

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Programa De Mestrado Em Ciências Da Saúde

Fabiana Salatino Fangueiro

**COMPULSÃO ALIMENTAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA DE
PACIENTES ASSISTIDOS POR SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM
HOSPITAL DE SÃO PAULO E SUA CORRELAÇÃO COM A PERDA
DE PESO**

São Paulo
2020

Fabiana Salatino Fangueiro

**COMPULSÃO ALIMENTAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA DE
PACIENTES ASSISTIDOS POR SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM
HOSPITAL DE SÃO PAULO E SUA CORRELAÇÃO COM A PERDA
DE PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Colombo.
Coorientadora: Profa. Dra. Carolina Nunes França.

São Paulo

2020

F214c Fangueiro, Fabiana Salatino

Compulsão alimentar após cirurgia bariátrica de pacientes assistidos por serviço de referência em hospital de São Paulo e sua correlação com perda ou ganho de peso / Fabiana Salatino Fangueiro. – São Paulo, 2020.

56 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2020.

Orientador(a): Profª. Dra. Patrícia Colombo de Souza

Coorientador(a): Profª. Dra. Carolina Nunes França

1. Compulsão alimentar. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Obesidade. 4. Transtorno de compulsão alimentar periódico. I. Souza, Patrícia Colombo, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Elaborado por Ricardo Pereira de Souza – CRB 8 / 9485

Fabiana Salatino Fangueiro

**COMPULSÃO ALIMENTAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA DE
PACIENTES ASSISTIDOS POR SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM
HOSPITAL DE SÃO PAULO E SUA CORRELAÇÃO COM A PERDA
DE PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Colombo. Coorientadora: Profa. Dra. Carolina Nunes França.

São Paulo, 11 de Dezembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elias Jirjoss Ilias

Prof. Dra. Mônica de Aguiar Medeiros

Prof. Dra. Patrícia Colombo de Souza

Conceito Final:_____

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais, Airton Figueiro e Miriam Figueiro e ao meu esposo, Leandro Lopes. À minha prima, Gabriela Liedke, pelo incentivo e amizade.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Profa. Dra. Patrícia Colombo de Souza. Obrigada pelas valiosas sugestões, pelo carinho, atenção e dedicação.

À querida Profa. Dra. Carolina Nunes França, pela dedicação incansável, e pelo auxílio dado durante a execução deste trabalho.

À nutricionista, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mônica Fernandez pela dedicação, paciência e empenho durante toda a coleta de dados.

Ao Dr. Elias Jirjos Ilias pela sua disponibilidade e pela oportunidade a mim concedida, de desenvolver esse trabalho na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A todos os docentes da UNISA que compartilharam os seus conhecimentos e colaboraram para a finalização deste trabalho.

Aos pacientes, por aceitarem e dedicarem seu tempo para execução desta pesquisa.

Aos meus colegas de aula, pela amizade, convivência e aprendizado.

RESUMO

Introdução: A obesidade é um distúrbio de origem multifatorial complexa que agrega aspectos de ordem psicológica, social, biológica e requer abordagem multidisciplinar para compreensão, diagnóstico e tratamento adequados. Para alguns pacientes, a cirurgia bariátrica é a ferramenta mais eficaz para o tratamento e controle da obesidade, porém, alguns pacientes não obtêm o resultado desejado ou recuperam parte do peso perdido. Como a alteração no comportamento alimentar pode influenciar negativamente na perda de peso, reconhecer esta condição se torna fundamental para a reintervenção precoce a fim de garantir ao paciente o sucesso esperado após a realização da cirurgia bariátrica. **Objetivo:** Identificar, após 18 meses da realização da cirurgia bariátrica, a variação da compulsão alimentar e sua relação com a perda ou ganho de peso. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo com 108 pacientes assistidos por um hospital de referência em São Paulo – Brasil, onde realizaram cirurgia bariátrica pela técnica by-pass gástrico em Y-de-Roux (BGYR), há no mínimo 18 meses. Os dados antropométricos e as características gerais da amostra foram coletados dos prontuários. Os sintomas de compulsão alimentar, aferidos com a aplicação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), foram relacionados com a perda ou ganho de peso aferido no momento da aplicação. Para a análise dos dados foram utilizados os testes Quiquadrado, regressão linear simples, ANOVA, Teste t, Wilcoxon, Friedman e Mann-Whitney. **Resultados:** A média de idade (erro-padrão) foi de 47 ($\pm 0,91$). Os pacientes perderam 33,27% do peso inicial e recuperaram 5,74% após os 18 meses decorridos da cirurgia. O IMC e a idade influenciaram significativamente na perda de peso dependente da cirurgia ($p=0,028$ e $p=0,010$, respectivamente). O tempo cirúrgico acima de 50 meses foi associado ao maior ganho de peso ($p < 0,0001$). **Conclusões:** A variação da intensidade de compulsão alimentar após 18 meses da cirurgia bariátrica é um fator que interfere no ganho de peso. A presença de sintomas de compulsão alimentar interfere negativamente no percentual de peso perdido.

Palavras chave: Compulsão Alimentar. Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a complex multifactorial disorder that combines psychological, social, biological aspects and requires a multidisciplinary approach for proper understanding, diagnosis and treatment. Bariatric surgery, for some patients, is the most effective tool for obesity treatment and control, however, some patients doesn't achieve the desired weight or regain part of the lost weight. Since some change in eating behaviour may negatively influence weight losses, recognizing this condition is essential in order to proceed with an early reintervention and guarantee to the patient the expected outcome. **Objective:** Identify, 18 months after bariatric surgery, binge eating variations and its relations with weight gain or losses. **Methods:** Cross-sectional, retrospective study with 108 patients, assisted by a hospital reference in São Paulo (Brazil), where they underwent bariatric surgery using the Roux-en-Y gastric bypass technique (RGBY) for at least 18 months. Anthropometric data and general characteristics of the sample were collected from medical records. Binge eating symptoms, measured with the application of the Periodic Eating Compulsion Scale (ECAP), were related to the loss or weight gain measured at the time of application. For data analysis, the Chi-square tests, simple linear regression, ANOVA, t-test, Wilcoxon, Friedman and Mann-Whitney were used. **Results:** Mean age (standard error) was 47 (± 0.91). Patients lost 33.27% of their initial weight and recovered 5.74% after 18 months after surgery. BMI and age change significantly in surgery-dependent weight loss ($p = 0.028$ and $p = 0.010$, respectively). Surgical time over 50 months was associated with greater weight gain ($p < 0.0001$). **Conclusions:** The variation in binge eating intensity 18 months after bariatric surgery is a factor that interferes with weight gain. The presence of binge eating symptoms negatively interferes in lost weight percentage.

Keywords: Binge eating. Bariatric surgery. Obesity. Periodic binge eating disorder.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características gerais e índices antropométricos dos 108 pacientes pós bariátricos avaliados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ano 2019).....	25
Tabela 2 - Análises de regressão linear simples e correlações com a perda de peso entre o peso aferido no dia da realização de cirurgia bariátrica e o peso aferido aos 18 meses de cirurgia.....	26
Tabela 3 - Análises de regressão linear simples e correlações com a perda de peso entre o peso aferido aos 18 meses de cirurgia bariátrica e peso aferido no dia da aplicação da ECAP.	26
Tabela 4 - Comparação do ganho de peso (peso aferido na data da aplicação da ECAP e peso aferido aos 18 meses de cirurgia) entre grupos conforme tempo decorrido da cirurgia bariátrica (≤ 50 ou > 50 meses).	26
Tabela 5 - Variações percentuais entre os pesos.	28
Tabela 6 - Porcentagem do excesso de peso perdido (%PEP).	28
Tabela 7 - Comparação entre o peso aferido aos 18 meses de cirurgia bariátrica e o peso aferido no dia da aplicação da ECAP.	29

Lista de Abreviaturas

%PEP	Percentual do Excesso de Peso Perdido
BGRY	Bypass Gástrico em Y-De-Roux
CA	Compulsão Alimentar
CAP	Compulsão Alimentar Periódica
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar Periódica
IMC	Índice de Massa Corporal
LOCE	<i>Loss of Control Eating</i>
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAs	Transtornos Alimentares
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3. JUSTIFICATIVA.....	19
4. OBJETIVOS.....	20
4.1 Geral.....	20
4.2 Específicos	20
5. MÉTODOS.....	21
5.1 Tipo de estudo.....	21
5.2 Local da pesquisa	21
5.6 Instrumentos de coleta de dados	22
5.7 Dados coletados – variáveis estudadas	22
5.8 Análise dos resultados	23
5.9 Análise estatística	24
6. RESULTADOS	25
7. DISCUSSÃO.....	30
8. LIMITAÇÕES	34
9. CONCLUSÕES.....	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A – Banco de dados	43
ANEXO A – Escala de compulsão alimentar periódica.....	46
ANEXO B - Parecer consubstanciado/Unisa	50
ANEXO C – Parecer consubstanciado/Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença epidêmica, crônica, multifatorial, dispendiosa, de alto risco e que afeta milhões de pessoas. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e em todos os níveis socioeconômicos, tornando-se objeto de políticas públicas no Ministério da Saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (1).

Diante da dificuldade em se obter bons resultados com o tratamento clínico definitivo para a obesidade por meio da associação do uso de medicamentos com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividade física, e, considerando o alto risco de morbimortalidade gerado pela obesidade, ganha destaque a procura pela cirurgia bariátrica (2). A cirurgia bariátrica é então o tratamento mais eficaz para o controle da obesidade grave, proporcionando aos pacientes a diminuição ou a remissão de diversas doenças associadas, com consequente melhoria na qualidade de vida (3,4).

Um dos fatores mais importantes que determinam o sucesso do resultado do procedimento cirúrgico é o percentual do peso perdido. Após a cirurgia, os pacientes são acompanhados por uma equipe multiprofissional e orientados a manter as recomendações e hábitos comportamentais saudáveis relacionados à alimentação. Isso inclui refeições em pequenas porções, mastigar os alimentos por completo e lentamente, evitar alimentos com alto teor de carboidrato, gordura, açúcar e outros mal tolerados, aumentar a ingestão de água, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e identificar e tratar a compulsão alimentar e/ou o ato de petiscar (5).

