com o critério de inclusão.</p>	<p>A partir de uma melhor compreensão e entendimento sobre as motivações e expectativas na preparação para a cirurgia bariátrica, para gerar insights que podem informar uma prática clínica avançada e pesquisas futuras.</p>	<p>Alguns estudos dessa revisão identificaram uma discrepância entre as expectativas dos profissionais de saúde e as dos pacientes</p> <p>Autores discutem a importância da abordagem pré-operatória para compreender o comportamento alimentar do paciente, a influência da família, o contexto social e as adversidades no momento de decisão pela cirurgia.</p>
<p>Pearl et al</p> <p><i>Elsevier Surgery for Obesity and Related Diseases</i></p> <p>2019</p>	<p>Transversal, observacional e descritivo</p>	<p>EUA University-based <i>Hospital Clinic Philadelphia</i></p>	<p>Health and appearance: Factors motivating the decision to seek bariatric surgery</p>	<p>N: 208 pacientes 163 mulheres 45 homens</p> <p>Idade: média de 42 anos de idade</p> <p>IMC: média de 46 kg/m²</p>	<p>1 - Fatores motivacionais para buscar a cirurgia bariátrica.</p> <p>2 - Questionário psicossocial respondido e Avaliação por um profissional psicólogo</p>	<p>Pacientes reportaram as principais razões para realizar a cirurgia: o aumento da saúde física e longividade. Referiram elevada insatisfação com o corpo. Desejo de mudar a aparência severamente de certas partes do corpo, incluindo estômago e coxas.</p> <p>A decisão foi influenciada pelos profissionais de saúde e família.</p>

<p>Hult, et al</p> <p><i>Obesity Surgery</i></p> <p>2019</p>	<p>Transversal, observacional e descritivo</p>	<p>Suécia Ersta Hospital situado em Stockholm</p>	<p>Women's Satisfaction with and Reasons to Seek Bariatric Surgery—a Prospective Study in Sweden with 1-Year Follow-up</p>	<p>N: 50 pacientes 50 mulheres com média de idade de 37 anos de idade IMC no pré-operatório em média 40,9 kg/m²</p>	<p>1 – Mulheres com IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥35 kg/m² com comorbidades.</p> <p>2 – Pacientes avaliadas entre Janeiro de 2012 e Janeiro de 2013, pacientes candidatas à laparoscopia Roux-en-Y gastric bypass (LRYGB).</p> <p>3 – As pacientes responderam 2 questionários no pré-operatório (SF-36 qualidade de vida e um questionário de investigação das expectativas sobre a perda de peso no pós-operatório)</p>	<p>Primeira razão em buscar a cirurgia bariátrica foi a perda de peso.</p> <p>A despeito da importância de perder peso, elevar auto-estima foi o item mais relevante para maior satisfação no pós-operatório.</p> <p>Os pesquisadores do estudo acreditam que a população do estudo era muito jovem, talvez poderia ser esta a limitação deste estudo.</p>
<p>Opozda et al.</p> <p><i>Eating behaviour change clinical obesity</i></p> <p>2018</p>	<p>Transversal, observacional e descritivo</p>	<p>Australia <i>University of Adelaide</i></p>	<p>Patients expectations and experiences of eating behaviour change after bariatric procedures</p>	<p>N: 206 pacientes 187 mulheres 19 homens Média de idade de 46 anos de idade 45,7 IMC no pré-operatório média de 46,9 kg/m²</p>	<p>1 - Investigação sobre a mudança do comportamento alimentar após a cirurgia bariátrica.</p> <p>2 - Paciente que realizaram os procedimentos cirúrgicos RYGB, AGB e VSG</p>	<p>Estudo apresentou os medos dos pacientes. A luta diária no pós-operatório, contra o retorno dos comportamentos alimentares negativos. Impacto emocional dessa experiência com a alimentação. Sugerir estudos futuros para entender melhor as diferenças nas expectativas e as</p>

					3 – Investigado o conteúdo e frequência no pré-operatório, quais as expectativas de como ele comeriam no pós-operatório, e teriam um mudança de comportamento.	experiências alimentares dos pacientes.
Homer et al <i>BMJ Open</i> 2016	Transversal, observacional e descritivo	Reino Unido Hospital de Base no Norte da Inglaterra	Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study	N: 18 pacientes 14 mulheres 4 homens Idade: entre 30 e 61 anos de idade IMC: 40 kg/m ² ou mais e IMC: 35 kg/m ² a 40 kg/m ² com presença de comorbidades	1 - Verificar estilo de vida da pessoa portadora de obesidade; 2 - Tomada de decisão, cirurgia; 3 - Preparação para cirurgia; 4 - Expectativas de como a vida mudará após a cirurgia	Os achados do estudo revelaram que as expectativas dos pacientes influenciaram o gerenciamento da preparação para cirurgia. Expectativas não realista frente aos resultados da cirurgia. Pacientes manifestaram sentimentos de vergonha e estigmatização social perante os profissionais de saúde.

<p>Wee et al. <i>JAMA Surg.</i> 2015</p>	<p>Restrospectivo</p>	<p>EUA Centros Médicos Acadêmicos em Boston, MA</p>	<p>Expectations for Weight Loss and Willingness to Accept Risk Among Patients Seeking Weight Loss Surgery</p>	<p>N: 654 pacientes Julho 2008 a Março 2010 Sexo: NR Idade: de 18 a 65 anos de idade.</p>	<p>1 – Pacientes avaliados que foram submetidos à cirurgia bariátrica para perda de peso. 2 – Entrevistas de toda a amostra foi realizada por contato telefônico com duração de 1 hora, com monitoramento em tempo real para assegurar a aderência ao protocolo de estudo. 3 – O IMC calculado por peso relatado por cada paciente. 4 – O estudo demonstrou que os candidatos à cirurgia bariátrica entendem os benefícios, mas eles tem expectativas irrealistas sobre a perda de peso.</p>	<p>Elevada expectativa resulta em insatisfação tardia dos pacientes. Mesmo para os pacientes que alcançam a perda de peso no pós-operatório, a perda esperada como bem-sucedida. As mulheres avaliadas foram mais propensas à elevadas expectativas do que os homens, mas os homens foram menos propensos a aceitar o elevado risco de mortalidade.</p>
---	-----------------------	---	--	---	---	--

<p>Jabbour et al</p> <p><i>Obesity Surgery</i></p> <p>2021</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Qatar Qatar University, Doha</p>	<p>Bariatric Surgery in Adults with Obesity: the Impact on Performance, Metabolism, and Health Indices</p>	<p>Pesquisa nas bases de dados PubMed, ISI Web of Knowledge, Web of Science, and SPORTDiscus.</p> <p>Parâmetros seguidos: Population Adults with severe obesity Intervention Bariatric surgery (purely gastric restrictive and gastric bypass with intestinal transposition) Comparator Pre-surgery versus post-surgery Outcomes Body composition, weight loss, physical capacity and performance, physical activity level, cardiorespiratory fitness, energy expenditure, metabolic parameters, substrate use, autonomic nervous system modulation Study design Retrospective, randomized control trial, and prospective studies</p>	<p>Esta revisão sistemática resume as evidências atuais sobre o impacto da cirurgia bariátrica no desempenho físico, metabólico, e índices de saúde em adultos com obesidade.</p>	<p>Estudos demonstraram que é possível alcançar melhorias no pós-operatório de curto e/ou médio prazo. Sugere-se nesta revisão um acompanhamento multidisciplinar de longo prazo. Recomendado abordagem aos candidatos sobre a compreensão da cirurgia, expectativas, como fatores de influência no desfecho da cirurgia bariátrica.</p>
---	----------------------------	---	---	---	---	--

<p>van Rijswijk et al</p> <p>Surgery for obesity and related diseases</p> <p>2021</p>	<p>Transversal. observacional</p>	<p>Department of Surgery, Amsterdand Hospital, Netherlands</p>	<p>Outcome expectation and risk tolerance in patients seeking bariatric surgery</p>	<p>N= 200 participantes Sexo feminino: 156 (78%) Sexo masculino: 44 (22%) Média de idade 45,1 anos Média IMC de 42,3 kg/m².</p>	<p>Examinar as expectativas de perda de peso do paciente, e a aceitação da morbidade e risco de mortalidade, após bypass gástrico em Y de Roux laparoscópico.</p>	<p>Pacientes que procuram cirurgia bariátrica e metabólica parecem têm metas irreais de perda de peso e estão dispostos a aceitar riscos substanciais para atingir esses objetivos.</p>
--	-----------------------------------	--	--	--	---	---

ANEXO III

Part 1

Date and place: _____

Initials: __ . __ (Surname . Name)

Height: _____ cm Weight: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Age: _____ years

Occupation _____

Currently working yes no
 sick leave pension unemployed

Relationship single married/partner
 Children yes no
 Smoking yes no

Education university education (Bachelor, Master, PhD,...)
 vocational school
 school
 other _____

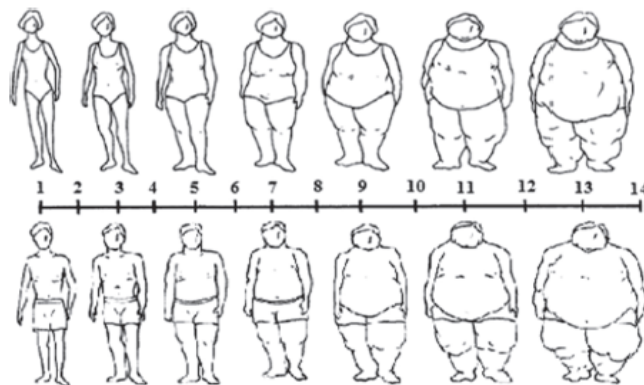
Co-morbidities

<input type="checkbox"/> diabetes	Diabetes medication	<input type="checkbox"/> tablets	<input type="checkbox"/> insulin	
<input type="checkbox"/> high blood pressure	Medication	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> high cholesterol	Medication	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> not known
<input type="checkbox"/> sleep apnea	CPAP-mask	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> depression	Medication	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> joint pain	Medication	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> infertility or polycystic ovarian syndrome		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> not known

Other: _____

Part 2

1. Please mark above the numbered line where you consider yourself to be before surgery and below the numbered line where you expect to be after surgery ⁴⁵.



2. How many kilograms do you expect to lose after surgery? _____ kg

3. Please mark on the line the proportion of how much weight loss will be due to the operation.

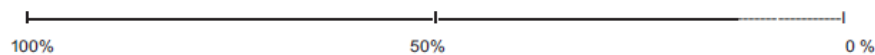


Fig. 1. Questionnaire as presented to the patients. In female patients, the ranking parameter “improved fertility” was added.

Part 3A

Please mark what you think best fits your opinion. Feel free to use the whole range of answers. Why did you seek bariatric surgery? How important are the following issues on a scale of 1 (not important for you) to 5 (very important for you)?

	Not important		Important		Very important
	1	2	3	4	5
Improved mental health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved physical activity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved in intimacy and partnership	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reduction in clothing size	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved fertility	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved social life (e.g., culture, meeting friends)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain reduction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved comorbidity such as diabetes, hypertension, sleep apnea, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reduced medication need	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Increased employment chance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Better work performance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weight loss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Improved self-esteem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Increased life expectancy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If none of the above options qualify as your main expectation, please write what your main expectation is here: _____

Part 3B

Please rank the three most important issues from the above-mentioned issues in order 1 to 3, with number 1 being most important.

1. Most important: _____
2. Second most important: _____
3. Third most important: _____

ANEXO IV**Certificado de tradução da empresa Universo traduções****CERTIFICADO**

Universo Traduções, com o CNPJ 29.426.605/0001-20 e com sua matriz em São Paulo, Brasil, certifica em 17 de novembro 2020 a execução qualificada do serviço de tradução do documento: “EOAQ-EST” de Sandra Regina da Silva. Declaramos que foi realizado o serviço de tradução profissional por 4 tradutores seguindo a metodologia exigida pelo do artigo científico: *2 (duas) traduções inglês-português realizadas por 2 (dois) tradutores independentes, 2 (duas) retrotraduções português-inglês realizadas por outros dois tradutores independentes.*

São Paulo, 17 de novembro, 2020

Atenciosamente,

Universo Traduções

ANEXO V

Quadro de alterações realizadas em cada versão do EOAQ-EST, para adaptação e correção de semântica.

v0	questionário original em inglês.
v1	primeira tradução literal pela pesquisadora, revisado por professora da língua inglesa.
v2	tradução 1, com análise comparativa com a retrotradução 1 com correção de semântica.
v3	tradução 2, com análise comparativa com a retrotradução 2; análise versão 1 e 2; alterações na Parte 1 em estado civil e formação.
v4	Parte 1 melhorando as comorbidades e inserindo outras doenças.
v5	Parte 1 inserindo consumo de bebida alcóolica; Parte 2 alterado enunciado; correção de semântica
v6	Parte 1 alterando formatação em dados demográficos; alteração na Parte 3A no enunciado, adaptação cultural nos itens do ranking.
v7	Parte 2 foram inseridas duas questões; Parte 3A foram feitas alterações no enunciado
v8	Parte 1 alteração na formatação; Parte 2 subdivisões para as figuras, e enunciado da questão; Parte 3A alteração no enunciado.
v9	Parte 1 alteração nas categorias de trabalho e de escolaridade; adaptação cultural doenças.
v10	Parte 1 adaptação cultural doenças crônicas (comorbidades); Parte 2, alteração no enunciado.
v11	inserido uma pequena introdução no cabeçalho e agradecimento no final.
v12	Parte 1, alteração nas categorias de trabalho.