Mesmo sendo um tratamento eficaz contra a obesidade e comorbidades associadas, alterações emocionais e comportamentais podem acarretar danos na recuperação e readaptação do estilo de vida necessário para manutenção dos resultados esperados com o procedimento cirúrgico (6,7). Entre os transtornos Alimentares (TAs), os do tipo Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Compulsão Alimentar Periódica (CAP) são os que possuem alta incidência principalmente entre os obesos candidatos a cirurgia bariátrica (8).

A CAP é caracterizada pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (9). Quando esses episódios ocorrem em pelo menos uma vez na semana durante três meses, associados a algumas

características de perda de controle e não sendo acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem a síndrome denominada TCAP (10).

Um dos métodos para avaliar a CAP em pacientes obesos é a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). A ECAP é composta por um questionário autoaplicável que tem o propósito de identificar comportamentos e cognições características da ingestão compulsiva nos sujeitos obesos. Este questionário discrimina quanto à gravidade da CAP em diferentes contextos estabelecendo parâmetros face ao prognóstico e intervenção para o adequado tratamento (11).

Diversos estudos tentaram relacionar a presença de variáveis psicossociais, como TCAP, com o sucesso da cirurgia bariátrica (3,12–14). Porém, os dados disponíveis na literatura não são conclusivos e chamam a atenção para a necessidade de avaliações mais completas, eventual tratamento prévio de problemas alimentares, avaliações periódicas no pré e pós-cirúrgico englobando os problemas alimentares, bem como tratamento multiprofissional para aqueles que apresentam TCAP (4).

Sendo assim, o objetivo principal deste estudo foi identificar, após 18 meses da realização da cirurgia bariátrica, a variação da compulsão alimentar e sua relação com a perda ou ganho de peso.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura e que representa riscos à saúde (15).

A medida mais simples e comum utilizada para classificar a obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice é calculado através da divisão do peso em quilogramas (Kg) pela altura em metros (m) elevada ao quadrado, (Kg/m^2). Os valores de referência para o diagnóstico da obesidade são alcançados a partir do $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$. A obesidade é dividida em graus, de acordo com o aumento do IMC, a saber: entre 30 e $34,99 \text{ kg/m}^2$: grau 1; entre 35 e $39,99 \text{ kg/m}^2$: grau 2; acima de 40 kg/m^2 : grau 3. Mesmo com algumas limitações, o IMC é um bom indicador para o rastreio inicial da obesidade visto que, em função do seu baixo custo e de sua praticidade, pode facilmente estimar a prevalência da obesidade numa população (16).

A obesidade é fator de risco para diversas doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos (como osteoartrite) e certos tipos de câncer. Algumas dessas doenças associadas podem constituir a principal causa de redução na expectativa de vida e morte dessa população. Outras consequências importantes para a saúde do obeso com impacto negativo na qualidade de vida são apneia obstrutiva do sono, infertilidade, complicações obstétricas e comorbidades psiquiátricas (17).

Considerada uma epidemia, a obesidade vem crescendo em todo mundo (15,18,19). Globalmente, estima-se que um total de 1,9 bilhão e 609 milhões de adultos tenham sobrepeso e obesidade, respectivamente, o que representa aproximadamente 39% da população mundial (20). No Brasil, segundo os dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), realizado em 2019, 55,4% da população estava com excesso de peso, sendo maior a incidência entre homens (57,1%). A frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sem diferença entre os sexos. Para as mulheres, a escolaridade teve um impacto importante: quanto maior o nível de escolaridade menor era a frequência de obesidade e sobrepeso (21).

Estima-se que cerca de 8% do total dos gastos em saúde pública anualmente são para o tratamento da obesidade e das comorbidades associadas aos pacientes obesos (16). Dada à prevalência do sobrepeso e da obesidade assim como o impacto econômico no tratamento desses pacientes, a prevenção e o tratamento são

fundamentais para evitar e reduzir o excesso de peso (22). Mudanças no estilo de vida, dieta balanceada, prática de atividade física, uso de farmacoterápicos e terapias comportamentais são algumas das estratégias utilizadas para o manejo da perda de peso (23). Infelizmente, tais abordagens muitas vezes possuem eficácia limitada no tratamento da obesidade, sendo necessária então a intervenção cirúrgica (3,23).

A cirurgia bariátrica é amplamente reconhecida como o tratamento mais eficaz para a obesidade. Ela foi desenvolvida com o objetivo do tratamento exclusivo da obesidade, porém, ao longo da história, foi ganhando grande destaque também para o controle e melhora das comorbidades associadas como Diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono. (9,24). Por proporcionar esses benefícios passou a receber então a denominação de cirurgia metabólica (10,25,26).

O procedimento cirúrgico é indicado para adultos até 65 anos com resistência ao tratamento clínico por pelo menos dois anos e com $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ ou $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ associado a comorbidades com risco de vida (16). Adolescentes de 16 a 18 anos podem ser operados desde que haja acompanhamento pediátrico na equipe multidisciplinar e que respeitem a consolidação das epífises da cartilagem do punho. A mais recente Resolução do Conselho Federal de Medicina (2.172 / 2017) ampliou a indicação de cirurgia bariátrica para pacientes com Diabetes Mellitus tipo II entre 30 e 70 anos e IMC de 30 a $34,9 \text{ Kg/m}^2$, contanto que a doença não fosse controlada com tratamento clínico e o diagnóstico tenha sido definido por pelo menos 10 anos. Já, as contraindicações para cirurgia bariátrica são a síndrome de Cushing; a dependência atual de álcool ou drogas ilícitas; a doença psiquiátrica grave não controlada; a demência moderada a grave; o histórico recente de infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, o stent cardíaco; a isquemia cardíaca atual ou grave disfunção valvar; a dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas após o procedimento (16).

No Brasil, quatro técnicas cirúrgicas são reconhecidas (figura 1): o bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR), a derivação biliopancreática ou Duodenal *Switch*, a banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical, também conhecida como cirurgia de *Sleeve* (27,28). A técnica mais comumente utilizada é o BGYR representando 92% dos procedimentos cirúrgicos. Esta técnica é caracterizada pela criação de um reservatório gástrico (com capacidade de 40 a 50ml) junto à pequena curvatura

gástrica e pela exclusão do restante do estômago, incluindo todo o fundo e o antro gástrico, o duodeno e a porção inicial do jejuno. A reconstrução do trânsito é feita formando uma alça em Y-de-Roux, com comprimento que varia de 75 a 150cm. Além disso, uma banda de silicone poderá ser posicionada alguns centímetros acima da anastomose gastrojejunal para calibrar a passagem do alimento. Assim, os nutrientes são desviados da parte superior para a parte média do intestino delgado. Como consequência, tem-se a sensação de saciedade mais rapidamente e menor absorção de nutrientes devido à formação do trânsito em Y. Esta técnica promove uma perda de peso equivalente a 70% aproximadamente. É uma perda maior do que a encontrada em técnicas que são somente restritivas, como a *Sleeve*, por exemplo, e ainda possui baixa taxa de mortalidade (0,5%). No entanto, é necessária a suplementação de vitaminas e minerais, como vitamina B12, além da monitoração frequente dos níveis séricos de vitamina D, cálcio e ferro (16).

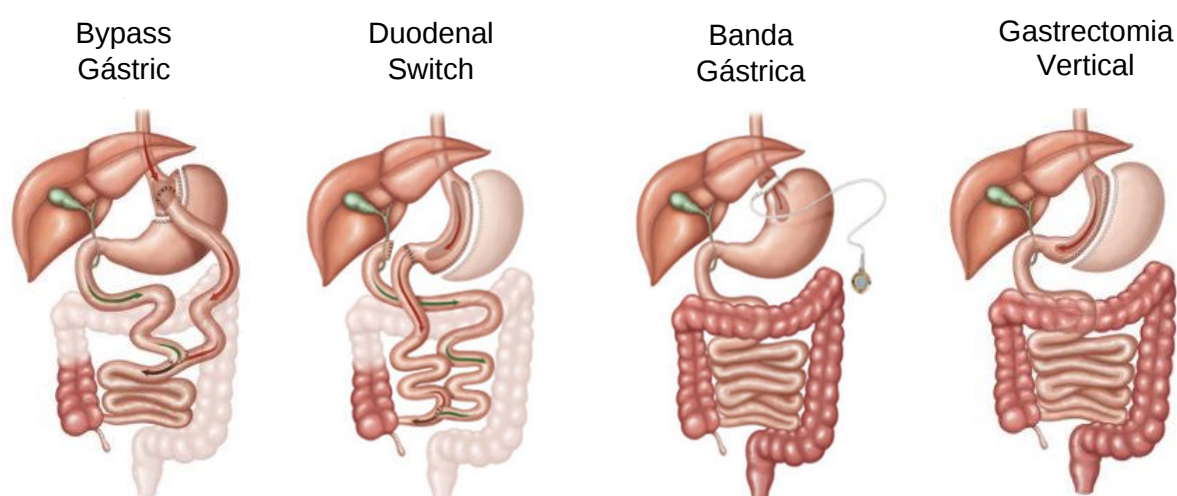
Na derivação biliopancreática ou Duodenal *Switch* faz-se uma gastrectomia vertical preservando o piloro. Além disso, é feito uma anastomose entre o íleo e a porção proximal do duodeno com a alça intestinal de 75 a 100 cm de comprimento, o que diminui o trânsito acelerado. Porém, esta técnica é realizada apenas em casos selecionados por ser um procedimento mais complexo e com maiores chances de complicações como diarreias, flatos fétidos, desnutrição grave e deficiência de vitaminas lipossolúveis. Em comparação com o BGYR a perda de peso varia de 75% a 80% (16).

A banda gástrica ajustável é um método reversível e caracteriza-se pela colocação de um anel de silicone ajustável ao redor da porção proximal do estômago. Este anel pode ser controlado através de um portal suturado no músculo abdominal utilizando uma injeção de soro fisiológico que tem por objetivo inflar o silicone. Esse procedimento oferece baixa mortalidade (0,1% - sem incluir as reabordagens) e maior perda e manutenção do peso em relação aos métodos isolados de mudança de hábitos de vida, porém, em relação ao BGYR, a perda de peso é menor (menos de 50%) (16).