ANEXO VI**Questionário EOAQ-EST – versão 12 em português (traduzido e adaptado)****PROJETO DE PESQUISA****EXPECTATIVAS DOS PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DE OBESIDADE: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO EUROPEAN OBESITY ACADEMY QUESTIONNAIRE EXPECTATIONS ABOUT SURGICAL TREATMENT – EOAQ-EST**

Sandra Regina da Silva, Beatriz H C Tess, Yuan-Pang Wang, Denis Pajacki

(adaptado versão do original elaborado por Fischer et al; 2014)

Convidamos o(a) Sr(a) a participar dessa pesquisa que tem o objetivo de avaliar e validar o presente questionário. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Nº _____ Local: _____ Data: ____/____/____

Parte 1

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Altura: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____ kg/m²

Ocupação:

- Trabalhando atualmente
- desempregado
- estudante
- aposentado
- licença médica
- do lar
- trabalho voluntário/não remunerado

Ocupação/Profissão (área ou setor): _____

Nível de Escolaridade: Até que ano da escola o(a) Sr(a) cursou e concluiu? ____ ano

Grau: () fundamental () médio () superior () técnico

Situação Conjugal:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União estável
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Tem companheiro(a)? sim não não quer responder

Se sim, coabita com companheiro há mais 6 meses

Tem Filhos(as)?

sim não

Se sim, quantos teve? qual a idade de cada filho(a)?

O(a) Sr(a) fuma?

sim não nunca fumei

Se sim, quantos cigarros por dia?

Ex-fumante

Há quanto tempo parou de fumar? _____

Consumo de bebida alcóolica

Não Bebe Bebe socialmente
 Bebe de 2 a 4 vezes por semana
 Bebe todos os dias

Doenças Crônicas

diabetes

Medicação

comprimidos

insulina injetável

pressão alta

Medicação

sim

não não sei

colesterol/triglicérides altos

Medicação

sim

não não sei

apneia do sono

Máscara CPAP

sim

não não sei

distúrbio do sono

Medicação

sim

não não sei

doença cardíaca

Medicação

sim

não não sei

depressão

Medicação

sim

não não sei

ansiedade

Medicação

sim

não não sei

dor nos joelhos

Medicação

sim

não não sei

dor nos tornozelos

Medicação

sim

não não sei

dor na planta e dedos dos pés

Medicação

sim

não não sei

dificuldade de caminhar

Acessório marcha

sim

não

dor no quadril

Medicação

sim

não

dor na coluna

Medicação

sim

não

algum tipo de câncer

sim não

em tratamento

infertilidade

não se aplica

síndrome do ovário policístico

não se aplica

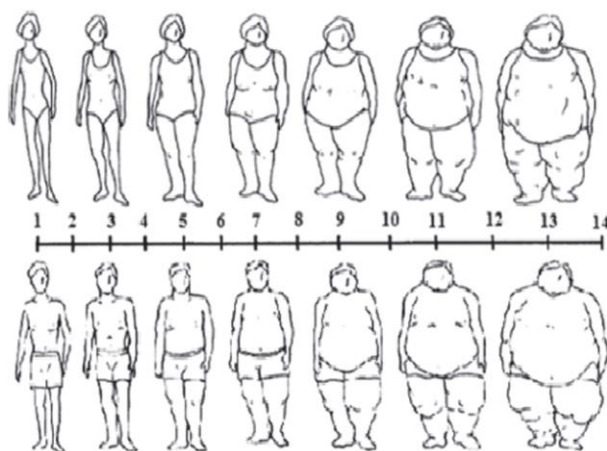
Outros: _____

Quando o(a) Sr/Sra ganhou peso de forma excessiva e começou o problema de obesidade? entre 2 e 10 anos de idade 11 a 20 anos 21 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos acima de 61 anos.

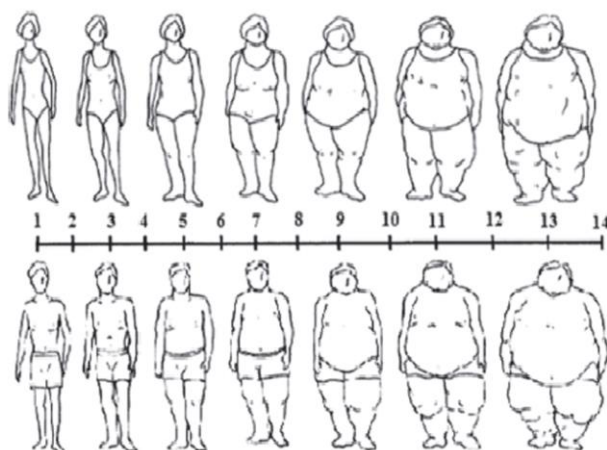
O(a) senhor(a) relaciona o seu ganho de peso excessivo a algum evento na sua vida? Qual? (ex.: casamento, gravidez, menopausa, separação do companheiro(a), violência sexual, trauma, luto, perda de emprego, etc)

Parte 2

1A - Por favor, observe a figura abaixo e marque com um (X) o número que representa na figura como você se vê ANTES da cirurgia.



1B - Por favor, observe a figura abaixo e marque com um (X) o número que representa na figura como você gostaria de ficar DEPOIS da cirurgia..



2. Quantos quilos você espera perder após a cirurgia? _____ Kg . não soube responder

3. Qual o peso que o(a) Sr/Sra gostaria de ter após a cirurgia? _____

Parte 3A

Quais os motivos que o(a) levou a procurar a cirurgia bariátrica? Abaixo temos uma lista de possíveis motivos, assinale o nível de importância para cada um deles, usando a escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 muito importante.

	Sem importância	Pouco importante	Razoavelmente importante	Importante	Muito importante
	1.	2.	3.	4.	5.
Melhorar o bem-estar emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar a capacidade de realizar exercícios físicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar o relacionamento íntimo com o(a) companheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reduzir o tamanho das roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar a fertilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar a vida social (por ex. encontro com amigos, ir às festas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuir dores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar o controle do diabetes, hipertensão, distúrbio do sono, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuir o uso de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar a oportunidade de conseguir um emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar o desempenho no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perder peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhorar a autoestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumentar os anos de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se o(a) Sr./ Sra. tem outros motivos que o(a) levou à procurar a cirurgia, não estão na lista acima , escreva aqui:

Parte 3 B

Por favor, coloque abaixo os três motivos que foram mais importantes para você na decisão de fazer a cirurgia bariátrica

1. Mais importante: _____
2. Segunda mais importante: _____
3. Terceira mais importante: _____

Agradecemos por sua colaboração voluntária nessa pesquisa.

Grata.

Sandra Regina da Silva

Pesquisadora Executante _ HCFMUSP

ANEXO VII

Autorização do auto e coautores

I. Consulta aos coautores

Von: Fischer Lars
 Gesendet: Dienstag, 7. Juli 2020 09:38
 An: 'Sandra Regina da Silva' <sansilva.regina@gmail.com>
 Betreff: AW: Permission to translate and validate

of the questionnaire of expectations to bariatric

surgery Dear Sandra,

I have already asked my co-workers and will you give a definite answer by next week.
 Mit freundlichen Grüßen.

Prof. Dr. med. Lars Fischer, MBA, FEBS (MIS) Chefarzt
 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Darmkrebszentrum und Zweitmeinungszentrum Darmkrebs (Onkoziert) **Klinikum
 Mittelbaden Baden-Baden Bühl**
 Balger Str. 50
 76532 Baden-Baden

Fon:+49 (7221) 91-2350
 Fax:+49 (7221) 91-2322

II. Aprovação do uso

De: **Fischer Lars** <L.Fischer@klinikum-mittelbaden.de> Date: **ter, 14 de jul de 2020 06:59**
 Subject: AW: Permission to translate and validate
 of the questionnaire of expectations to bariatric
 surgery To: Sandra Regina da Silva
 <sansilva.regina@gmail.com>

Dear Sandra,

please feel free to use the questionnaire. I do not want to be involved in any steps
 regarding corrections. The back and forth translation is an important step which you
 already had considered. Please quote my paper(s) whenever possible. I would be
 happy to get some of your final results.

Cheers,Lars

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med.
 Lars Fischer,
 MBA, FEBS

(MIS) Chefarzt

Klinik für

Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Darmkrebszentrum und Zweitmeinungszentrum Darmkrebs (Onkozert) **Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl**

Balger Str. 50

76532 Baden-Baden

III. Aprovação do uso das figuras _silhueta humana Dr Stunkard

De: **Allison,**

Kelly <kca@penmedicine.upenn.edu>

Para: Sandra Regina da Silva

sanregina20@usp.br data: 17 de ago. de 2021 16:02

assunto: RE: [External]

Permission to use the human

silhouettes figures in a

questionnaire

Yes, you have permission to use Dr. Stunkard's Figure Rating Scale in your Portuguese version of the questionnaire for research purposes. Please just be sure to cite his original article for the figures in your work.

Best wishes,

Kelly C. Allison, PhD, FAED

Director, Center for Weight
and Eating Disorders

Professor, Department of
Psychiatry

Penn Medicine

3535 Market St., Suite 3029

Philadelphia, PA 19104-3309

ph 215-898-2823

ANEXO VIII

Consulta aos coautores sobre a criação do questionário EOAQ-EST

de: **Mari Hult** <mari.hult@ki.se>
 para: "sansilva.regina@gmail.com"
 <sansilva.regina@gmail.com>
 data: 10 de mar. de 2022 06:35
 assunto: VB: Permission to translate
 and validate of the
 questionnaire of expectations
 to bariatric surgery

Dear Sandra,

Sorry for responding late to you.

I find it very exciting that you would like to use our questionnaire for further studies in the field of obesity. I try to answer on your specific questions below and please don't hesitate to contact me if you have further questions:

We would like more detailed information on the process of creating the parts 2 and 3 of the questionnaire.

In part 2 our aim was to explore how the participants saw them self before surgery and what expectations they had for the result after surgery (Stunkard shilhouettes). The question about actually expected wait loss was to get them to be more precise about their weight loss expectations. The bar were they are asked to poit out the significance of surgery vs. Life style changes were choosen though it is of great interest for us surgeons. If they expect that surgey will do it all then there probably will be a worse result.

In particular, to know the justifications for including Stunkard's human figure silhouette. Was this choice based on any literature or in any clinical data?

The Stunkard silhouettes were choosen because it takes practiclly no time a all to fill in and was not needed to be translated (we where from 5 different coutries). And of course tha fact that the silhouettes have been used i several studies within the field of obesity and bariatric surgery.

The questions created, and the ranking of 14 reasons.

The 14 reasons and the questions were created in discussion within the group 2 senior and 5 junior bariatric surgeons. All reasons were taken from our clinical experiance and also tested on patients and with colleagues. We also discussed them in a larger group within the educational program of European Obesity Academy

We in the group who developed this questionnaire authorize the use of the questionnaire if referred to as "the Obesity Academy Questionnaire" and please do refer to my article when using it. There is also an article by Lars Fischer et al. using the questionnaire.

Kind

regards,

mari

Mari Hult
Överläkar
e
Senior Consultant Surgeon, PhD

Research address:

Dept of Medicine, Huddinge
Karolinska Institutet
C1:77

141 86 Stockholm
Tel: +4685858 7508
Cellphone: +46707223136

Clinical address:

Dept of Upper GI Diseases
C1:77, Huddinge
Karolinska University Hospital
141 86 Stockholm

Från: Rune Sandbu <rune.sandbu@siv.no>

Datum: måndag, 1 november 2021 14:04

Till: Mari Hult <mari.hult@ki.se>

Ämne: VS: Permission to translate and validate of the questionnaire of expectations to bariatric surgery

Mari
Har du noe å svare Sandra? R☺

Fra: Sandra Regina da Silva <sansilva.regina@gmail.com>

Sendt: 26. oktober 2021 17:56

Til: Rune Sandbu <rune.sandbu@siv.no>

Kopi: Beatriz Helena Carvalho Tess <beatriz.tess@usp.br>

Emne: Re: Permission to translate and validate of the questionnaire of expectations to bariatric surgery

Dear Prof Sandbu,

We would like more detailed information on the process of creating the parts 2 and 3 of the questionnaire.

In particular, to know the justifications for including Stunkard's human figure silhouette, the questions created, and the ranking of 14 reasons. Was this choice based on any literature or in any clinical data?

This is about the technical recommendations for adaptation and validation of a psychometric instrument.

I thank you for your help. Best

regards,
Sandra

Em dom., 24 de out. de 2021 às 16:32, Rune Sandbu
<rune.sandbu@siv.no> escreveu:

Dear Sandra

Could you please be more specific about what you mean by "background"? I don't think there is much more to tell than what you can read in the papers of Lars F and Mari Hult. Best regards
Rune Sandbu

Fra: Sandra Regina da Silva <sansilva.regina@gmail.com>

Sendt: 23. oktober 2021 23:01

Til: Rune Sandbu <rune.sandbu@siv.no>

Emne: Re: Permission to translate and validate of the questionnaire of expectations to bariatric surgery

Dear Prof. Sanbu,

My name is Sandra Regina da Silva, a master's student of the Preventive Medicine Department at the University of São Paulo, Brazil.

Prof Dr Fischer indicated your contact.

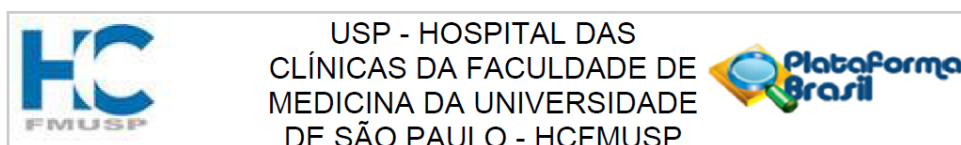
One year ago I communicated with Prof Dr Fischer about authorization to translate and validation to use the Obesity Academy Questionnaire in our research project in Brazil. We got your authorization already, but due to the validation process, our collaborators would like to learn more about the background that you and your co-workers have used to formulate the questions in Parts 2 and 3 of the questionnaire.

Thank you very much for your attention.

Sincerely,

Sandra Regina da Silva
Psicóloga Clínica e
Hospitalar
Mestranda em Saúde Coletiva
FMUSP
<http://lattes.cnpq.br/13291574115656>
55

ANEXO IX – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST

Pesquisador: BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40538020.4.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.488.229

Apresentação do Projeto:

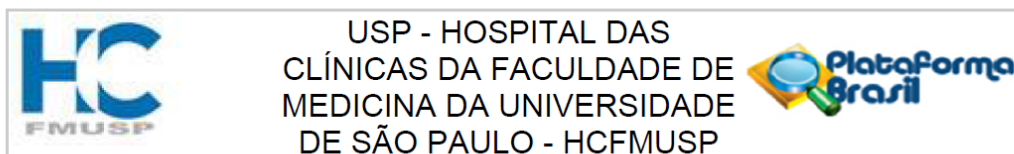
Os campos Apresentação do projeto, Objetivos da pesquisa, Avaliação de Riscos e Benefícios foram retirados dos documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621230.pdf" ; "projetodetalhado.pdf"; "TCLEv1".

Trata-se de um Estudo de validação de um instrumento de entrevista.

Introdução:

Considerando a obesidade uma doença complexa acarretando muitas consequências físicas e psicológicas ao paciente, e ainda considerando o processo cirúrgico que exige do paciente uma decisão ponderada, determinação e adequada preparação, fez emergir questionamentos sobre as expectativas frente à cirurgia de obesidade. Foi realizada uma revisão bibliográfica na qual buscou-se o tema expectativas na cirurgia de obesidade com os descritores "bariatric surgery" and "obesity" and "expectations" and "questionnaire", e obtivemos publicações resumidas em um quadro resumo apresentado no Anexo I. Constando o estudo de Pearl et al., em 2019 sobre motivação e expectativas frente à cirurgia de obesidade com 208 pacientes, demonstrou que pacientes apresentam no pré-operatório elevada insatisfação com o corpo e desejo de que a cirurgia modifique a aparência de partes do corpo. Hult et al., em 2019, avaliaram 50 pacientes do gênero feminino, verificou que apesar de relatarem a preocupação com a saúde, a maior motivação foi elevar a auto-estima. Opozda et al., em 2018, trouxeram um parecer subjetivo nesse estudo,

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.488.229

referindo os medos dos pacientes de retomarem o comportamento alimentar inadequado após a cirurgia, sugerindo novos estudos sobre expectativas. Wee et al., em 2015, realizaram um estudo com 654 pacientes demonstrando que os pacientes tinham elevadas expectativas de redução de peso. E Kaly et al., em 2008, demonstraram nesse estudo conduzido nos EUA que os pacientes tinham expectativas não realistas de perda de peso. Em uma revisão sistemática por Cohn et al., em 2019, sobre as expectativas e motivações do paciente frente à cirurgia de obesidade, foram avaliados 26 estudos que demonstram que os pacientes atribuem a perda de peso somente à cirurgia, não valorizando cuidados com a saúde mental, e a praticar atividade física regularmente. Alguns estudos identificaram uma discrepância entre as expectativas dos profissionais de saúde e a dos pacientes que eram atendidos nos ambulatórios de cirurgia de obesidade. Os mesmos autores discutem a importância da abordagem pré-operatória para compreender o comportamento alimentar do paciente, a influência da família, o contexto social e as adversidades no momento de decisão pela cirurgia, propondo negociação de mudanças para o pós-operatório.

Hipótese:

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica têm expectativas pouco realistas quanto ao resultado final da cirurgia para o tratamento cirúrgico da obesidade.

Metodologia Proposta:

3. Métodos Esse estudo de validação se propõe a traduzir um instrumento desenvolvido por Fischer e colaboradores da sua versão em inglês para o português, a realizar a adaptação cultural. O questionário original foi criado em inglês, e traduzido para o alemão para sua aplicação na população alemã de candidatas à cirurgia de obesidade. A autorização dos autores para validação deste instrumento para o português foi obtida por escrito.

Critério de Inclusão:

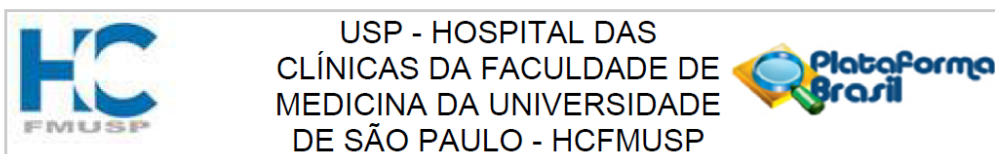
Candidatos à cirurgia bariátrica na fila de espera matriculados no Ambulatório da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo os indivíduos elegíveis para a pesquisa que não possuírem dispositivos para se comunicar com a pesquisadora executante e receber os materiais da pesquisa

Estudo unicêntrico para inclusão de 180 indivíduos no centro.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.488.229

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment – EOAQ-EST20 que é um questionário de avaliação das expectativas dos candidatos à cirurgia de obesidade quanto aos resultados finais do tratamento cirúrgico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto ao se deparar com perguntas do questionário.

Benefícios:

Promover a reflexão sobre as expectativas quanto à cirurgia que irão se submeter e com terem a oportunidade de discutirem com a equipe multiprofissional do serviço.

Contribuir para o conhecimento das expectativas quanto aos resultados da cirurgia e com isso melhor o cuidado aos indivíduos nos períodos pré e pós operatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto para validação de questionário internacional. A tradução e padronização do questionário na língua portuguesa é uma das etapas do projeto. Após tradução do questionário será realizado um estudo piloto com 30 participantes. Será realizado um re-teste solicitando que seja respondido o mesmo questionário 30 dias após o primeiro preenchimento a fim de "avaliar a estabilidade do instrumento de aplicação".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

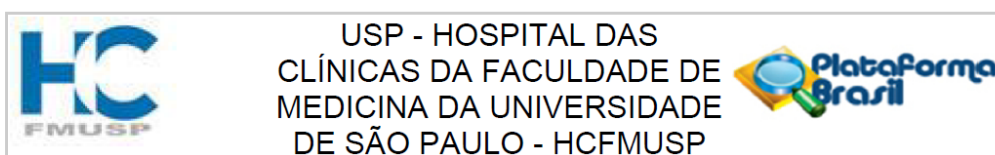
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos para aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.488.229

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621230.pdf	27/11/2020 13:51:44		Aceito
Outros	questionariooriginal.pdf	27/11/2020 13:51:14	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Outros	termousodados.pdf	27/11/2020 13:50:42	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	17/11/2020 18:54:03	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	11/11/2020 21:25:40	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv1.pdf	11/11/2020 21:24:37	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2020 21:20:57	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/09/2020 16:32:41	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de concordância	cartaanuencia.pdf	16/09/2020 16:29:12	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	denis.pdf	16/09/2020 16:26:41	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	wang.pdf	16/09/2020 16:25:48	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Sandra.pdf	16/09/2020 16:24:56	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

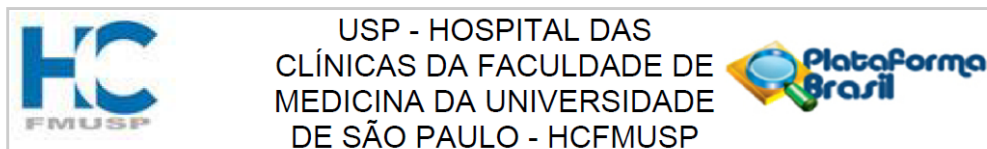
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Janeiro de 2021

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
 (Coordenador(a))

ANEXO X – Aprovação da Emenda do Projeto



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST

Pesquisador: BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40538020.4.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.735.640

Apresentação do Projeto:

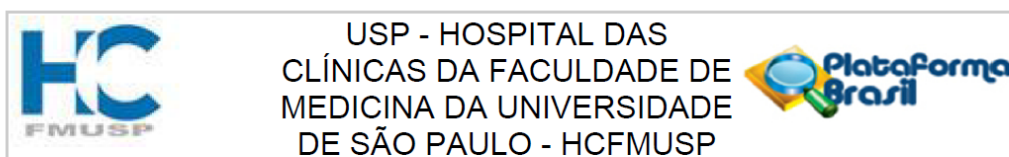
Os campos "Apresentação do projeto"; "Objetivos da Pesquisa"; "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retirados dos documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1740473_E1.pdf"; "formulario_emenda.pdf" e "Projetodetalhado_v2".

Trata-se de estudo unicêntrico com inclusão de 180 indivíduos no presente centro.

Introdução:

Considerando a obesidade uma doença complexa acarretando muitas consequências físicas e psicológicas ao paciente, e ainda considerando o processo cirúrgico que exige do paciente uma decisão ponderada, determinação e adequada preparação, fez emergir questionamentos sobre as expectativas frente à cirurgia de obesidade. Foi realizada uma revisão bibliográfica na qual buscou-se o tema expectativas na cirurgia de obesidade com os descritores "bariatric surgery" and "obesity" and "expectations" and "questionnaire", e obtivemos publicações resumidas em um quadro resumo apresentado no Anexo I. Constando o estudo de Pearl et al., em 2019 sobre motivação e expectativas frente à cirurgia de obesidade com 208 pacientes, demonstrou que pacientes apresentam no pré-operatório elevada insatisfação com o corpo e desejo de que a cirurgia modifique a aparência de partes do corpo. Hult et al., em 2019, avaliaram 50 pacientes do gênero feminino, verificou que apesar de relatarem a preocupação com a saúde, a maior motivação

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.735.640

foi elevar a auto-estima. Opozda et al., em 2018, trouxeram um parecer subjetivo nesse estudo, referindo os medos dos pacientes de retomarem o comportamento alimentar inadequado após a cirurgia, sugerindo novos estudos sobre expectativas. Wee et al., em 2015, realizaram um estudo com 654 pacientes demonstrando que os pacientes tinham elevadas expectativas de redução de peso. E Kaly et al., em 2008, demonstraram nesse estudo conduzido nos EUA que os pacientes tinham expectativas não realistas de perda de peso. Em uma revisão sistemática por Cohn et al., em 2019, sobre as expectativas e motivações do paciente frente à cirurgia de obesidade, foram avaliados 26 estudos que demonstram que os pacientes atribuem a perda de peso somente à cirurgia, não valorizando cuidados com a saúde mental, e a praticar atividade física regularmente. Alguns estudos identificaram uma discrepância entre as expectativas dos profissionais de saúde e a dos pacientes que eram atendidos nos ambulatórios de cirurgia de obesidade. Os mesmos autores discutem a importância da abordagem pré-operatória para compreender o comportamento alimentar do paciente, a influência da família, o contexto social e as adversidades no momento de decisão pela cirurgia, propondo negociação de mudanças para o pós operatório.