A gastrectomia vertical é uma operação anatomicamente simples e irreversível, na qual 80% da curvatura maior do estômago é excluída deixando a anatomia do intestino delgado inalterada. Uma sonda é passada até o piloro contra a pequena curvatura do estômago e um grampeador laparoscópico é utilizado pelo comprimento da sonda até o ângulo de His formando uma linha de grampos. Embora

o processo não envolva anastomose, o comprimento da linha de grampos coloca o paciente em risco de sangramento ou fístula, particularmente por ser uma câmara de alta pressão, diferentemente do BGYR. Essa técnica cirúrgica é apenas restritiva, fazendo com que o estômago reduza a sua capacidade de armazenamento para 60 - 100 ml. Porém devido à remoção do fundo do estômago, os níveis de grelina diminuem, diminuindo também a sensação de fome (27,29).

Figura 1 - Desenho ilustrativo dos tipos de técnicas cirúrgicas bariátricas reconhecidas no Brasil.



Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (28).

Um dos fatores mais importantes e que determina o sucesso do resultado do procedimento cirúrgico é o percentual do peso perdido (26). Após a cirurgia, os pacientes são acompanhados por uma equipe multiprofissional e orientados a manter as recomendações e hábitos comportamentais saudáveis relacionados à alimentação. Isso inclui fazer refeições em pequenas porções, mastigar os alimentos por completo e lentamente, evitar alimentos com alto teor de carboidrato, gordura, açúcar e outros mal tolerados, aumentar a ingestão de água, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e monitorar a compulsão alimentar e/ou o ato de petiscar (30).

Apesar de a maioria dos obesos graves se beneficiarem com a perda de peso por meio da cirurgia, 20% a 30% dos pacientes apresentam perda de peso abaixo do ideal ou recuperação significativa de peso após os primeiros anos de pós-operatório (12,31,32). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) considera reincidência da obesidade quando, em longo prazo, há a recuperação de

50% do peso perdido ou 20% do peso recuperado associado ao reaparecimento de comorbidades. Já a reincidência controlada da obesidade é quando o paciente recupera, em longo prazo, entre 20 e 50% do peso perdido (25,33). Alguns fatores que podem influenciar no resultado da perda ou da recuperação de parte do peso perdido são a técnica cirúrgica aplicada, os valores pré-operatórios do IMC, a idade pré-operatória, o sexo, a falta de atividade física, a adesão à dieta e as desordens psicossociais como os transtornos de humor e alimentares (6,26,34–36).

Os transtornos alimentares são definidos como uma desordem alimentar ou alteração no comportamento alimentar, que prejudica o consumo ou absorção de nutrientes alterando e comprometendo a saúde física e o convívio social do paciente. São considerados transtornos alimentares, conforme os critérios diagnósticos em psiquiatria, o TCAP, a pica, o transtorno de ruminação, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (37,38).

O TCAP recebe interesse particular por sua ligação com a obesidade e suas comorbidades médicas e psiquiátricas, levando a um alto impacto socioeconômico devido ao maior risco de morbimortalidade, à redução da qualidade de vida, à maiores problemas de convivência social e ao aumento da utilização dos serviços de saúde se comparados às pessoas com o mesmo IMC e que não possuem o transtorno (37,39).

O TCAP foi descrito pela primeira vez nos anos 1950 por Stunkard. Contudo, sua elevação à categoria diagnóstica apenas ocorreu em 1994, quando foi incluído no apêndice B do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta Edição (DSM IV) sob a forma de transtorno que necessita de maiores estudos para melhor caracterização. Assim, desde então, ocorreu um maior interesse em pesquisas nesta área, diferenciando um subgrupo de pacientes obesos com características alimentares específicas. Foi no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição (DSM-5) que o TCAP foi incluído com uma nova categoria de transtorno alimentar; sabendo-se que o comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come, é conhecido como compulsão alimentar (40). Quando esses episódios ocorrem em pelo menos uma vez na semana durante três meses, associados a algumas características de perda de controle e não sendo acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem a síndrome denominada TCAP (38).

Um dos instrumentos utilizados para quantificar a compulsão alimentar e avaliar a TCAP em pacientes obesos é a ECAP criada por *Gormmally et al. (1982)*, e traduzida para o português, adaptada e validada por *Freitas et al. (2001)*. A ECAP além de quantificar a intensidade quanto a gravidade da compulsão alimentar, serve como instrumento de triagem para o TCAP (11). A ECAP é composta por um questionário autoaplicável que tem o propósito de identificar comportamentos e cognições características da ingestão compulsiva nos sujeitos obesos (11,41).

O TCAP é uma comorbidade frequente entre os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica. Estes pacientes constituem um grupo de risco para transtornos psíquicos diversos (14). Estudos apontam que os candidatos à cirurgia são mais propensos a maiores taxas de TCAP e sintomas de compulsão alimentar do que outros grupos populacionais como os obesos não candidatos ao procedimento (30,32,35). Aproximadamente 30% desta população apresenta este diagnóstico antes do procedimento cirúrgico (42,43). Já no pós-operatório, os estudos mostram uma variação entre 0% e 46% (6,14,30,44,45). Entretanto, estes estudos mencionados anteriormente utilizaram diferentes metodologias para coleta e avaliação dos resultados, alguns com dados inconsistentes ou inconclusivos. Assim, por utilizarem diversas metodologias, instrumentos e definições, esses estudos não permitem uma conclusão sobre a verdadeira frequência do TCAP entre os pacientes e sua relação com a perda e ganho de peso (6).

3. JUSTIFICATIVA

A compulsão alimentar é muito mais frequente na população obesa grave que busca tratamento para emagrecer do que na população em geral tornando com isto o estudo do comportamento alimentar no pós operatório fundamental para o controle da obesidade.

As recentes pesquisas sobre comportamento alimentar e seus efeitos negativos nos resultados das cirurgias bariátricas evidenciam a necessidade de melhor avaliar o TCAP nos pacientes que se submetem a esta cirurgia. Sabe-se que o TCAP pode influenciar negativamente a perda de peso, porém, se essa for diagnosticada precocemente, torna-se uma estratégia sensível para ajudar a prevenir piores desfechos.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Identificar, após 18 meses da realização da cirurgia bariátrica, a variação da compulsão alimentar e sua relação com a perda ou ganho de peso.

4.2 Específicos

- Verificar a prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes após 18 meses da cirurgia bariátrica;
- Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica e o peso perdido;
- Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica, e o IMC inicial e final;
- Avaliar o ganho de peso, em Kg absoluto, a partir do peso mínimo obtido pelo paciente após a realização do procedimento e o resultado da ECAP.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo.

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo à rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 – Departamento de cirurgia – Área V – Ambulatório de Obesidade Mórbida.

5.3 População Estudada

A população estudada foi composta por pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico bariátrico pela técnica BGYR e que mantiveram acompanhamento pós-operatório no ambulatório de obesidade mórbida, setor de nutrição, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

5.4 Tipo de Amostra

Foi utilizada amostragem por conveniência, ou seja, uma amostra não-probabilística que consistiu em selecionar uma parcela da população estudada que fosse mais acessível. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com sua disponibilidade num momento determinado (não foram selecionados por meio de um critério estatístico).

5.5 Critérios de exclusão e inclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes que realizaram acompanhamento ambulatorial após cirurgia bariátrica por pelo menos 18 meses e que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 466/12.

Foram excluídos aqueles que não foram submetidos à técnica BGYR, que não possuíam mais de 18 meses de realização do procedimento cirúrgico ou que não concordaram em participar do estudo.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e novembro de 2019. Inicialmente foi solicitado ao paciente ler e assinar o TCLE. Após a assinatura a pesquisadora seguiu com a aplicação do instrumento de pesquisa.

A pesquisadora aplicou o instrumento de pesquisa - ECAP - diretamente com o paciente, no ambulatório. Sempre que algum paciente apresentasse redução do nível de compreensão das instruções sobre o preenchimento da escala a pesquisadora lia as instruções em voz alta, assim como cada uma das afirmativas da escala.

Os dados complementares foram obtidos a partir das fichas de acompanhamento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

5.7 Dados coletados – variáveis estudadas

- a) Sexo – feminino ou masculino
- b) Idade – em anos completos
- c) Estado civil
- d) Nível de escolaridade
- e) Data da realização do procedimento cirúrgico
- f) Tempo de cirurgia – em meses
- g) Peso na data da realização do procedimento cirúrgico – em Kg

- h) Peso após 18 meses da realização procedimento cirúrgico – em Kg
- i) Peso na data da aplicação do instrumento de pesquisa (ECAP) – em Kg
- j) Estatura – em metros
- k) Índice de Massa Corporal (IMC) – Kg/m²
- l) Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) (Anexo A) – Composta por 16 questões que tem como objetivo avaliar parâmetros comportamentais e sentimentais/cognitivos. Há oito questões em cada parâmetro, que por sua vez são divididas em 62 afirmações das quais deverá ser selecionada aquela que mais se aplica ao indivíduo. Cada afirmação vale de zero a 3 pontos, desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CA. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Foram estabelecidos como pontos de corte a pontuação ≤ 17 para a ausência de sintomas de CAP; entre 18 e 26 para sintomas moderados de CAP; e ≥ 27 pontos para sintomas graves de CAP. O escore final pode variar de 0 a 46 pontos (11,41).

5.8 Análise dos resultados

Neste estudo dividimos a amostra em um grupo sem compulsão (pontuação no escore ECAP ≤ 17) e um grupo com compulsão (pontuação de 18 até ≥ 27). Em relação ao tempo (em meses) decorrido de procedimento cirúrgico a amostra foi dividida em dois grupos de acordo com a mediana, um grupo para indivíduos com ≤ 50 meses e outro grupo com > 50 meses de tempo decorrido pós-procedimento cirúrgico até a data da aplicação da ECAP.

O peso ideal foi calculado a partir do IMC 25Kg/m² representado pela fórmula:
 $25 \times \text{altura}^2 = \text{peso ideal}$

Para o cálculo do percentual do excesso de peso perdido (%PEP), foi utilizado a seguinte fórmula (46):

$$\frac{\text{Peso na data da realização da cirurgia} - \text{Peso na data da aplicação da ECAP} \times 100}{\text{Peso na data da realização da cirurgia} - \text{Peso ideal}}$$

A variação do percentual de peso perdido (%PP) dependente dos efeitos da cirurgia foi calculada por meio do Delta entre o peso aos 18 meses de cirurgia e o

peso na data da realização da cirurgia. A variação do %PP independente dos efeitos da cirurgia foi calculada por meio do Delta entre peso no dia da aplicação da ECAP e peso aos 18 meses de cirurgia.

O ganho de peso foi calculado a partir da diferença do peso aferido no dia da aplicação da ECAP em relação ao menor peso obtido após a cirurgia bariátrica.

5.9 Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e Excel. As variáveis categóricas foram descritas por frequência e porcentagem e comparadas pelo teste do Quiquadrado. As variáveis quantitativas foram apresentadas como média e erro-padrão da média (EPM). Foram utilizados os testes ANOVA, Teste T pareado, Wilcoxon, Friedman, Mann-Whitney e regressão linear simples, conforme a natureza das variáveis (paramétrica ou não-paramétrica). O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

5.10 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Santo Amaro (parecer nº 3.338.303) (Anexo B), e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (parecer nº 3.443.399) (Anexo C). Todos os pacientes que participaram da pesquisa assinaram o TCLE, ficando cientes dos eventuais riscos e autorizando o uso dos dados dos seus prontuários e questionários com finalidade de pesquisa científica.

6. RESULTADOS

A amostra foi composta por 108 indivíduos com média de idade de 47 anos ($\pm 0,91$), sendo 93% do sexo feminino. Destes, 48% eram casados e quanto ao nível de escolaridade, 49% possuíam ensino fundamental. Em relação ao IMC a amostra apresentou média de 48,39 Kg/m². As características gerais da amostra e os índices antropométricos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais e índices antropométricos dos 108 pacientes pós bariátricos avaliados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ano 2019).

Variáveis	Valores
Idade, em anos, média (EPM)	47,49 (0,91)
Altura, em metros, média (EPM)	1,61 (0,01)
Tempo cirúrgico, em meses, mediana (IQ)	50 (27-67)
IMC na data da cirurgia, Kg/m ² , média (EPM)	48,39 (0,63)
Peso na cirurgia, em Kg, média (EPM)	125,08 (1,79)
Peso aos 18 meses, em Kg, média (EPM)	83,19 (1,44)
Peso no dia da coleta do ECAP, em Kg, média (EPM)	87,75 (1,55)
Sexo feminino, n (%)	100 (93)
Escolaridade,	
Nível Fundamental, n (%)	53 (49)
Nível Médio, n (%)	46 (42,6)
Nível Superior, n (%)	9 (8,3)
Estado civil	
Solteiro, n (%)	35 (32,4)
Casado, n (%)	52 (48)
Viúvo, n (%)	8 (7,4)
Divorciado, n (%)	13 (12,0)

EPM: Erro Padrão da Média; IQ: Intervalo Interquartil; IMC: Índice de Massa Corpórea; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

Após análise de regressão linear simples (Tabela 2), foi observado que o IMC e a idade influenciaram na perda de peso dependente dos efeitos da cirurgia (peso aos 18 meses de cirurgia – peso no dia da cirurgia, $p = 0,028$ e $p = 0,010$ respectivamente).

Tabela 2 - Análises de regressão linear simples e correlações com a perda de peso entre o peso aferido no dia da realização de cirurgia bariátrica e o peso aferido aos 18 meses de cirurgia.

Variáveis	r	R ²	p*
Escore ECAP	0,085	0,007	0,383
IMC	-0,212	0,045	0,028
Idade	0,246	0,052	0,010
Tempo de cirurgia	0,062	0,004	0,526

*ANOVA; IMC: Índice de Massa Corpórea; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Além disso, a perda de peso independente dos efeitos da cirurgia (peso no dia da aplicação da ECAP – peso aos 18 meses de cirurgia) foi influenciada pela pontuação no escore ECAP e pelo tempo de cirurgia, conforme Tabela 3 ($p = 0,020$ e $p < 0,0001$, respectivamente).

Tabela 3 - Análises de regressão linear simples e correlações com a perda de peso entre o peso aferido aos 18 meses de cirurgia bariátrica e peso aferido no dia da aplicação da ECAP.

Variáveis	r	R ²	p*
Escore ECAP	0,223	0,050	0,020
IMC	0,001	0,000	0,988
Idade	0,180	0,032	0,063
Tempo decorrido da cirurgia	0,472	0,222	<0,0001

*ANOVA; IMC: Índice de Massa Corpórea; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Quando os indivíduos foram divididos em 2 grupos (≤ 50 meses e > 50 meses) foi observado ganho de peso significativamente maior após 50 meses decorridos da cirurgia bariátrica (Tabela 4, $p < 0,0001$; Teste de Mann-Whitney).

Tabela 4 - Comparação do ganho de peso (peso aferido na data da aplicação da ECAP e peso aferido aos 18 meses de cirurgia) entre grupos conforme tempo decorrido da cirurgia bariátrica (≤ 50 ou > 50 meses).

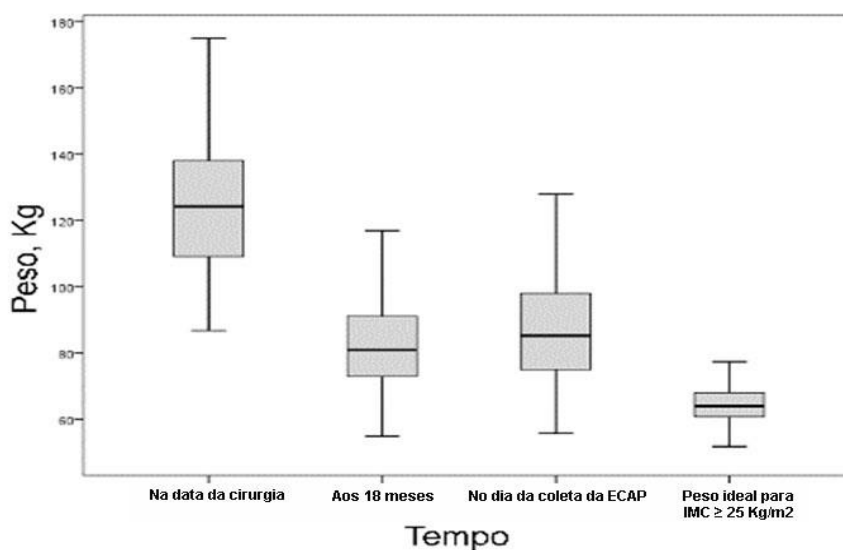
Tempo decorrido de cirurgia bariátrica	Peso na data da aplicação da ECAP – Peso aos 18 meses de cirurgia	p
≤ 50 meses	2,9Kg (0,95)	<0,0001
> 50 meses	8,9Kg (1,51)	

Teste de Mann-Whitney; EPM: Erro Padrão da Média; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

De todos os pacientes avaliados, observou-se que 5 pacientes haviam atingido o IMC 25kg/m², considerado o IMC ideal para a população, na data da aplicação da ECAP. De acordo com a ECAP estes 5 pacientes não apresentavam sintomas de compulsão alimentar e tiveram como média de escore 5 pontos ($\pm 4,3$). O peso médio destes indivíduos aos 18 meses decorridos do procedimento foi de 63,14Kg ($\pm 2,48$) e o peso médio na data da aplicação da ECAP foi de 65Kg ($\pm 2,26$). O tempo médio decorrido de procedimento cirúrgico foi de 29 meses ($\pm 4,06$).

Como podemos observar no Gráfico 1, os pacientes apresentaram uma importante redução de peso a partir da data da cirurgia até os 18 meses decorridos da mesma. Após esse período observou-se um discreto aumento de peso bem como a projeção do que seria o peso ideal considerando um IMC de 25 kg/m².

Gráfico 1- Variação da perda e do ganho de peso conforme o tempo decorrido a partir da data da realização da cirurgia bariátrica e a projeção do peso ideal dos participantes, IMC 25Kg/m².



IMC: Índice de Massa Corpórea; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Além disso, os participantes apresentaram uma perda total de peso de 52,2%, calculado a partir do Delta entre o período da data da realização da cirurgia até o 18º mês da realização do procedimento. Outro dado que podemos observar é a recuperação de parte do peso perdido (4,7%) calculado a partir do Delta entre o 18º mês da realização da cirurgia até a data da aplicação da ECAP (Tabela 5).

Tabela 5 - Variações percentuais entre os pesos.

Pesos	Média (EPM)
Peso na data da cirurgia e peso aos 18 meses de cirurgia	-52,2% (1,9)
Peso aos 18 meses de cirurgia e peso no dia da coleta da ECAP	4,7% (0,7)

Teste t pareado; EPM: erro-padrão da média; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

Quando analisamos o percentual do excesso de peso perdido (%PEP) que leva em consideração o peso ideal dos participantes podemos observar uma perda de peso de 71,2% entre a data da realização do procedimento cirúrgico e o 18º mês de realização de cirurgia bariátrica. A partir deste período até a data da aplicação da ECAP observamos um ganho de peso de 26,5%. Porém, se consideramos o período desde a realização da cirurgia bariátrica até a data da aplicação da ECAP observamos um ganho de peso de 34,4% (Tabela 6).

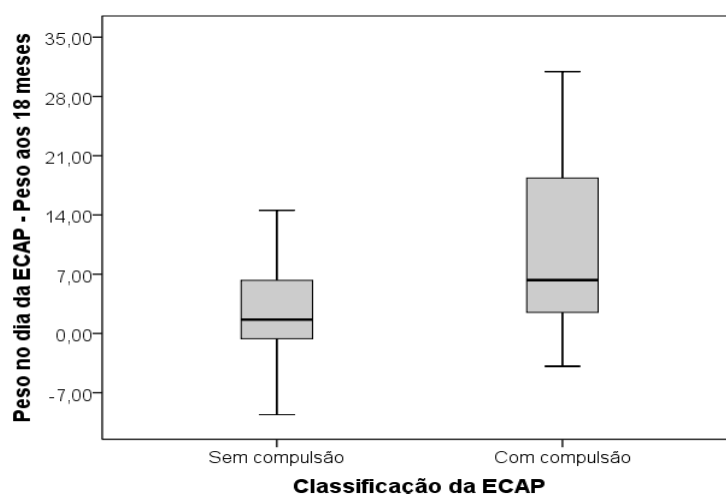
Tabela 6 - Porcentagem do excesso de peso perdido (%PEP).