Hipótese:

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica têm expectativas pouco realistas quanto ao resultado final da cirurgia para o tratamento cirúrgico da obesidade.

Metodologia Proposta:

3. Métodos Esse estudo de validação se propõe a traduzir um instrumento desenvolvido por Fischer e colaboradores da sua versão em inglês para o português, a realizar a adaptação cultural. O questionário original foi criado em inglês, e traduzido para o alemão para sua aplicação na população alemã de candidatos à cirurgia de obesidade. A autorização dos autores para validação deste instrumento para o português foi obtida por escrito.

Critério de Inclusão:

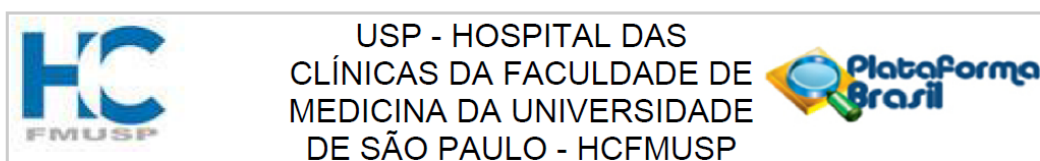
Candidatos, de 18 anos de idade ou mais, à cirurgia bariátrica na fila de espera matriculados no Ambulatório da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os indivíduos não elegíveis para o estudo, menores de 18 anos de idade e os indivíduos que não estiverem matriculados no Ambulatório da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP.

Metodologia de Análise de Dados:

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.735.640

A estimativa estatística de consistência interna do instrumento, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach estabelece um índice de consistência interna, que é definido como principal forma de confiabilidade de um instrumento. Estudo de validação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment – EOAQ-EST20 que é um questionário de avaliação das expectativas dos candidatos à cirurgia de obesidade quanto aos resultados finais do tratamento cirúrgico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto ao se deparar com perguntas do questionário.

Benefícios:

Promover a reflexão sobre as expectativas quanto à cirurgia que irão se submeter e com terem a oportunidade de discutirem com a equipe multiprofissional do serviço.

Contribuir para o conhecimento das expectativas quanto aos resultados da cirurgia e com isso melhor o cuidado aos indivíduos nos períodos pré e pós operatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

EMENDA 1 :

Foram apresentados os seguintes documentos para aprovação:

Projeto de Pesquisa detalhado v2, 19 de abril de 2021

Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE - versão 2.0, 19 de abril de 2021

As alterações visam garantir o rigor do estudo de validação, uma vez que a coleta de dados por telefone poderia comprometer a compreensão dos participantes sobre alguns itens do questionário, assim como, implicaria em maior dificuldade de acesso aos pacientes.

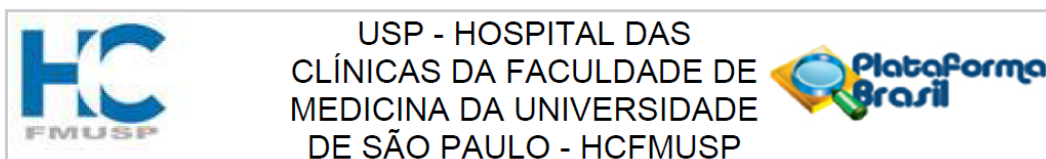
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos para aprovação da presente emenda.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.735.640

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1740473_E1.pdf	26/04/2021 17:29:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleemenda.pdf	22/04/2021 13:47:29	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	formulario_emenda.pdf	21/04/2021 16:20:49	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado_v2.pdf	21/04/2021 16:16:04	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Outros	questionariooriginal.pdf	27/11/2020 13:51:14	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Outros	termousodados.pdf	27/11/2020 13:50:42	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	17/11/2020 18:54:03	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2020 21:20:57	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/09/2020 16:32:41	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de concordância	cartaanuencia.pdf	16/09/2020 16:29:12	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	denis.pdf	16/09/2020 16:26:41	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	wang.pdf	16/09/2020 16:25:48	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Sandra.pdf	16/09/2020 16:24:56	BEATRIZ HELENA CARVALHO TESS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO XI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da Pesquisa: Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST*

Pesquisador Principal: Profa. Dra. Beatriz Helena Carvalho Tess

Pesquisadora executante: Sandra Regina da Silva

Departamento/Instituto: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, situado à Av Dr Arnaldo, 455 – 2º. Andar – Cep 01246-903 – São Paulo/SP.

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa **“Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST*”**. Esta pesquisa tem o objetivo de criar e avaliar um questionário em português que poderá ser um instrumento para avaliar melhor as expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade quanto aos resultados da cirurgia.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o(a) Sr(Sra) responderá ao questionário no dia do seu comparecimento à sua consulta médica no Ambulatório da Cirurgia de Obesidade no HCFMUSP. Eu, Sandra, a pesquisadora responsável, estarei presente, e apresentarei este termo explicando todos os itens, respondendo às suas dúvidas e quando estiver tudo esclarecido, o(a) Sr(a) assinará o termo de consentimento uma vez de acordo em participar desta pesquisa.

O(a) Sr(Sra) receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável. As pesquisadoras estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos durante todo o período da pesquisa, inclusive enquanto o(a) Sr(Sra) estiver respondendo ao questionário.

Ao responder ao questionário o(a) Sr(Sra) poderá refletir e discutir com a equipe de saúde que lhe acompanha no ambulatório de cirurgia bariátrica, sobre as expectativas, o que esperar quanto aos resultados da sua cirurgia. Assim, poderá se sentir mais tranquilo nos seus períodos pré e pós-operatórios. Outro benefício, este de caráter indireto, é que ao participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) estará contribuindo para melhorar o conhecimento científico na área de cirurgia de obesidade, e com isso, ajudar no cuidado das pessoas que farão esse tipo de cirurgia.

Por outro lado, ao preencher o questionário, o(a) Sr(a) poderá não se sentir confortável com algumas das perguntas. Se isso acontecer, o(a) Sr(a) poderá se recusar a responder, considerando que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária. O(a) Sr(a) poderá

retirar seu consentimento de participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo quanto ao seu cuidado e tratamento no hospital.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas ou em atividades acadêmicas de forma que as respostas de todos os participantes estarão agregadas (combinadas), sem qualquer identificação individual das pessoas, estando assim garantidos a confidencialidade e o sigilo, conforme a Resolução no. 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) Sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O pesquisador executante será a psicóloga Sandra Regina da Silva, que pode ser encontrada no telefone (11) 99920-5590 e por e-mail: sanregina20@usp.br, com anuência da sua orientadora Profa. Dra. Beatriz Helena Carvalho Tess do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – telefone: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo **“Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST*”**

Eu _____
 declaro que recebi as informações acima da pesquisadora Sandra Regina da Silva após ter lido, compreendido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, autorizo e assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pela pesquisadora.

Nome do participante -----

Assinatura do participante -----

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo-----

Profa Dra Beatriz Tess

Assinatura da pesquisadora executante pelo estudo-----

Sandra Regina da Silva

ANEXO XII – CARTA DE ANUÊNCIA**PROJETO DE PESQUISA INTERDEPARTAMENTAL
HC-FMUSP**

São Paulo, 17 de julho de 2020.

Departamento de Medicina Preventiva

A Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP tem ciência e apoiará a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Expectativas dos pacientes candidatos à cirurgia de obesidade: um estudo de validação do *Questionnaire of Expectations about Surgery of Obesity - QESO***” que tem como unidade responsável originária o Departamento de Medicina Preventiva. Tal departamento deverá dar os encaminhamentos necessários para aprovação ética pela CAPPesq-HCFMUSP.

São os investigadores participantes:

Profa. Dra. Beatriz Helena Tess – Departamento de Medicina Preventiva (coordenadora e orientadora)

Dr. Denis Pajecki - Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia

Prof. Dr. Yuan-Pang Wang – Departamento de Psiquiatria

Sandra Regina da Silva - aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Atenciosamente,



Prof. Dr. Ivan Ceccónello

Prof. Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo

Prof. Dr. Marco Aurélio Santo

Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

10. REFERÊNCIAS

- 1 WHO. World Health Organization [Internet]; 2020 [citado em junho 2021] Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 2 GBDOD. Global Burden of Disease Obesity Collaborators 2015, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017;377(1):13-27.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019* [Internet]. Brasília (DF), 2020 [citado em 2021 abr 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
- 4 Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation Position Statement. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. *Obes Rev*. 2017;18(7):715-23.
- 5 WOF. *Clinical for obesity: international survey with reports on 50 countries*. London: World Obesity Federation. 2021;26-27.
- 6 Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4):485-97.
- 7 WOF. Position Statement. Global Obesity Observatory. *Obesity prevalence* [Internet]. London: World Obesity Federation; 2021 [citado em 2021 abr 29]; Disponível em: <https://data.worldobesity.org/>.
- 8 Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no DOU de 12 de fevereiro de 2010, Seção 1, pág. 266. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2016 13 jan; Seção 1:66.
- 9 Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2172, de 22 de novembro de 2017. Normatizar, nos termos do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico para pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m² sem resposta ao tratamento clínico convencional, como técnica não experimental de alto risco e complexidade. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017 27 dez.; Seção 1:205.

- 10 ABESO. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. 4.ed. São Paulo: ABESO; 2016.
- 11 Grönroos S, Helmiö M, Juuti A, Tiusanen R, Hurme S, Löyttyniemi E, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss and Quality of Life at 7 Years in Patients With Morbid Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2021;156(2):137–46.
- 12 McGrice M, Don Paul K. Interventions to improve long-term weight loss in patients following bariatric surgery: challenges and solutions. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2015; 8:263-74.
- 13 Knutsen IR, Terragni L, Foss C. Empowerment and Bariatric Surgery: negotiations of credibility and control. *Qual Health Res*. 2013;23(1):66-77.
- 14 Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, Fried M, et al. Practical recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the study of obesity for the post-bariatric surgery medical management. *Obes Facts*. 2017;10(6):597–632.
- 15 Velapati SR, Shah M, Kuchkuntla AR, Abu-dayyeh B, Grothe K, Hurt RT et al. Weight Regain After Bariatric Surgery: Prevalence, Etiology, and Treatment. *Curr Nutr Rep*. 2018;7(4):329-34.
- 16 King WC, Hinerman AS, Courcoulas AP. Weight regain after bariatric surgery: a systematic literature review and comparison across studies using a large reference sample. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(8):1133-44.
- 17 Gaudrat B, Andrieux S, Florent V, Rousseau A. Psychological characteristics of patients seeking bariatric treatment versus those seeking medical treatment for obesity: is bariatric surgery a last best hope? *Eat Weight Disord*. 2021;26(3):949-61.
- 18 Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. São Paulo: Moderna; 2014.
- 19 Conceição EM, de Lourdes M, Moreira L, Pinto-Bastos A, Félix S. Weight loss expectations and weight loss after surgery: the mediating role of body image and weight concerns. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(7):932-39.
- 20 Cohn I, Raman J, Sui Z. Patient motivations and expectations prior to bariatric surgery: A qualitative systematic review. *Obes Rev*. 2019;20(11):1608-18.

- 21 Pearl RL, Wadden TA, Waltona K, Allison KC, Tronieri JS, Williams NN. Health and appearance: Factors motivating the decision to seek bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2019;15(4):636-42.
- 22 Hult M, Bonn SE, Brandt L, Wirén M, Lagerros YT. Women's satisfaction with and reasons to seek bariatric surgery - a prospective study in Sweden with 1-year follow-up. *Obes Surg*. 2019;29(7):2059-70.
- 23 Opozda M, Witter G, Chur-Hansen A. Patients' expectations and experiences of eating behaviour change after bariatric procedures. *Clin Obes*. 2018;8(5):355-65.
- 24 Homer CV, Tod AM, Thompson AR, Allmark P, Goyder E. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009389.
- 25 Wee CC, Hamel MB, Apovian CM, Blackburn GL, Bolcic-Jankovic D, Colten ME, et al. Expectations for weight loss and willingness to accept risk among patients seeking weight loss surgery. *JAMA Surg*. 2013;148(3):264-71.
- 26 Jabbour G, Salman A. Bariatric Surgery in Adults with Obesity: the Impact on Performance, Metabolism, and Health Indices. *Obes Surg*. 2021;31(4):1767-89.
- 27 van Rijswijk AS, Evren I, Geubbels N, Hutten BA, Acherman YIZ, van der Peet DL, et al. Outcome expectation and risk tolerance in patients seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(1):139-46.
- 28 Fischer L, Nickel F, Sander J, Ernest A, Bruckner T, Herbig B, et al. Patient expectations of bariatric surgery are gender specific prospective, multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(3): 516-23.
- 29 Bulik CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(10):1517-24.
- 30 Fischer L, Deckert A, Diener MK, Zimmermann JB, Büchler MW, Seiler CM. Ranking of patient and surgeons' perspectives for endpoints in randomized controlled trials—lessons learned from the POVATI trial [ISRCTN60734227]. *Langenbecks Arch Surg*. 2011;396(7):1061-6.
- 31 Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
- 32 Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psic: teor e pesq*. 2007;23(Esp):99-107.