Pesos	Média (EPM)
Peso na data da cirurgia e peso aos 18 meses de cirurgia	71,2% (1,7)
Peso aos 18 meses de cirurgia e peso no dia da coleta da ECAP	-26,5% (11,1)
Peso na data da cirurgia e peso no dia da coleta da ECAP	-34,4% (1,5)

Teste t pareado; EPM: erro-padrão da média; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

Ocorre também que quando comparamos o ganho de peso entre os pacientes com ou sem compulsão, uma relação significativa mostra que os pacientes com compulsão ganham mais peso a partir do 18º mês de cirurgia, sendo $p = 0,002$ (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Comparação do ganho de peso entre os grupos com e sem compulsão alimentar periódica no período independentes dos efeitos da cirurgia (peso aferido aos 18 meses de cirurgia e peso aferido no dia da aplicação da ECAP).



ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Se comparamos a média do peso dos pacientes aos 18 meses de realização do procedimento e a média do peso aferido no dia da aplicação da ECAP, observamos uma diferença significativa, que mostra que quanto maior é o tempo pós cirúrgico maior é o aumento médio de peso (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre o peso aferido aos 18 meses de cirurgia bariátrica e o peso aferido no dia da aplicação da ECAP.

Pesos	Média (EPM)	p
Peso aos 18 meses de cirurgia	83 Kg (1,4)	<0,0001
Peso no dia da coleta da ECAP	88 Kg (1,5)	

Teste t pareado. ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

Destacamos também, que o peso mínimo obtido pelos participantes deste estudo aos 18 meses decorridos da cirurgia bariátrica e na data da aplicação da ECAP foi de 54,9Kg e 55,8Kg respectivamente. Como peso máximo os indivíduos apresentaram aos 18 meses decorridos de procedimento cirúrgico 132Kg e na data da aplicação da ECAP 134Kg.

7. DISCUSSÃO

A compulsão alimentar é uma comorbidade frequente entre os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica fazendo com que o estudo do comportamento alimentar no pós-operatório assuma importância central pela sua associação a piores resultados cirúrgicos (8,14,47,48). A perda de peso ocorre de forma drástica no pós-operatório imediato devido à diminuição da capacidade de armazenamento do estômago, que tem como consequência a rápida saciedade (49). Porém, essa rápida perda de peso se estabiliza em média 18 meses após a cirurgia, que é o período em que o paciente consegue perder o máximo de peso (16). Após esse período a perda e a manutenção do peso ficam dependentes das alterações de hábitos alimentares e atividade física praticados pelo paciente (50).

Em relação à amostra deste estudo salientamos que a maioria dos participantes eram do sexo feminino, confirmando estudos que apontam uma maior prevalência de tratamento cirúrgico para obesidade entre as mulheres. Pode-se sugerir que aqui no Brasil, assim como acontece em outros países como Estados Unidos e Canadá, as mulheres procuram mais os serviços de saúde em comparação aos homens, justamente por terem uma preocupação maior com a saúde. Também se pode pensar que essa maior prevalência seja justificada em função da busca por um ideal de beleza e por atributos positivos, ambos associados à magreza, advinda das demandas sociais que recaem sobre as mulheres (51).

Neste estudo, a idade, o nível de escolaridade e o estado civil dos participantes não mostraram diferenças significativas para a perda ou para a recuperação do peso após os 18 meses de realização da cirurgia. Também, não houve relação significativa para a idade, o nível de escolaridade e o estado civil dos participantes com a presença ou ausência de sintomas de compulsão alimentar.

Os resultados deste estudo indicaram uma perda significativa de peso a partir da realização do procedimento cirúrgico até o 18º mês de cirurgia. Tal fato apoia a ideia de que no primeiro ano do pós-operatório hábitos alimentares inadequados podem ser suprimidos pela intervenção cirúrgica (12). Porém, a partir deste período até a data do peso aferido no dia da aplicação da ECAP nota-se um considerável e significativo ganho de peso. Aos 18 meses decorridos do procedimento cirúrgico os participantes estavam com peso médio de 83kg ($\pm 1,4$) enquanto que na data da coleta da ECAP o peso médio foi de 88kg ($\pm 1,5$) ($p < 0,0001$). Essa constatação reitera a

importância do monitoramento desses pacientes em longo prazo. Isto vem sendo sugerido por alguns estudos que como nós verificaram o aumento de peso dos pacientes após os 18 meses da cirurgia, tempo este em que a adesão à dieta pode diminuir e ser acompanhada de um efeito platô de perda de peso (12,52–54).

No presente estudo, obtivemos uma média de 11,13 pontos na ECAP, com amplitude de zero a 33 pontos. Esses dados alinham-se àqueles encontrados por Hood ⁵⁵ (2013, p.3), que encontraram uma pontuação média de 13,4 pontos, variando de zero a 39 (55).

Dentre os participantes deste estudo, 25% tiveram o diagnóstico de presença de sintomas de compulsão alimentar. Como tal, o nosso achado é coerente com o relatado pela literatura, que descreve uma variação de 18% a 37,5% de compulsão alimentar após o procedimento (6,56). Os resultados de estudos sobre a ECAP confirmam a sua validade como um questionário de rápida aplicação (57,58) sendo um bom indicador para o rastreio da severidade da compulsão alimentar em pacientes submetidos a procedimentos bariátricos sugerindo-se um escore ≤ 17 como ponto de corte para distinguir pacientes sem compulsão alimentar de pacientes com compulsão alimentar (aqueles com escore >17) (59).

A presença dos sintomas de compulsão alimentar no presente estudo esteve significativamente relacionada com um maior ganho de peso para os pacientes a partir do 18º mês de realização do procedimento cirúrgico até a data da aplicação da ECAP. Estudos sugerem que o diagnóstico pré-operatório de TCAP ou os sintomas da compulsão alimentar diminuem para a maioria dos indivíduos após a cirurgia bariátrica. No entanto se esta compulsão não for monitorada a longo prazo os sintomas poderão retornar (12,52,60). Outros autores descrevem que o TCAP tanto no pré quanto no pós-operatório está relacionado ao menor sucesso da cirurgia, ou seja, à menor perda de excesso de peso e até mesmo a piores desfechos em termos psiquiátricos, como depressão, alcoolismo e menor qualidade de vida (61–63). Corroborando com esta hipótese, a depressão e a compulsão alimentar possuem relação entre si. Pacientes que possuem depressão tendem a ter comportamentos alimentares inadequados que podem prejudicar a aceitação dos regimes alimentares propostos após a cirurgia bariátrica. Não controlar a compulsão pode influenciar a depressão, a perda de peso e má qualidade de vida (64).

Sendo assim, é previsível que os sintomas de CA contribuam para um risco geral aumentado de hábitos alimentares inadequados que podem levar a uma menor

perda de peso ou recuperação de parte do peso perdido. Salientamos que neste estudo não podemos afirmar se o nível de CA era diferente no período pré-operatório devido ao delineamento transversal da pesquisa, mas concluímos que a presença de CA no pós-operatório pode ser um indicador de ganho de peso pós-cirúrgico.

Outro resultado significativo é que quanto maior o tempo decorrido após a realização da cirurgia bariátrica maior foi o ganho de peso. Tais resultados vão de encontro a dados da literatura que mostram que com o decorrer do tempo pós cirurgico maiores são as chances dos pacientes apresentarem sintomas de compulsão alimentar e consequente ganho de peso (7,65,66). Talvez, pela dificuldade dos pacientes de ingerirem grandes quantidades de alimentos - já que no pós operatório, alterações anatômicas induzidas pelo procedimento cirúrgico, resultam em uma capacidade gástrica limitada - e de aderirem a um plano alimentar saudável em longo prazo eles acabam experimentando uma sensação de perda de controle alimentar (*loss of control eating* - *LOCE*) associada a sentimentos subjetivos de culpa (54,67). Investigações recentes sugerem que a alimentação seguida da sensação de incapacidade de parar de comer ou de controlar a quantidade de comida ingerida – independentemente da quantidade ingerida – deve ser considerado a principal característica da compulsão alimentar (68,69). Com isso, pesquisadores argumentam que novos comportamentos alimentares desordenados possam surgir ou exacerbar no pós-operatório, como o hábito de petiscar, a perda do controle alimentar e os vômitos (12,60), tanto quanto a CA resultando em uma ingestão calórica excessiva e, finalmente, menor perda de peso ou recuperação de peso (70). Tais dados sugerem a importância de manter avaliações e acompanhamentos nutricionais rotineiros que se estendam além do primeiro ano do pós operatório, pois devemos destacar que pode ser que durante um período prolongado de tempo fatores adicionais exerçam influências negativas sobre a perda de peso, como *LOCE*, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade.

Estudos apontam que a falta de bons resultados pós cirúrgicos correspondem a uma perda menor que 50% do peso excedente inicial ou o ganho de mais que 20% do peso perdido com a cirurgia (25). Neste estudo, observamos que a amostra estudada apresentou uma perda total de peso de 52,2% e um ganho de peso de 4,7%. Porém, quando observamos o %PEP a perda de peso foi de 71,2% e o ganho de peso de 26,5%. Alguns fatores que também podem influenciar no resultado da perda ou na recuperação de peso são a técnica cirúrgica aplicada, os valores pré-operatórios do

IMC, a idade pré-operatória, o sexo e as desordens psicossociais como os transtornos de humor e de comportamento alimentar (6,26,34–36).

Ressaltamos então que os resultados deste estudo destacam a necessidade de monitoramento da compulsão alimentar em longo prazo, bem como o desenvolvimento de esforços de prevenção e intervenção direcionados a esse comportamento. Sugerimos que a compulsão alimentar seja monitorada no pré e no pós operatório em longo prazo para que a equipe multidisciplinar de acompanhamento possa intervir rapidamente orientando o paciente a evitar a recidiva da obesidade alcançando, assim, um melhor resultado cirúrgico. Estar atento para tratar esta patologia deve ser um cuidado de toda a equipe que prepara e acompanha pacientes bariátricos. Mesmo indivíduos com pouca compulsão alimentar apresentam risco alto de menor perda do excesso de peso caso esta se intensifique de alguma maneira após a cirurgia. Indivíduos que diminuem a intensidade da compulsão alimentar, mesmo que se mantenham com sintomas compulsivos após a cirurgia, evoluem com uma boa perda do excesso de peso. Assim, a melhora do comportamento alimentar desempenha um papel substancial no mecanismo de perda de peso após cirurgia bariátrica (70).

Os critérios de TCAP e episódios compulsivos precisam ser revisados e ampliados para que se obtenha maior precisão nas pesquisas e diagnósticos deste distúrbio (4). Clareza na definição de comportamentos alimentares inadequados após operação, métodos confiáveis para identificá-los e estratégias de intervenção pós-operatória são necessários para otimizar os resultados de perda de peso e promover o bem-estar psicológico dos pacientes.

Reconhecer os fatores potenciais envolvidos no desenvolvimento e na manutenção de uma alimentação desordenada em pacientes bariátricos pode nortear a escolha de estratégias terapêuticas específicas e a consequente melhora dos resultados da cirurgia bariátrica.

Embora nosso trabalho aponte uma tendência para o ganho de peso após o 18º mês da realização da cirurgia bariátrica, faz-se necessário um acompanhamento mais longo para elucidar como a intensidade dos sintomas da compulsão alimentar interfere no ganho de peso.

8. LIMITAÇÕES

A ECAP é um questionário autoaplicável amplamente utilizado nos países de língua inglesa, e que foi traduzido e adaptado para o português. A escala aborda comportamentos mais sutis como velocidade de comer, comer enquanto está aborrecido, detecção de saciedade e controle sobre os impulsos para comer. Porém, apesar de achados clínicos sugerirem que a ECAP pode identificar sintomas relacionados à compulsão alimentar há um debate na literatura sobre a relevância de sua aplicação na população bariátrica pós-operatória (65).

Assim, no momento em que o consumo de grande quantidade de alimentos se torna subjetivo, já que a cirurgia bariátrica limita a quantidade que se pode consumir, as respostas às afirmativas da escala podem ficar comprometidas.

Além disso, os dados da ECAP foram auto-relatados o que pode, talvez, alterar/comprometer os resultados obtidos. Sugere-se ainda que os baixos escores da ECAP podem estar relacionados ao fato de que esses pacientes recebiam orientações nutricionais tão logo davam entrada no serviço de cirurgia bariátrica. Todos passaram por um processo de reeducação alimentar buscando alcançar alimentação mais adequada já esperando bons resultados na cirurgia bariátrica. É preciso então levantar a hipótese de que estes pacientes possam ter sofrido uma prévia influência no momento em que receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis induzindo-os a “dar a melhor resposta” ou “dar a resposta mais adequada”, sem realmente estarem conseguindo uma mudança interna.

Outra situação que requer observação profunda é a limitação da quantidade de consumo permitida. Fatores adicionais como o hábito de petiscar e o de comer mais doces como também o estado emocional devem ser vistos como influenciadores da perda de peso durante um período prolongado.

Para a realização deste trabalho lançamos mão da amostragem por conveniência que se sabe é restritivo uma vez que se utiliza de indivíduos que se apresentam disponíveis e não de indivíduos que tenham sido selecionados por meio de critério estatístico.

9. CONCLUSÃO

A variação da intensidade de compulsão alimentar após 18 meses da cirurgia bariátrica é um fator que interfere na quantidade de peso recuperado. A presença de sintomas de compulsão alimentar influencia negativamente no percentual de peso perdido.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3a edição. Brasília; 2006. 60 p.
2. Sarwer DB, Dilks RJ, Spitzer JC, Berkowitz RI, Wadden TA, Moore RH, et al. Changes in Dietary Intake and Eating Behavior in Adolescents After Bariatric Surgery: an Ancillary Study to the Teen-LABS Consortium. *Obes Surg*. 2017;27(12):3082–91.
3. Al-Najim W, Docherty NG, le Roux CW. Food Intake and Eating Behavior After Bariatric Surgery. *Physiol Rev*. 2018;98(3):1113–41.
4. Opozda M, Wittert G, Chur-Hansen A. Patients' expectations and experiences of eating behaviour change after bariatric procedures. *Clin Obes*. 2018;8(5):355–65.
5. Behary P, Miras AD. Food preferences and underlying mechanisms after bariatric surgery. *Proc Nutr Soc*. 2015;74(4):419–25.
6. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2014;22(2):87–91.
7. Pinto-bastos A, Ph D, Lourdes M De, Sc M, Brand I, Ph D, et al. Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery : a 2-year longitudinal study. 2019;15:1104–12.
8. Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2017;18(12):1386–97.
9. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Ahlin S, Andersson-Assarsson J, Anveden Å, et al. Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2014;311(22):2297–304.
10. Buchwald H. The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obes Surg*. 2014;24(8):1126–35.

11. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):215–20.
12. Chao AM, Wadden TA, Faulconbridge LF, Sarwer DB, Webb VL, Shaw JA, et al. Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results. *Obesity.* 2016;24(11):2327–33.
13. de A. Godoy CM, Aprígio LCS, de Godoy EP, Furtado MC, Coelho D, de Souza LBR, et al. Food Tolerance and Eating Behavior After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg.* 2018;28(6):1540–5.
14. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery a meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016;315(2):150–63.
15. World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. 2000;((WHO Technical Report Series, 894).).
16. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. VI Diretrizes Bras Obesidade. 2016;7–186.
17. Colquitt J, Pickett K, Loveman E, Gk F. Surgery for weight loss in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8).
18. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013;273(3):219–34.
19. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Curr Obes Rep.* 2015;4(3):363–70.
20. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism.* 2019;92:6–10.
21. VIGITEL. Vigitel Brasil 2017 - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Vigitel. 2018. 152 p.

22. Wirth A, Wabitsch M, Hauner H. The prevention and treatment of obesity. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(42):705–13.
23. Kushner RF. Weight loss strategies for treatment of obesity. *Prog Cardiovasc Dis.* 2014;56(4):465–72.
24. Frikke-Schmidt H, O'Rourke RW, Lumeng CN, Sandoval DA, Seeley RJ. Does bariatric surgery improve adipose tissue function? *Obes Rev.* 2016;17(9):795–809.
25. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric Surgery. *Am Med Assoc.* 2004;292(14):1724–37.
26. Eldar S, Heneghan HM, Brethauer SA, Schauer PR. Bariatric surgery for treatment of obesity. *Int J Obes.* 2011;35(S3):S16–21.
27. Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of obesity. *Circ Res.* 2016;118(11):1844–55.
28. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Técnicas cirúrgicas. *Técnicas Cirúrgicas.* 2017.
29. Stein EM, Silverberg SJ. Bone Loss After Bariatric Surgery: Causes, Consequences and Management Emily. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;2(2):165–74.
30. Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G. The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes.* 2015;5(4):165–97.
31. Mann JP, Jakes AD, Hayden JD, Barth JH. Systematic Review of Definitions of Failure in Revisional Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2015;25(3):571–4.
32. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, Ashare R, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2019;15(4):650–5.
33. Berti L V, Campos J, Ramos A, Rossi M, Szego T, Cohen R. Position of the SBCBM - Nomenclature and definition of outcomes of bariatric and metabolic

surgery. 2015;28(3):100002.

34. Maggard M a, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Clinical Guidelines Meta-Analysis : Surgical Treatment of Obesity. *Ann Intern Med.* 2005;142(7):542–58.
35. van Hout GCM, Verschure SKM, Van Heck GL. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2005;15(4):552–60.
36. Branson R, Potoczna N, Brunotte R, Piec G, Ricklin T, Steffen R, et al. Impact of age, sex and body mass index on outcomes at four years after gastric banding. *ObesSurg.* 2005;15:834–42.
37. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. Vol. 11, Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. 2014. 96 p.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th Editio. United States of America; 2013.
39. Schag K, Mack I, Giel KE, Ölschläger S, Skoda EM, von Feilitzsch M, et al. The impact of impulsivity on weight loss four years after bariatric surgery. *Nutrients.* 2016;8(11):1–9.
40. Sarwer DB, Dilks RJ, West-Smith L. Dietary intake and eating behavior after bariatric surgery: Threats to weight loss maintenance and strategies for success. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7(5):644–51.
41. Ribeiro G, Brizolla H, Belarmino LB, Salgado-Júnior W. Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2016;29:27–30.
42. Cox S, Cassie Brode. Predictors of Binge Eating among Bariatric Surgery Candidates: Disinhibition as a Mediator of the Relationship Between Depressive Symptoms and Binge Eating. *Obes Surg.* 2018;(2009):1–7.
43. Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ. Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates: Change in prevalence rate, demographic characteristics, and scores on the

- minnesota multiphasic personality inventory - 2 restructured form (MMPI-2-RF). *Int J Eat Disord*. 2014;47(5):553–7.
44. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J, Janet D, Wetzler S, et al. Gastric Bypass in a Low-Income , Inner-City Population : Eating Disturbances and Weight Loss. 2004;12(6).
 45. Kalarchian MA, Marcus MD, Terence G, Labouvie EW, Brolin RE, Lisa B. Binge Eating Among Gastric Bypass Patients at Long-term Follow-up. 2002;270–5.
 46. Luiz LB, De Souza Brito CL, Debon LM, Brandalise LN, De Azevedo JT, Monbach KD, et al. Variation of binge eating one year after rouxen-Y Gastric bypass and its relationship with excess weight loss. *PLoS One*. 2016;11(12):1–9.
 47. Conceição E, Teixeira F, Rodrigues T, Lourdes M De, Bastos AP, Vaz A, et al. Comportamentos Alimentares Problemáticos após Cirurgia Bariátrica: Um Estudo com Amostra Nacional Portuguesa. *Acta Med Port*. 2018;31(11):633.
 48. Brasil. Guia Alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 5–145 p.
 49. Mauro MFFP, Appolinario JC, Papelbaum M, Brasil MAA, Carneiro JRI. O transtorno da compulsão alimentar (Tca) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? relato de caso. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(4):221–4.
 50. Nikiforova I, Barnea R, Azulai S, Susmallian S. Analysis of the association between eating behaviors and weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Facts*. 2019;12(6):618–31.
 51. Ribeiro G, Giapietro H, Belarmino L et al. Depressão, Ansiedade e Compulsão Alimentar Antes e Após Cirurgia Bariátrica: Problemas que persistem. *Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(1):1–4.
 52. Smith KE, Orcutt M, Steffen KJ, Crosby RD, Cao L, Garcia L, et al. Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019;29(6):1773–80.
 53. Kulendran M, Borovoi L, Purkayastha S, Darzi A, Vlaev I. Impulsivity predicts

- weight loss after obesity surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13(6):1033–40.
54. Cardoso C, Maria F, Zanella T, Segal A, Haruo C, Isabel M, et al. Associations between binge eating , depressive symptoms and anxiety and weight regain after Roux - en - Y gastric bypass surgery. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2020;(0123456789).
 55. Hood MM, Grupski AE, Hall BJ, Ivan I, Corsica J. Factor structure and predictive utility of the Binge Eating Scale in bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9(6):942–8.
 56. Cella S, Fei L, D’Amico R, Giardiello C, Allaria A, Cotrufo P. Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates. *Open Med.* 2019;14(1):407–15.
 57. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry.* 2000;41(2):111–5.
 58. Marek RJ, Heinberg LJ, Lavery M, Rish JM, Ashton K. A Review of Psychological Assessment Instruments for Use in Bariatric Surgery Evaluations. 2016;28(9):1142–57.
 59. Järholm K, Bruze G, Peltonen M, Marcus C, Flodmark C, Henfridsson P, et al. 5-year mental health and eating pattern outcomes following bariatric surgery in adolescents : a prospective cohort study. 2020;4(March).
 60. Spirou D, Raman J, Smith E. Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. 2020;(December 2019):1–24.
 61. Järholm K, Olbers T, Peltonen M, Marcus C, Dahlgren J, Flodmark CE, et al. Binge eating and other eating-related problems in adolescents undergoing gastric bypass: results from a Swedish nationwide study (AMOS). *Appetite.* 2018;127:349–55.
 62. Peterhänsel C, Linde K, Wagner B, Dietrich A, Kersting A. Subtypes of Personality and ‘Locus of Control’ in Bariatric Patients and their Effect on Weight Loss, Eating Disorder and Depressive Symptoms, and Quality of Life. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(5):397–405.