- 33 Pasquali L. *Psicometria. Rev Esc Enfermagem USP.* 2009;43(Esp):992-9.
- 34 Gorenstein C, Wang YP, Hungerbühler I, organizadores. *Instrumentos de avaliação em saúde mental.* Porto Alegre: Artmed; 2016.
- 35 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.
- 36 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993; 46:1417-32.
- 37 Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol.* 2015;68(4):435-41.
- 38 Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3061-68.
- 39 Souza ACD, Alexandre NMC, Guirardello EDB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde.* 2017;26:649-59.
- 40 Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297-334.
- 41 Hu L, Bentler PM. "Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives". *Structural Equation Modeling.* 1999;6 (1): 1–55.
- 42 Mann HB, Whitney DR. "On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other". *Annals of Mathematical Statistics.* 1947;18 (1): 50–60.
- 43 Pearson K. "Notes on regression and inheritance in the case of two parents". *Proceedings of the Royal Society of London.* 1895;58:240–42.
- 44 R Core Team. *R: a language and environment for statistical computing.* Vienna: R Foundation for Statistical Computing 2019.
- 45 Hair JF, Black B, Babin B, Anderson R, Tatham R. *Análise multivariada de dados: tradução Adonau Schlup Sant'anna.* Porto Alegre: Editora Bookman;2009.

- 46 Jung F, Spahlholz J, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Impact of Weight-Related Discrimination, Body Dissatisfaction and Self-Stigma on the Desire to Weigh Less. *Obes Facts*. 2017;10(2):139-151.
- 47 Gaudrat B, Florent V, Andrieux S, Rousseau A. "I want to lose weight and it has to be fair": predictors of satisfaction after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2021;31(2):763–772.
- 48 Coblijn UK, Lagarde SM, de Raaf CAL, van Wagenveld BA, Smets EMA. Patients preferences for information in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2018;14(1):665-73.
- 49 Alberts J, Löwe B, Glahn MA, Petrie K, Laferton J, Nestoriuc Y, et al. Development of the generic, multidimensional Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q) through systematic literature review, expert surveys and qualitative interviews. *BMJ Open*. 2020;10(8):e036169.
- 50 Tavares M, Validade Clínica. *Psico-USF*. 2003;8(2):125-36.
- 51 Ahlich E, Verzijl CL, Cunning A, Wright E, Rancourt D. Patient Motivations and Goals for Bariatric Surgery: A Mixed Methods Study. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(9):1591-1602.
- 52 Köhler H, Kröger C, Watschke A, Gruner-Labitzke K, Böker C, Markov V. Changes in Patients' Relationship Satisfaction After Weight Loss Surgery: Results of a Study of Persons with Morbid Obesity and Their Relationship Satisfaction Before and 1 Year After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2021;31(4):1431-37.
- 53 Athanasiadis DI, Martin A, Kapsampelis P, Monfared S, Stefanidis D. Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc*. 2021;35(8):4069-84.
- 54 Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas*. 1960;20(1):37-46.
- 55 Shiloh S, Wade CH, Roberts JS, Alford SH, Biesecker BB. Risk perceptions and worry about common diseases: a between- and within-subjects examination. *Psychol Health*. 2013;28(4):434-49.
- 56 Tarrant M, Khan SS, Farrow CV, Shah P, Daly M, Kos K. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: a qualitative interview study. *Br J Health Psychol*. 2017;22(1):77-93.
- 57 Neff KJ, Olbers T, Le Roux CW. Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Med*. 2013; 11:8-24.

- 58 Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: an explorative longitudinal study. *J Health Psychol.* 2015;20(7):942-53.
- 59 Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(1):6-10.
- 60 Santo RM, Ribeiro-Ferreira F, Alves MR, Epstein J, Novaes P. Enhancing the cross-cultural adaptation and validation process: linguistic and psychometric testing of the Brazilian-Portuguese version of a self-report measure for dry eye. *J Clin Epidemiol.* 2015;68(4):370-8.
- 61 Felix CMM, Ghisi GLM, Seixas MB, Batalha APDB, Ezequiel DGA, Trevizan PF, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Diabetes Education Questionnaire (DATE-Q). *Braz J Phys Ther.* 2021;25(5):583-92.
- 62 Sasdelli AS, Petroni ML, Delli Paoli A, Collini G, Calugi S, Dalle Grave R, et al. Expected benefits and motivation to weight loss in relation to treatment outcomes in group-based cognitive-behavior therapy of obesity. *Eat Weight Disord.* 2018;23(2):205-14.
- 63 Tolvanen L, Christenson A, Surkan PJ, Lagerros YT. Patients' Experiences of Weight Regain After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2022;32(5):1498-07.
- 64 American Psychological Association, & National Council on Measurement in Educational. *Standards for educational and psychological testing.* Lanham, MD: American Educational Research Association.2014.
- 65 Pontiroli AE, Ceriani V, Folli F. Patients' Expectations are Important for Success in Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2017;27(9):2469-70.

11 APÊNDICES

MANUSCRITO 1

Tradução e validação para o português brasileiro do European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment.

Sandra Regina da Silva^I, Yuan-Pang Wang^{II}, Denis Pajcecki^{III}, Anna Carolina B Dantas^{IV}

Beatriz H Tess^V

^I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Laboratório de Investigação Médica em Psicopatologia e Terapêutica Psiquiátrica (LIM-23), Instituto e Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^{III} Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^{IV} Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^V Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Introdução: Na prática clínica, observa-se uma discrepância nas metas de redução de peso estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes. Expectativas elevadas frente à cirurgia bariátrica podem estar associada à insatisfação com a imagem corporal e ganho de peso no pós-operatório de longo prazo.

Objetivos: tradução para o português e adaptação cultural do European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST.

Local: o questionário foi aplicado a pacientes candidatos à cirurgia bariátrica acompanhados no ambulatório.

Métodos: Quatro etapas metodológicas: 1) tradução, retrotradução e adaptação do questionário do inglês para o português; 2) revisão por painel de especialistas; adaptações para a cultura brasileira, verificação se o construto estava presente nos itens do questionário; validade de conteúdo e de face; pré-teste; 3) estudo piloto com 30 pacientes candidatos à

cirurgia bariátrica e reteste; análise de confiabilidade; 4) aplicação do questionário aos candidatos à cirurgia bariátrica para validação. Avaliado a consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach, e estrutura do instrumento com a análise fatorial confirmatória, utilizada para validação.

Resultados: Do total de 161 pacientes que responderam ao questionário, a média de idade foi de 46,37 anos (DP = 10,3 anos), 85,1% (n=137) eram do sexo feminino. O questionário demonstrou estabilidade em sua aplicação, avaliada por meio de teste-reteste. A correlação entre essas aplicações foi calculada pelo coeficiente de correlação intraclass (ICC), com resultado de 0,95 com valor de $p < 0,001$ contra a hipótese nula. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,721, a análise fatorial confirmatória, a ordenação de 14 itens, motivos que levam à decisão pela cirurgia, permitindo verificar a estrutura do construto, mostraram correlação entre as variáveis, de forma unidimensional.

Conclusão: O presente estudo de validação realizou a tradução e adaptação transcultural do instrumento EOAQ-EST. A análise fatorial confirmatória, assim como as demais análises de confiabilidade, indicaram as qualidades psicométricas do instrumento na avaliação das expectativas da cirurgia bariátrica.

Descritores: questionário; expectativas; cirurgia bariátrica; obesidade.

Abstract

Background: Clinical practitioners have observed a discrepancy in the weight reduction goals established between healthcare professionals and patients. High expectations of the results may be associated with long-term dissatisfaction with body image and weight regain in the postoperative period.

Objectives: This study aimed at the translation and adaptation of the European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST, to Brazilian Portuguese and its validation among candidates for bariatric surgery.

Setting: The questionnaire was applied to patients who were candidates for bariatric surgery followed up at the outpatient clinic.

Methods: The study had four methodological steps: 1) translation, back-translation, and adaptation of the questionnaire from English to Portuguese; 2) a panel of experts review made adaptations for Brazilian culture, verified whether the construct was present in the questionnaire items i.e validity of the content, a pre-test was done; 3) pilot study 30 patients bariatric surgery candidates from outpatient clinic answered the questionnaire EOAQ-EST. Retesting the same 30 patients who answered the questionnaire, was performed statistical analysis of reliability; 4) application of the questionnaire to candidates for bariatric surgery for validation. Cronbach's alpha coefficient was used to assess the overall internal consistency of the instrument. Confirmatory factor structure analysis was used for validation.

Results: From a total of 161 patients with a mean age of 46.37 years (SD = 10,3 years), 85.1% (n=137) were female. The questionnaire demonstrated stability in its application, evaluated through test-retest (pilot study and retest). The correlation between the applications in the pilot study and the retest was calculated as the intraclass correlation coefficient (ICC), which was a

positive result of 0.95 with a p-value < 0.001 against the null hypothesis. The Cronbach's alpha coefficient was 0.721 (95% confidence interval 0.662-0.780). Confirmatory factor analysis, the ranking of 14 items, reasons that lead to the decision for surgery, allowing to check the construct structure, showed internal consistency correlation between variables, in a unidimensional way.

Conclusions: The present validation study carried out the translation and cultural adaptation of the EOAQ-EST instrument. Demonstrating evidence of reliability, internal consistency and content validity, and favorable estimates of psychometric ability to assess expectations in bariatric surgery.

Keys words: questionnaire; expectations; bariatric surgery; obesity.

Introdução

Doença de característica endêmica, multifatorial, progressiva e recidivante, a obesidade representa um fator de risco para outras doenças graves, tornando-se mundialmente um problema de saúde pública.¹⁻³ A cirurgia bariátrica está estabelecida como um importante tratamento para obesidade grave, eficaz na redução de peso. Muitos pacientes vivenciam os benefícios do tratamento cirúrgico, alguns passam pela fase da “lua de mel”, fase de empoderamento que ocorre de 6 a 15 meses após a cirurgia bariátrica.⁴

No entanto, estudos recentes têm mostrado a insatisfação com a perda de peso alcançado e com a imagem corporal.⁵ Observa-se ainda, crescente incidência de reganho de peso após a perda inicial no período pós-operatório, levando a problemas psicossociais e ao abandono do acompanhamento médico.⁶ Em revisão sistemática, foi demonstrado a ocorrência de reganho de peso de 8% a 19% no período de 3 a 6 anos, em relação ao máximo de peso perdido após a cirurgia bariátrica.⁶ Estudo prospectivo e revisão sistemática, demonstraram que os pacientes esperam que a cirurgia transforme a imagem corporal, deixando de valorizar os cuidados com a saúde mental, a prática regular de exercícios físicos e a mudança do padrão alimentar.^{7,8}

Na prática clínica, são observadas discrepâncias entre as metas de redução de peso estabelecidas pela equipe multiprofissional e as metas desejadas pelo paciente.⁹⁻¹¹ As expectativas elevadas ou irreais a longo prazo desencadeiam a insatisfação com a imagem corporal, e podem estar associadas ao reganho de peso.¹²⁻¹⁵

Portanto, compreender a expectativa de resultado cirúrgico do candidato à cirurgia bariátrica passa a ser essencial para se garantir a eficácia do tratamento. Nesse sentido, ter um instrumento de avaliação das expectativas, aplicável no período pré-operatório da cirurgia bariátrica, pode auxiliar no alinhamento de metas, considerando a individualidade de cada paciente (contexto psicossocial, idade, saúde física e mental).

A busca na literatura científica por um instrumento de avaliação das expectativas em relação aos resultados da cirurgia bariátrica identificou o trabalho de *Fischer et al.*¹⁶, publicado em 2014. Neste trabalho, o questionário criado por pesquisadores da *European Obesity Academy* e colaboradores, foi aplicado em 248 pacientes portadores de obesidade, apresentando índice de massa corpórea de IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades e IMC ≥ 40 kg/m², candidatos à cirurgia bariátrica. Os resultados demonstraram que as expectativas dos pacientes frente ao procedimento cirúrgico não foram realistas, 45,7% responderam que tinham a expectativa de perder peso somente com a realização da cirurgia.

O presente estudo teve como objetivo a tradução para o português brasileiro, adaptação e a validação quanto às propriedades psicométricas em candidatos à cirurgia bariátrica, do questionário *European Obesity Academy Questionnaire: Expectations about Surgical Treatment - EOAQ-EST*.