63. Peterhänsel C, Nagl M, Wagner B, Dietrich A, Kersting A. Predictors of Changes in Health-Related Quality of Life 6 and 12 months After a Bariatric Procedure. *Obes Surg.* 2017;27(8):2120–8.
64. Vanoh D, Shahar S, Mahmood NRKN. Association between nutrient adequacy and psychosocial factors with overall rate of weight loss after bariatric surgery. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2015;24(4):610–9.
65. Nasirzadeh Y, Kantarovich K, Wnuk S, Okrainec A, Cassin SE, Hawa R, et al. Binge eating, loss of control over eating, emotional eating, and night eating after bariatric surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH cohort study. *Obes Surg.* 2018;28(7):2032–9.
66. Conceição EM, Mitchell JE, Pinto-Bastos A, Arrojado F, Brandão I, Machado PPP. Stability of problematic eating behaviors and weight loss trajectories after bariatric surgery: a longitudinal observational study. *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13(6):1063–70.
67. Ivezaj V, Barnes RD, Cooper Z, Grilo CM. Loss-of-control eating after bariatric/sleeve gastrectomy surgery: Similar to binge-eating disorder despite differences in quantities. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018;54(July):25–30.
68. Andrea AP, Ana BG. The utility of DSM-5 indicators of loss of control eating for the bariatric surgery population. 2020;(September 2019):1–10.
69. Goldschmidt AB. Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature. *Obes Rev.* 2017;18(4):412–49.
70. Gradaschi R, Molinari V, Giuseppe S, Paola S, Gian DN, Adami F, et al. Disordered eating and weight loss after bariatric surgery. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2019;

APÊNDICE A – Banco de dados

Sexo	Idade	Nível de escolaridade	Estado civil	Data da cirurgia	Data da coleta da ECAP	Tempo de cirurgia em meses	Peso na data da cirurgia (Kg)	Altura (m)	IMC na data da cirurgia	Peso máximo pós cirúrgico (Kg)	Peso mínimo pós cirúrgico (Kg)	Peso aos 18 meses de cirurgia (Kg)	Peso no dia da aplicação da ECAP (Kg)	Peso ideal, IMC 25Kg/m²	Escore ECAP	Classificação ECAP
f	48	Não	Viúvo	29/6/17	19/8/19	26	124	1,49	55,8	115	66,1	66	66,15	55,5	5	N
f	42	Fund.	Casado	31/10/13	9/5/19	67	113,6	1,7	39,3	102,8	77	77	80	72,3	13	N
m	47	Superior	Casado	20/4/17	8/5/19	25	161	1,72	55,1	138	105	105	111	74,0	11	N
f	41	Médio	Casado	11/12/14	12/8/19	56	119	1,66	43,1	110,2	84	84	82	68,9	10	N
f	48	Fund.	Casado	10/4/03	29/5/19	193	99,4	1,52	43	89	60	66	79	57,8	30	G
f	69	Fund.	Viúvo	1/7/14	5/6/19	59	107,5	1,49	49,3	100,6	70,6	72	89,4	55,5	2	N
f	45	Médio	Casado	16/1/03	16/8/19	199	136	1,59	52,7	125	86	93	117	63,2	13	N
f	43	Médio	Solteiro	16/1/14	3/9/19	68	137	1,53	58,5	122	67,8	68	89	58,5	2	N
f	32	Médio	Solteiro	30/7/16	12/6/19	35	141,3	1,66	52,5	119	60	60	65	68,9	0	N
f	46	Médio	Solteiro	25/2/14	26/8/19	66	122,9	1,56	50,5	112,1	86,4	86	91	60,8	7	N
f	45	Fund.	Casado	26/5/15	31/7/19	50	107	1,57	43	92,2	76	78	77	61,6	9	N
f	36	Médio	Solteiro	22/7/10	14/8/19	109	138,5	1,58	55	128,8	82	85	82	62,4	25	M
f	39	Fund.	Solteiro	15/8/13	15/5/19	69	119,5	1,51	52,4	105	76,2	77	75	57,0	1	N
f	46	Não	Solteiro	2/1/18	5/8/19	19	138	1,72	46,7	126,1	97,1	96	96	74,0	9	N
m	48	Não	Casado	8/3/16	24/7/19	40	173	1,74	57,2	171,2	126	130	126	75,7	5	N
f	48	Médio	Divorciado	5/4/18	2/9/19	19	97	1,61	37,4	91,4	66	66	66	64,8	2	N
f	50	Médio	Solteiro	28/5/15	1/8/19	51	106	1,62	40,3	103,5	73,4	77	81	65,6	23	M
f	43	Superior	Solteiro	22/9/15	19/6/19	45	129	1,76	41,6	117	92	94	103	77,4	19	M
f	57	Fund.	Casado	18/5/17	19/8/19	27	102	1,63	38,9	93	72,9	73	73,7	66,4	12	N
f	41	Médio	Solteiro	21/1/14	11/5/19	64	150	1,55	62,4	131	89	94	90	60,1	2	N
f	44	Médio	Solteiro	27/9/05	14/8/19	167	126	1,65	43	115	87	90	108	68,1	14	N
f	52	Fund.	Divorciado	4/9/14	12/6/19	57	109,2	1,55	45,4	101	65	67	71	60,1	23	M
f	35	Médio	Casado	29/10/15	2/9/19	47	122	1,65	44,8	112	63,9	75	73	68,1	6	N
f	37	Fund.	Casado	13/7/17	26/8/19	25	134,6	1,61	52	115,6	86,7	90	89	64,8	1	N
m	54	Fund.	Divorciado	30/5/06	13/5/19	156	154	1,86	44	133	110	110	126	86,5	12	N
f	41	Não	Casado	13/1/18	5/8/19	19	103	1,68	36,4	92,8	66,8	67	66,8	70,6	2	N
f	59	Não	Divorciado	18/11/14	15/5/19	54	101,4	1,6	39,4	91	73,5	80	87,3	64,0	7	N
f	50	Fund.	Casado	10/7/14	29/5/19	58	112	1,56	46,2	103	71	69	70	60,8	15	N
f	37	Fund.	Solteiro	30/7/15	31/7/19	48	140	1,6	54,2	123,7	79,5	83	85	64,0	13	N
f	59	Médio	Viúvo	6/11/12	7/8/19	81	131,4	1,62	50,1	111,3	77,4	77	97	65,6	20	M
m	40	Não	Casado	12/1/18	26/8/19	19	124	1,75	40,9	113	78,4	78	78,4	76,6	5	N
f	36	Fund.	Casado	22/6/17	3/6/19	24	162,7	1,71	55,6	131	85	85	85	73,1	4	N
f	55	Médio	Solteiro	24/3/16	24/7/19	40	103	1,56	41	91	62	63	70,8	60,8	18	M
f	35	Médio	Casado	25/5/17	28/1/19	20	152	1,62	57	151	124	132	134	65,6	2	N
f	52	Fund.	Casado	6/7/17	19/8/19	25	97	1,47	44,8	87	64	69	68	54,0	12	N
f	60	Médio	Casado	17/11/15	5/6/19	43	126	1,6	49,2	107	78	78	83,1	64,0	8	N
f	57	Fund.	Solteiro	3/12/13	7/8/19	68	115,4	1,62	43,4	105,7	80,6	90	93,5	65,6	0	N
f	59	Fund.	Divorciado	2/4/15	19/6/19	50	133	1,55	55,41	118	86	89	91	60,1	33	G
f	37	Fund.	Viúvo	5/1/16	6/6/19	41	120	1,66	43,6	101,2	68	68	68,8	68,9	7	N
f	49	Fund.	Casado	18/5/06	15/5/19	156	137,7	1,7	47,6	128	81	95	94	72,3	7	N
f	48	Médio	Solteiro	24/11/11	12/6/19	91	145,6	1,59	57,5	129	112,4	122	116	63,2	7	N
f	56	Médio	Casado	7/11/13	22/5/19	66	124,5	1,65	45,2	114,5	63,8	87	78,2	68,1	15	N
f	59	Fund.	Viúvo	2/10/14	19/8/19	58	138	1,55	59,3	131	109	110	110	60,1	7	N
f	30	Médio	Solteiro	7/1/16	13/5/19	40	115	1,55	47,9	99,5	72	81	80,5	60,1	15	N
f	33	Fund.	Solteiro	19/1/17	9/9/19	32	106	1,61	40,1	103,6	74	77	79,1	64,8	26	M
f	26	Médio	Solteiro	21/1/16	13/5/19	40	138,8	1,62	52,9	119,8	75	77	75	65,6	5	N