Métodos

Neste estudo, o questionário EOAQ-EST em português adaptado, foi aplicado no período de 21/01/2021 a 14/02/2022 em pacientes adultos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, portadores de obesidade de grau II (IMC 35 kg/m² a 39,9 kg/m²) com comorbidades e obesidade de grau III (IMC ≥ 40 kg/m²), candidatos à cirurgia bariátrica, em acompanhamento ambulatorial. O critério de inclusão do estudo foi indivíduos com capacidade cognitiva preservada garantindo a compreensão das perguntas do questionário. Os pacientes excluídos do estudo foram pacientes encaminhados da triagem para indicação cirúrgica. O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Seguindo os referenciais teóricos,^{17,18} iniciamos as quatro etapas do estudo (Quadro 1). A etapa 1, realizou a Tradução (inglês-português) e Retrotradução (português-inglês), conduzida por uma consultoria de tradução da área de medicina e saúde. A análise comparativa foi realizada pela pesquisadora responsável, iniciando o processo de adaptação cultural. Na etapa 2, o painel de especialistas formado por oito profissionais de saúde, atuantes no tratamento de obesidade e de cirurgia bariátrica, conduziu a revisão para avaliar a validade de conteúdo e validade de face. Na etapa 3, o pré-teste foi realizado com a aplicação do questionário em sua versão em português adaptada, em cinco pacientes candidatos à cirurgia bariátrica em serviços cirúrgicos diversos. Em seguimento ao processo de adaptação cultural do instrumento, novas correções e adaptações foram realizadas no questionário. O estudo piloto foi realizado com 30 pacientes em acompanhamento pré-operatório no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP. O reteste foi realizado com os mesmos pacientes do estudo piloto, com intervalo de tempo de 30 dias entre as aplicações. Os questionários EOAQ-EST respondidos durante todo o estudo foram armazenados e gerenciados na plataforma digital Research Electronic Data Capture (REDCap). Na etapa 4, a versão traduzida e adaptada do EOAQ-EST foi submetida ao teste de validade deste estudo, para avaliar a aplicabilidade, análise de consistência interna, análise de estrutura fatorial, e avaliar a validade de construto.

O questionário EOAQ-EST é composto por três partes. A *Parte 1* é composta pelo perfil sociodemográfico, idade, grau de instrução, profissão e composição familiar, e o perfil clínico como peso, altura, tratamento médico e comorbidades. A *Parte 2* apresenta desenhos da figura humana (silhueta humana de *Stunkard*¹⁹) que é uma ferramenta de avaliação de imagem corporal amplamente utilizada em estudos sobre o tema. Apresenta, em uma escala de 1 a 14, as figuras que correspondem ao antes e depois da cirurgia. Questões sobre informação do participante acerca da perda de peso com a ajuda da cirurgia, e o peso desejado a ser alcançado. A *Parte 3* inclui *ranking* de 14 motivos que levaram o paciente à decisão de realizar a cirurgia, cujas respostas seguem um gradiente crescente de importância (*POVATI Trial*)²⁰, numa escala Likert de 1 a 5 (não importante; pouco importante; razoavelmente importante; importante; muito importante). Para o estudo de validação, foram obtidas as autorizações do autor e

coautores do questionário, para tradução e adaptação para a língua portuguesa brasileira. O questionário foi criado por cirurgiões e pesquisadores da European Obesity Academy, baseado na experiência clínica desses pesquisadores que buscaram entender quais eram as expectativas do resultado cirúrgico.

Quadro 1 – Etapas metodológicas do estudo de validação

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Traduções	Comitê de especialistas	Pré-teste $n=5$	Validação $n= 161$
Comparação e adaptação	a) correção de semântica e adaptação para o Português;	Estudo Piloto $n=30$	aplicação do questionário
Retrotraduções	b) verificação por item do construto "expectativa"	aplicação do questionário	Análises estatística:
Comparação e adaptação	c) adequação população alvo	Reteste $n= 30$	*coeficiente alfa de Cronbach ²¹
		aplicação do questionário após 30 dias	*análise fatorial
			*validade de construto

Análise estatística

Após o estudo piloto e o reteste, foram realizadas análises estatísticas preliminares de confiabilidade por meio da análise de consistência interna, calculando-se o coeficiente alfa de Cronbach.²¹ Para a validação, ao concluir a coleta de dados, este procedimento de análise de confiabilidade foi repetido. De acordo com a ferramenta estatística alfa, quanto mais próximo do valor 1, maior é a consistência interna (confiabilidade). Sendo que o valor $\geq 0,7$ indica alta confiabilidade.²²

A adequação do modelo foi verificada por meio dos índices de qualidade de ajuste, conforme modelo de equações estruturais (SEM).^{22,23} O modelo de análise da estrutura e dimensões do instrumento foi a análise de estrutura fatorial confirmatória (CFA), estimada pelo método de mínimos quadrados diagonalmente ponderada sobre a matriz de correlação policórica dos itens.^{22,23} Foram analisados os índices Raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), que é um teste do ajustamento do modelo aos dados, indicando se o modelo está adequado para população. O índice RMSEA tem variação de 0 a 1, quanto menor melhor, idealmente $< 0,8$. Os Índices de ajuste comparativo (CFI) e o Índice de Tucker Lewis (TLI) que são índices de qualidade de ajuste do modelo.²³

Na análise da estrutura fatorial, verificou-se a correlação entre as variáveis sob um único construto, com as cargas fatoriais de cada item da escala.²³ Cargas fatoriais são a correlação de cada variável com o fator, sendo um meio de interpretar a representação de cada variável. Analisando a estimativa de variância entre outras variáveis indicando as comunalidades. De forma padronizada, estima-se que as cargas fatoriais significantes devem ser de 0,5 ou mais, sendo ideal de $\geq 0,7$.²³

Os dados coletados permitiram a análise da ocorrência de diferença nos escores por idade e por sexo dos participantes. Realizado o cálculo da Correlação de Pearson²⁴ para verificar diferença nos escores por idade. Por meio do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney,²⁵ verificou-se a diferença nas escores por sexo. O nível alfa de significância foi de 5%. As análises foram realizadas com auxílio do software R 4.1.3. (R Core Team, 2021).²⁶

Resultados

Etapa 1: Tradução e retrotradução

A versão original em inglês do EOAQ-EST foi submetida ao processo de tradução e retrotradução, conduzido por uma Consultoria de tradução para área de medicina e saúde. Realizado a primeira tradução e retrotradução (A e B), por meio de análise comparativa feita pela pesquisadora, obteve-se uma versão. Solicitado à consultoria a segunda tradução e retrotradução (C e D). A pesquisadora responsável realizou a análise comparativa das versões, correções de semântica e adaptação cultural gerando outra versão do instrumento traduzido.

Etapa 2: Painel de especialistas

O painel de especialistas formado por profissionais de saúde, atuantes em serviços públicos e privados na área de cirurgia bariátrica, sendo eles: um cirurgião do aparelho digestivo e cirurgião bariátrico, dois médicos endocrinologistas, um médico psiquiatra, dois psicólogos e dois nutricionistas, conduziu a revisão da versão traduzida do EOAQ-EST, que pretendeu avaliar a validade de face e a validade de conteúdo do instrumento traduzido. Ao painel de especialistas foi solicitado verificar: (a) correção de semântica, adaptação do questionário à língua portuguesa e à cultura brasileira; (b) verificação da capacidade de cada item do questionário de investigar o construto “expectativa”; (c) verificação se o instrumento está adequado para aplicação na população alvo. A análise comparativa das respostas do painel, obteve-se como resultado o índice de 85% de concordância entre os especialistas.

Etapa 3: Teste-reteste

Para verificação da compreensibilidade e para correções das partes do questionário, foi realizado um pré-teste, com sua aplicação em cinco pacientes candidatos à cirurgia bariátrica provenientes de serviços cirúrgicos diversos. O processo de adaptação para o português e para cultura brasileira procedeu com as adaptações. No estudo piloto, 30 pacientes responderam ao questionário EOAQ-EST. Após o intervalo de tempo de 30 dias os mesmos 30 pacientes responderam novamente ao questionário.

Etapa 4: Validação

Na fase de validade, a versão em português adaptada do EOAQ-EST foi respondida por 161 adultos candidatos à cirurgia bariátrica, com média de idade de 46,37 anos (SD = 10,29), apresentando o peso médio de 129,8 quilos (SD = 25,9) e portadores do IMC médio de 48,3 (SD=8,3). As características sociodemográficas e clínicas dos participantes foram, ambos os sexos, sendo 137(85,1%) do sexo feminino; na categoria escolaridade, 44,7% apresentaram o ensino médio concluído; 41% dos indivíduos tiveram o diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 e

faziam tratamento; 27 indivíduos referiram ter o diagnóstico de Depressão, mas somente 18 destes estavam em tratamento; 57 indivíduos (35,4%) apresentaram ganho de peso na faixa etária de 21 a 30 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo de validação, candidatos à cirurgia bariátrica.

Variáveis das Partes 1 e 2		n=161	Percentual
Sexo	Feminino	137	85,1 %
	Masculino	24	14,9 %
Ocupação	Trabalha atualmente	89	55,3 %
	Desempregado	19	11,8 %
	Do lar	35	21,7%
	Aposentado	12	7,4%
	Licença Médica	6	3,7%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	42	26%
	Ensino médio completo	72	44,7 %
	Técnico completo	8	4,9 %
	Ensino superior completo	39	24,2%
Diabetes mellitus tipo 2	Não	95	59 %
	Sim	66	41 %
Tratamento DM2	comprimido	46	69,7 %
	insulina injetável	20	30,3 %
Hipertensão arterial sistêmica	Não	47	29,2 %
	Sim	114	70,8 %
Depressão	Não	134	83,2 %
	Sim	27	16,7 %
Tratamento Depressão	Medicamento	18	69,2 %
	Não faz	8	30,7 %
Bebida alcoólica	Não ingeri	106	65,8 %
	Ingeri socialmente	54	33,5 %
	Ingeri de 2 a 4 vezes por semana	1	0,6 %
	Ingeri todos os dias	0	0,0 %
Faixa etária do início do ganho de peso	De 2 a 10 anos	38	23,6 %
	De 11 a 20 anos	41	25,4 %
	De 21 a 30 anos	57	35,4 %
	De 31 a 40 anos	20	12,4 %
	De 41 a 50 anos	5	3,1 %

Análise de confiabilidade

Nas análises estatísticas de teste-reteste, por meio do cálculo do coeficiente de Pearson ou coeficiente de correlação intraclasse (ICC) entre as aplicações do questionário no estudo piloto e no reteste. O resultado da correlação positiva foi de 0,95 com valor de $p < 0.001$ contra a hipótese de nulidade. Sendo, portanto, demonstrada estabilidade do instrumento.

A análise de confiabilidade realizada para o ranking de 14 itens da parte 3 do questionário, calculou o coeficiente alfa de Cronbach dos dados coletados no estudo piloto, no reteste e no estudo de validação. Os resultados foram índice de 0,706 para o estudo piloto indicando alta confiabilidade, e o índice de 0,670 para reteste. Referente à etapa de validação o índice do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,721 indicando alta confiabilidade, com intervalo de confiança 95% entre 0,662 e 0,780.

A consistência interna foi verificada por meio da análise item-total de consistência interna, calculando o coeficiente alfa de Cronbach ao excluir cada item da escala. Os índices apontaram que cada item mede de forma consistente do construto. (Tabela 2).

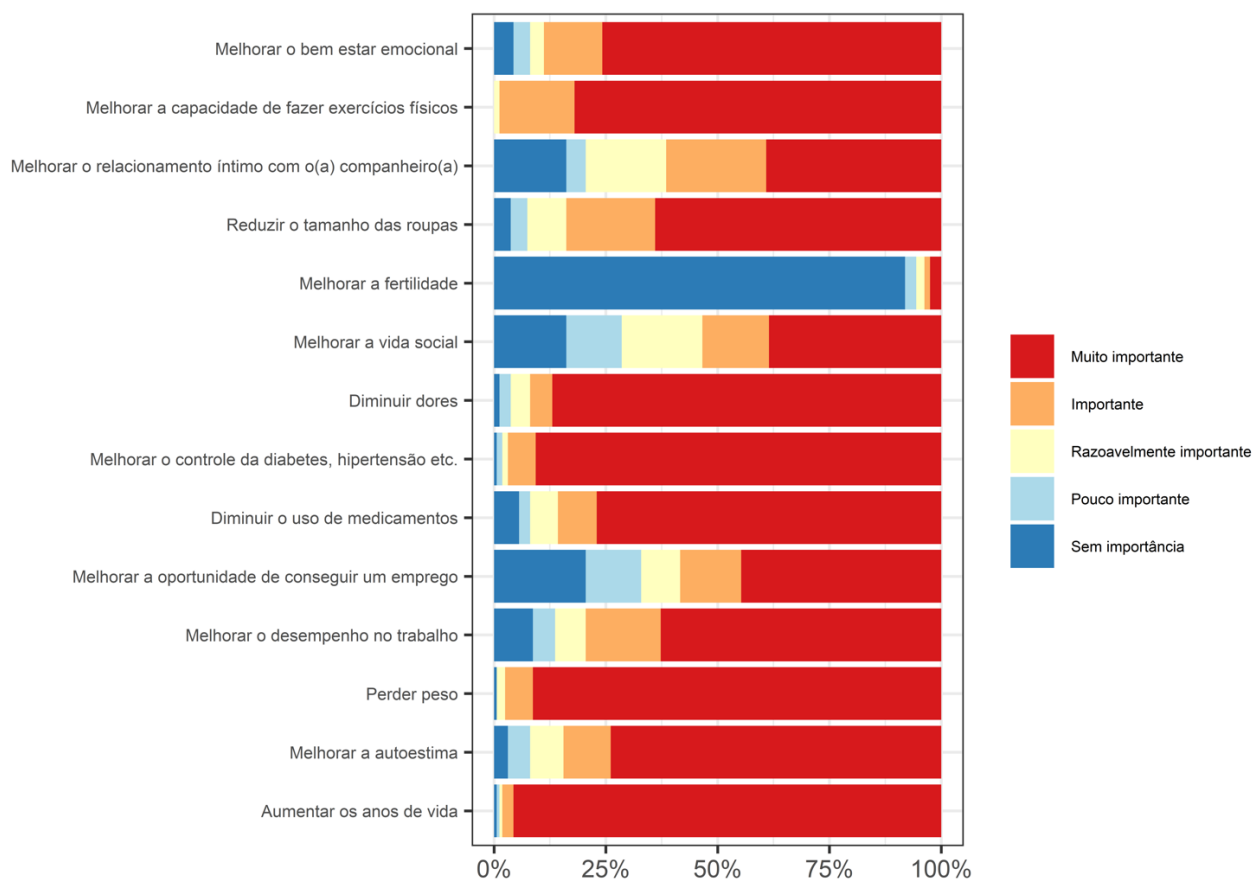
Tabela 2 – Consistência Interna: alfa de Cronbach e correlação item-total

Coeficiente alfa de Cronbach 0,721		
Itens da escala	Correlação do item-total	alfa excluindo o item
Item 1	0,568	0,678
Item 2	0,323	0,714
Item 3	0,369	0,704
Item 4	0,349	0,704
Item 5	0,089	0,728
Item 6	0,545	0,673
Item 7	0,220	0,717
Item 8	0,357	0,709
Item 9	0,367	0,702
Item 10	0,318	0,717
Item 11	0,306	0,711
Item 12	0,447	0,706
Item 13	0,487	0,688
Item 14	0,121	0,723

n = 161

No que se refere as respostas, de acordo com o gradiente crescente de importância da escala de 14 itens, destacamos que o item “Aumentar os anos de vida”, que obteve a maior parte das respostas como um motivo muito importante na decisão de realizar a cirurgia bariátrica. Seguido dos itens “Perder peso” e “Melhorar o controle da Diabetes, Hipertensão etc. “. Observa-se que o item “Melhorar a vida social” obteve respostas em todos os gradientes de importância, sinalizando que alguns indivíduos consideraram um motivo sem importância. Destaca-se que o item 5 da escala “Melhorar a fertilidade”, a maior parte das respostas considerou um motivo sem importância (Figura 1).

Figura 1 – Respostas de cada item da escala de 14 itens de acordo com o gradiente crescente de importância (de sem importância a muito importante).



Análise da estrutura fatorial

Análises estatísticas preliminares realizadas demonstraram evidências de que os 14 itens da escala, se agrupariam de forma satisfatória numa estrutura unifatorial. Por meio da correlação entre as variáveis observadas, analisou-se a dimensionalidade do instrumento, supondo uma unidimensionalidade da estrutura de covariância dos dados.

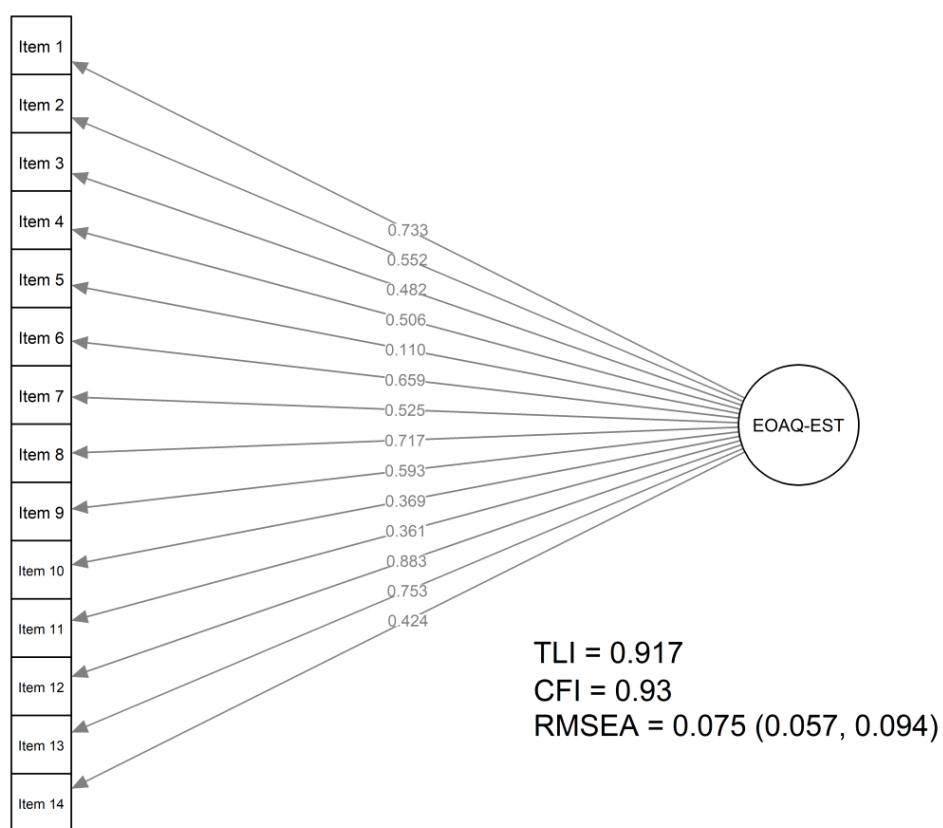
O modelo fatorial de um único fator, onde a variável latente está representada, é demonstrado pelo diagrama de caminhos (Figura 2). As cargas fatoriais maiores evidenciam que esses motivos representam significativamente o construto (item 12 = 0,883, item 13 = 0,753 e item 1 = 0,733), respectivamente, correspondem aos motivos “Perder peso”, “Melhorar a autoestima” e “Melhorar o bem-estar emocional”. As cargas fatoriais de cada item e a correlação entre as variáveis ou fatores, oferece um parâmetro da covariância entre os fatores e as comunicações²². Observou-se que três itens apresentaram cargas fatoriais menores (item 5 = 0,110, item 10 = 0,369 e item 11 = 0,361) respectivamente representam os motivos “Melhorar a fertilidade”, “Melhorar a oportunidade de conseguir emprego” e “Melhorar o desempenho no trabalho”, motivos esses associados ao momento de vida, à idade, sexo, e condição

socioeconômica do paciente. Para a análise de significância prática, na interpretação da correlação entre as variáveis, considera-se o tamanho da amostra, apresentando em análise de estrutura fatorial, uma unidimensionalidade na correlação entre as variáveis.

A análise fatorial confirmatória foi ajustada pelo método de mínimos quadrados diagonalmente ponderada (DWLS) sobre a matriz de correlação policórica dos itens. Na análise de qualidade de ajuste (Goodness off fit – GOF)²², os índices de qualidade do ajuste foram 0,930 para *Comparative Fit Index* (CFI) e 0,917 para *Tucker-Lewis Index* (TLI).

Para estimar o erro do modelo, o índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) o resultado demonstrou ser bom modelo, o valor de 0,075, IC95%, modelo, com valor p RMSEA $\leq 0,05$ contra hipótese nulidade.

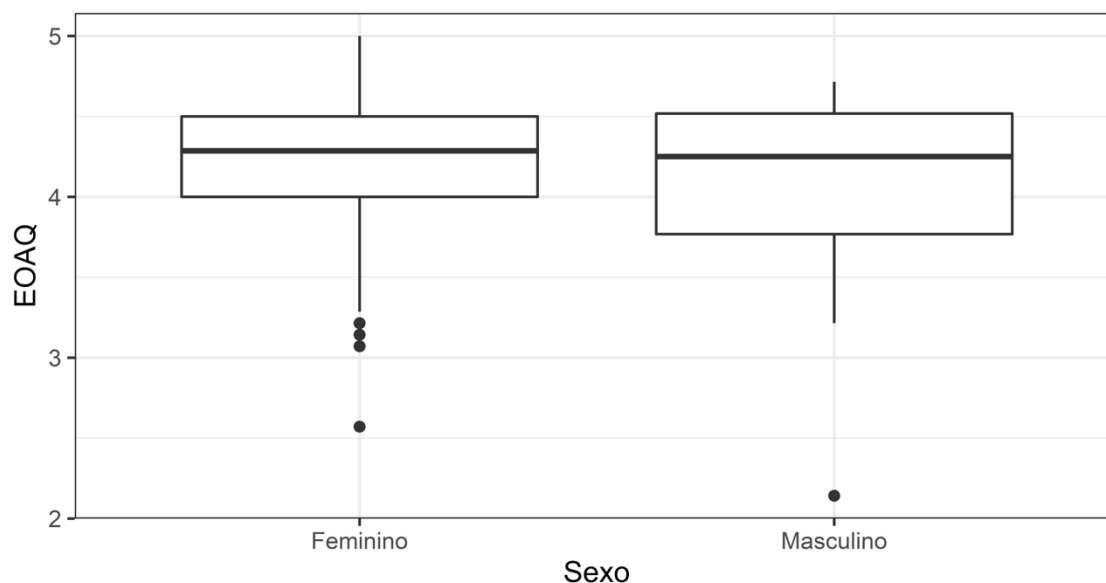
Figura 2 – Diagrama de caminhos da correlação entre as variáveis (itens) com suas cargas fatoriais e os índices de ajuste de qualidade (CFI e TLI) e índice ajustamento ao modelo (RMSEA).



Na correlação de Pearson obteve-se o valor de - 0,098, ligeiramente negativo, sendo um indicativo que a força de correlação entre as duas variáveis é muito pequena. Portanto, evidenciando que não deve haver relação entre as variáveis, demonstrando não haver mudança nos escores de acordo com a idade.

O teste Wilcoxon-Mann-Whitney verificou a ocorrência de diferença nos escores por sexo. Na comparação, obteve-se a média no sexo feminino de 4,5, e a média para o sexo masculino 4,1 demonstrado pelo diagrama de caixas (Figura 3). Não há evidência de diferença nos escores da escala entre homens e mulheres (valor-p = 0,794).

Figura 3 – Demonstração da ocorrência de diferença nos escores por sexo



Discussão

O processo de adaptação cultural do questionário EOAQ-EST, foi conduzido de forma minuciosa por parte dos pesquisadores e pelo painel de especialistas, priorizando a clareza de termos técnicos e a compreensibilidade dos itens do questionário, de modo a atingir a sua abrangência de população e do nível de instrução, conduzindo a validade de face e a validade de conteúdo.

Em comparação à versão original em inglês, a versão adaptada em português do questionário EOAQ-EST contemplou maiores detalhes sobre doenças crônicas associadas à obesidade, como doença cardíaca; história de obesidade e a faixa etária que iniciou o ganho de peso. Durante a coleta de dados, não foram observadas dificuldades de compreensão das perguntas do questionário, considerando assim, adequação na versão adaptada em português do EOAQ-EST, com bom desempenho no teste de validade.

Em análise de confiabilidade, o teste-reteste demonstrou a estabilidade do instrumento. A análise de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach²¹) apresentou índice de 0,721 no estudo de validação, indicando alta confiabilidade, demonstrando que os itens da escala (indicadores) estão interrelacionados de forma consistente ao medir o construto. Entre os achados da análise, o item 5 “Melhorar a fertilidade” foi o item da escala, que quando excluído, o índice alfa de Cronbach aumenta para 0,728. Sinalizando assim, que este item pode ser muito específico para a avaliar expectativa frente à cirurgia bariátrica, pode estar associado a idade, ao momento de vida do paciente, sexo etc.

A respeito da dimensionalidade do instrumento, a análise de estrutura fatorial verificou a estimativa de covariância das variáveis observadas de forma unidimensional. De acordo com Hair et al²³, quanto maior o valor absoluto da carga, maior sua importância na interpretação da matriz fatorial.²³ Embora as cargas fatoriais de três itens tenham apresentado índice menor de significância (item 5 = 0,110, item 10 = 0,369 e item 11 = 0,361), que são respectivamente os motivos “Melhorar a fertilidade”, “Melhorar a oportunidade de conseguir emprego” e “Melhorar o desempenho no trabalho”, na interpretação das cargas fatoriais, considera-se a intercorrelação das variáveis e o tamanho da amostra, denominada significância prática. As cargas fatoriais na faixa de $\pm 0,30$ a $\pm 0,40$ são consideradas nível mínimo para interpretação de estrutura.²³

Durante a aplicação do EOAQ-EST, observou-se que ao responder o questionário, o paciente é levado a refletir sobre sua atual condição de saúde física e sobre sua própria história de obesidade. Na parte 2 do questionário, o paciente é abordado cognitivamente de formas diferentes. Por meio do desenho da figura humana (silhueta humana de Stunkard¹⁹) o paciente entra em contato com sua imagem corporal atual e faz a escolha da figura numa perspectiva de futuro, isto é, para o pós-operatório. O estudo prospectivo de Hult et al⁸ realizado na Suécia com 50 pacientes desde o pré-operatório até 1 ano do pós-operatório, demonstrou que o objetivo primário em realizar a cirurgia foi a perda de peso, no pós-operatório verificou-se que elevar autoestima associada à imagem corporal, era o mais importante.

Numa abordagem cognitiva, a parte 2 estimula o paciente a refletir sobre a conhecimento dele sobre a quantidade de quilos que é possível perder com a cirurgia, e sobre o peso desejado pelo paciente. Nesse item é possível verificar se há distorções sobre o que real ou imaginário, o chamado “pensamento mágico” acreditando que perderá elevado número de quilos. Diante da questão alguns pacientes verbalizaram *...” eu gostaria de ter o peso que tinha aos 20 anos”*. Um estudo realizado na Holanda sobre as informações do pré-operatório, expectativa e risco de morte, por van Rijswijk

et al²⁷, os pesquisadores pediram aos pacientes do estudo responderem um questionário antes da palestra psico-educativa, sobre a cirurgia bariátrica, e novamente depois da palestra. O resultado foi que 40% dos pacientes ficaram decepcionados com as informações “reais” recebidas na palestra. Uma vez que haviam estabelecido um peso muito elevado como meta, muito diferente do real informado sobre perda de peso em palestra. E 30% dos pacientes aceitariam o risco de 10% de mortalidade. Esses resultados corroboram o estudo de Coblijn et al²⁸ em 2018, que demonstrou que apenas 22% de 356 participantes preferiram ter informações detalhadas sobre risco de complicações no pós-operatório.

Na parte 3 do questionário é apresentado ao paciente o ranking de 14 motivos, buscando-se entender a decisão de realizar a cirurgia bariátrica. Ao dizer o grau de importância para cada motivo, o paciente pondera, alguns se emocionam ao pensar nas perdas ao longo dos anos de obesidade. Por exemplo, a perda da estabilidade emocional, da intimidade com o companheiro, prejuízos, renúncias por incapacitação física ou psicológica, submetendo-se à subemprego mesmo com formação superior. Esses motivos (variáveis) interferem na decisão em realizar a cirurgia. O estudo de Jung et al²⁹ demonstra em seus resultados a interferência das vivências de discriminação, o estigma social ao longo de vida sobre o indivíduo portador de obesidade. Existem consequências psicológicas mesmo após a perda de peso, independentemente do método de tratamento, prevalecendo a insatisfação com a imagem corporal.

A obesidade é uma doença complexa e heterogênea, ocorrendo uma variabilidade de resultados no pós-operatório, no que se refere à qualidade de vida e redução de peso. As intercorrências cirúrgicas, reincidência de transtornos alimentares também contribuem para resultados insatisfatórios no pós-operatório. Diante de nossos achados, com os resultados explanados nesta discussão, fica evidenciado a relevância de se compreender as expectativas quanto ao resultado da cirurgia bariátrica.

Agregando importância ao presente estudo de validação, onde o instrumento psicométrico EOAQ-EST validado, poderá contribuir para sanar essa lacuna do conhecimento, auxiliando na avaliação multiprofissional, de forma individualizada, visando o melhor preparo do candidato à cirurgia bariátrica.

Adicionalmente, salientamos que estudos recentes⁵⁻¹⁵ supracitados neste artigo, corroboram o fato de não existir um instrumento de avaliação de expectativa, uma vez que esses estudos utilizaram em suas pesquisas escalas de saúde mental. Como o estudo longitudinal de Conceição et al¹⁰, realizado em 64 pacientes desde o pré-operatório até 2 anos de pós-operatório, demonstrando que as expectativas não realistas de perda de peso prevalece a longo prazo.

Limitações

O questionário *EOAQ-EST* foi desenvolvido originalmente no idioma inglês pelos pesquisadores da Universidade de Heidelberg. Traduzido para o idioma alemão, para ser aplicado aos pacientes do Hospital de Heidelberg. Os resultados foram publicados, mas o questionário não foi validado no país de origem.

Os autores explicaram que o questionário foi criado baseado na experiência clínica da equipe de cirurgias bariátricas, e discutido amplamente entre professores e alunos da pós-graduação da European Obesity Academy. Os pesquisadores buscaram compreender a expectativa de perda de peso com a cirurgia, de mudança da imagem corporal, de estilo de vida e o significado da cirurgia para cada candidato.

Pode-se considerar uma limitação deste estudo, a falta de um instrumento psicométrico “padrão ouro”, não possibilitando a comparação com a versão traduzida adaptada do *EOAQ-EST*, por meio da análise da validade de critério, obter dados que confirmem a validade de construto. Recomenda-se que futuros estudos multicêntricos e longitudinais sejam realizados, verificando se os pacientes participantes deste estudo, que pontuaram elevada expectativa, apresentaram alguma intercorrência no pós-operatório da cirurgia bariátrica ou se ocorreu o reganho de peso.

Conclusões

A insatisfação com a imagem corporal, com a redução de peso podem estar associadas ao reganho de peso observados no período pós-operatório da cirurgia bariátrica. Estudos científicos e a prática clínica no tratamento cirúrgico da obesidade, vêm demonstrando que as metas estabelecidas pelo paciente de perda peso estão em descompasso com as metas estabelecidas pela equipe de saúde.

Neste estudo, o questionário *EOAQ-EST* foi traduzido de sua versão original em inglês para o português, adaptado para cultura brasileira, perseguindo o rigor metodológico para estudos de validação de instrumentos psicométricos. Os resultados evidenciaram estabilidade, confiabilidade (consistência interna) e validade de conteúdo do instrumento. A análise fatorial confirmatória, bem como as demais análises, indicaram a estrutura psicométrica de forma unidimensional na validade de construto, indicando qualidades psicométricas promissoras na capacidade do instrumento na avaliação das expectativas de resultado da cirurgia bariátrica. No entanto, sugere-se futuros estudos que possibilitem que a versão em português adaptado do *EOAQ-EST*, passe por novos

testes de validade, e possa contribuir com equipes multiprofissionais no preparo do candidato à cirurgia bariátrica.

Referências

- 1 WOF. Position Statement. Global Obesity Observatory. *Obesity prevalence* [Internet]. London: World Obesity Federation; 2021 [citado em 2021]; Disponível em: <https://data.worldobesity.org/>.
- 2 WHO. World Health Organization[Internet]; 2020 [citado em 2021] Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 3 Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation Position Statement. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. *Obes Rev.*2017;18(7):715-23.
- 4 Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, Fried M, et al. Practical recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the study of obesity for the post-bariatric surgery medical management. *Obes Facts.* 2017;10(6):597–632.
- 5 Gaudrat B, Andrieux S, Florent V, Rousseau A. Psychological characteristics of patients seeking bariatric treatment versus those seeking medical treatment for obesity: is bariatric surgery a last best hope? *Eat Weight Disord.* 2021;26(3):949-61.
- 6 Velapati SR et al. Weight Regain After Bariatric Surgery: Prevalence, Etiology, and Treatment. *Curr Nutr Rep.* 2018;7(4):329-34.
- 7 Opozda M, Witter G, Chur-Hansen A. Patients' expectations and experiences of eating behavior change after bariatric procedures. *Clin Obes.* 2018;8(5):355-65.
- 8 Hult M, Bonn SE, Brandt L, Wirén M, Lagerros YT. Women's satisfaction with and reasons to seek bariatric surgery - a prospective study in Sweden with 1-year follow-up. *Obes Surg.* 2019;29(7):2059-70.
- 9 King WC, Hinerman AS, Courcoulas AP. Weight regain after bariatric surgery: a systematic literature review and comparison across studies using a large reference sample. *Surg Obes Relat Dis.* 2020;16(8):1133-44.

- 10 Conceição EM, de Lourdes M, Moreira L, Pinto-Bastos A, Félix S. Weight loss expectations and weight loss after surgery: the mediating role of body image and weight concerns. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(7):932-39.
- 11 Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4(1):6-10.
- 12 Wee CC, Hamel MB, Apovian CM, Blackburn GL, Bolcic-Jankovic D, Colten ME, et al. Expectations for weight loss and willingness to accept risk among patients seeking weight loss surgery. *JAMA Surg*. 2013;148(3):264-71.
- 13 Homer CV, Tod AM, Thompson AR, Allmark P, Goyder E. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(2): e009389.
- 14 Pearl RL, Wadden TA, Waltona K, Allison KC, Tronieri JS, Williams NN. Health and appearance: Factors motivating the decision to seek bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2019;15(4):636-42.
- 15 Cohn I, Raman J, Sui Z. Patient motivations and expectations prior to bariatric surgery: a qualitative systematic review. *Obes Rev*. 2019; 20:1608-18.
- 16 Fischer L, Nickel F, Sander J, Ernest A, Bruckner T, Herbig B, et al. Patient expectations of bariatric surgery are gender specific__a prospective, multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(3): 516-23.
- 17 Beaton DE, Bombadier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25:3186-91.
- 18 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46:1417-32.
- 19 Bulik CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(10):1517-24.

- 20 Fischer L, Deckert A, Diener MK, Zimmermann JB, Büchler MW, Seiler CM. Ranking of the patient and surgeons' perspectives for endpoints in randomized controlled trials—lessons learned from the POVATI trial [ISRCTN60734227]. *Langenbecks Arch Surg*. 2011;396(7):1061-6.
- 21 Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
- 22 Hu L, Bentler PM. "Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives". *Structural Equation Modeling*. 1999;6 (1): 1–55.
- 23 Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2006.
- 24 Pearson K. Notes on regression and inheritance in the case of two parents. *Proceedings of the Royal Society of London*. 1895;58: 240–42.
- 25 Mann HB, Whitney DR. "On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other". *Annals of Mathematical Statistics*. 1947;18 (1): 50–60.
- 26 R Core Team. *R: a language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing 2019.
- 27 van Rijswijk AS, Evren I, Geubbels N, Hutten BA, Acherman YIZ, van der Peet DL, Bruin SC. Outcome expectation and risk tolerance in patients seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(1):139-46.
- 28 Coblijn UK, Lagarde SM, de Raaf CAL, van Wagenveld BA, Smets EMA. Patients' preferences for information in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2018;14(1):665-73.
- 29 Jung F, Spahlholz J, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Impact of Weight-Related Discrimination, Body Dissatisfaction and Self-Stigma on the Desire to Weigh Less. *Obes Facts*. 2017; 10:139-51.

- 30 Gaudrat B, Florent V, Andrieux S, Rousseau A. "I want to lose weight and it has to be fair": predictors of satisfaction after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2021;31(2):763-72.
- 31 Alberts J, Löwe B, Glahn MA, Petrie K, Laferton J, Nestoriuc Y et al. Development of the generic, multidimensional Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q) through systematic literature review, expert surveys, and qualitative interviews. *BMJ Open.* 2020;10(8):e036169.
- 32 Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas.* 1960;20(1):37-46.
- 33 Shiloh S, Wade CH, Roberts JS, Alford SH, Biesecker BB. Risk perceptions and worry about common diseases: a between- and within-subjects examination. *Psychol Health.* 2013;28(4):434-49.
- 34 Tarrant M, Khan SS, Farrow CV, Shah P, Daly M, Kos K. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: a qualitative interview study. *Br J Health Psychol.* 2017;22(1):77-93.
- 35 Neff KJ, Olbers T, Le Roux CW. Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Med.* 2013; 11:8-24.
- 36 Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: an explorative longitudinal study. *J Health Psychol.* 2015;20(7):942-53.