f	40	Médio	Solteiro	26/2/15	22/5/19	51	140	1,63	52,9	114	79	91	103	66,4	25	M
f	37	Superior	Solteiro	2/6/16	1/8/19	38	122,5	1,59	48,5	121	72	72	75	63,2	14	N
f	54	Fund.	Solteiro	27/6/13	19/6/19	72	118	1,52	51,08	108	92,6	93	103	57,8	10	N
f	55	Não	Solteiro	21/9/17	2/9/19	24	107	1,58	42,8	104	78,2	79	84,2	62,4	21	M
f	33	Médio	Casado	11/8/15	14/8/19	48	135	1,69	47,2	98,5	82	85	88,5	71,4	7	N
f	54	Não	Solteiro	1/6/17	8/5/19	23	115,4	1,59	45,6	106	81	85	85	63,2	1	N
f	29	Fund.	Casado	5/7/16	2/8/19	37	142	1,68	48,3	111,4	74,5	75	75,8	70,6	5	N
f	42	Superior	Solteiro	6/12/12	4/6/19	78	125,9	1,55	52,4	124,5	71	75	79,6	60,1	0	N
f	58	Médio	Casado	19/8/09	14/8/19	120	113,6	1,62	43,35	107,4	63,4	63	76,5	65,6	1	N
f	30	Médio	Casado	28/9/17	9/9/19	24	169	1,68	59,9	166,9	118	122	128	70,6	8	N
f	43	Superior	Casado	24/5/16	13/5/19	36	112	1,56	46	103,4	90	97	98,6	60,8	31	G
f	47	Não	Divorciado	5/4/16	4/9/19	41	124	1,64	46,26	112	81	81	83,9	67,2	0	N
f	63	Fund.	Casado	18/2/16	31/7/19	41	106,4	1,54	44,9	94	71,3	72	70,4	59,3	9	N
f	50	Superior	Casado	25/10/05	7/8/19	166	130,2	1,63	49	110	85	85	100	66,4	2	N
f	41	Médio	Divorciado	14/8/14	19/8/19	60	104,2	1,6	40,7	97,2	66,2	70	72,4	64,0	13	N
f	44	Fund.	Casado	8/8/17	5/8/19	24	120	1,72	40,5	111,4	75,7	81	83	74,0	22	M
m	42	Médio	Casado	28/4/16	13/5/19	37	124,9	1,74	41,3	112	94	94	110	75,7	22	M
m	46	Médio	Casado	15/12/17	5/8/19	20	175	1,8	54,8	151	112	112	120,5	81,0	7	N
f	66	Médio	Casado	20/3/14	29/5/19	62	142,5	1,63	53,5	120	81	81	98	70,4	26	M
f	50	Médio	Casado	20/4/04	2/9/19	185	115	1,59	45,45	109	75	78	102	63,2	10	N
f	56	Fund.	Casado	18/8/15	9/6/19	46	141,8	1,63	53,3	125,2	99,7	100	99,7	66,4	8	N
f	48	Médio	Casado	4/4/17	19/8/19	28	93,3	1,44	44,9	86	67,5	68	72	51,8	21	M
f	48	Fund.	Casado	24/10/13	5/8/19	70	119	1,58	47,6	106,8	73	74	73,5	62,4	0	N
f	44	Fund.	Casado	25/9/01	21/8/19	215	143	1,6	56	132	97	96	90	64,0	14	N
f	40	Médio	Solteiro	30/4/15	22/5/19	49	108,5	1,58	44	94,6	60,4	62	66,5	62,4	16	N
f	55	Fund.	Divorciado	11/1/18	3/6/19	19	108	1,51	47,6	94	73	73	73	57,0	1	N
f	53	Médio	Casado	22/1/15	21/8/19	55	125	1,6	48,8	117,5	83	91	85,5	64,0	15	N
f	51	Superior	Solteiro	21/8/14	22/5/19	57	101,5	1,58	40,6	89,6	61,7	65	69	62,4	3	N
f	41	Médio	Solteiro	5/12/17	26/8/19	20	146	1,66	52,89	135	120	117	117	68,9	6	N
f	52	Médio	Solteiro	8/8/17	14/8/19	24	90	1,53	37,9	86,3	54,9	55	55,8	58,5	11	N
f	50	Não	Casado	16/8/07	5/8/19	144	129	1,65	47	117	71,7	74	90	68,1	18	M
f	48	Médio	Solteiro	18/12/14	7/8/19	56	127,9	1,62	48,7	113	81,3	82	98	65,6	5	N
f	65	Médio	Casado	11/5/17	14/8/19	27	146	1,54	61,6	144,8	94	97	94	62,8	3	N
m	67	Médio	Viúvo	4/12/14	10/6/19	54	135	1,73	45	118	91	94	101	72,7	18	M
f	35	Médio	Solteiro	24/3/16	24/7/19	40	159	1,58	63,6	144,1	78,8	85	86,3	62,4	2	N
f	45	Médio	Solteiro	7/8/14	29/5/19	57	146,1	1,61	56,3	125,4	101,5	102	105,7	64,8	24	M
f	41	Médio	Solteiro	8/8/17	1/8/19	24	119,7	1,65	44	104	65	66	66	68,1	5	N
f	55	Fund.	Casado	27/11/14	19/8/19	57	103	1,61	39,7	90	67	68	77	64,8	13	N
f	45	Fund.	Casado	10/9/15	9/8/19	47	143	1,6	55,8	133	80	87	86	64,0	3	N
f	56	Médio	Casado	17/3/15	8/5/19	50	108,6	1,61	47,2	93,5	82	85	89	64,8	4	N
f	48	Médio	Casado	5/6/14	21/8/19	62	115	1,52	44,7	102,7	70,4	74	72,3	57,8	23	M
f	46	Médio	Casado	17/5/16	4/9/19	40	126,8	1,57	51,4	114,8	73	77	113,4	61,6	22	M
f	46	Médio	Casado	22/1/15	14/8/19	55	130,5	1,59	51	120,1	77,1	87	88,36	63,2	21	M
f	47	Superior	Divorciado	27/6/13	3/6/19	72	152	1,57	61,6	137	96,6	99	103	61,6	13	N
f	38	Médio	Casado	4/5/17	1/6/19	25	99,6	1,63	37,5	93,4	79,1	83	83,4	66,4	0	N
f	36	Fund.	Casado	23/2/17	5/6/19	28	143,8	1,6	56,1	127	100	101	102	64,0	0	N
f	56	Fund.	Divorciado	26/4/16	29/5/19	37	138,1	1,52	59,8	130	104	104	112	57,8	16	N
f	54	Médio	Solteiro	2/2/17	14/5/19	27	102	1,62	39	101,7	76,4	82	81	65,6	8	N
f	54	Fund.	Divorciado	22/1/18	5/8/19	19	129	1,58	51,6	108	76,1	76	76	62,4	6	N
f	67	Médio	Divorciado	5/7/04	20/8/19	181	104	1,52	45	99	77,6	80	98	61,2	20	M
f	67	Fund.	Viúvo	3/6/14	7/8/19	62	128,2	1,57	52,7	117	89	90	98	65,3	7	N
f	58	Médio	Casado	5/7/13	12/6/19	71	109	1,52	47,2	95,2	66	77	80	57,8	17	N
f	39	Fund.	Solteiro	17/8/17	31/7/19	23	111	1,51	48,68	89	63,2	64	64,1	57,0	29	M
f	61	Fund.	Casado	16/2/06	7/8/19	162	134	1,52	58	122	84	84	91	57,8	17	N
f	60	Fund.	Viúvo	30/1/14	21/8/19	67	118	1,51	51,7	110	80,3	82	81,6	57,0	22	M
m	44	Médio	Casado	3/8/17	1/8/19	24	126	1,78	40	110	87	96	98	79,2	11	N
f	52	Médio	Casado	18/11/10	14/8/19	105	106	1,57	43	99,9	72	73	75	61,6	0	N
f	51	Fund.	Casado	4/12/07	14/8/19	140	117	1,64	43	111	77	77	89	67,2	18	M

f	57	Fund.	Solteiro	7/12/17	19/8/19	20	117,8	1,55	48,8	110,5	72,6	73	70	60,1	4	N
f	36	Superior	Solteiro	17/4/14	2/9/19	65	136	1,67	48,92	127	81,2	81	88	69,7	9	N
f	37	Não	Casado	4/9/01	29/5/19	212	148	1,57	60	102	70	75	98,2	61,6	18	M
f	42	Não	Divorciado	21/1/18	5/8/19	19	86,8	1,51	38	74	63	63	64	57,0	13	N

Legenda do Banco de Dados

Nível de escolaridade

Fundamental – Fund.

Não informou - Não

Classificação ECAP

Normal - N

Moderada - M

Grave - G

ANEXO A – Escala de compulsão alimentar periódica

Iniciais do paciente: _____ Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

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

1

- ☐ 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- ☐ 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ☐ 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ☐ 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- ☐ 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- ☐ 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- ☐ 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- ☐ 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- ☐ 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- ☐ 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- ☐ 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- ☐ 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- ☐ 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- ☐ 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- ☐ 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- ☐ 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- () 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- () 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- () 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- () 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- () 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- () 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- () 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- () 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- () 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- () 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- () 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
 () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
 () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
 () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
 () 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
 () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Grade de correção da escala de compulsão alimentar periódica

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0
2=0	2=1	2=1	2=0	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1
3=1	3=2	3=3	3=0	3=2	3=3	3=3	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2
4=3	4=3	4=3	4=2	4=3	-	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	-

Escore:

- Menor ou igual 17 = normal
- Entre 17 e 30 = variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito)
- ≥ 30 = Compulsão Alimentar Periódica

ANEXO B - Parecer consubstanciado/Unisa

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento alimentar de pacientes pós-cirurgia bariátrica

Pesquisador: fabiana salatino fangueiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13412819.2.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.338.303

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo verificar como a variação da intensidade da compulsão alimentar, aferidos pela escala de compulsão alimentar periódica (ECAP), interfere na perda do excesso de peso dezoito meses após a realização da cirurgia bariátrica. Métodos - serão avaliados pacientes que foram acompanhados em ambulatório por um período de pelo menos dezoito meses após terem realizado cirurgia bariátrica na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os dados antropométricos serão coletados dos prontuários e os sintomas de compulsão alimentar serão aferidos pela ECAP. Palavras chave: Compulsão Alimentar. Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

- Avaliar o comportamento alimentar de pacientes após a cirurgia bariátrica, utilizando a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP).

Objetivo Secundário:

- Verificar a prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes após 18 meses da cirurgia bariátrica;-Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica e o peso perdido;-Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica, e o IMC inicial e final;-Avaliar o reganho de peso, em Kg absoluto, a partir do peso mínimo obtido

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 3.338.303

pelo paciente após a realização do procedimento e o resultado da ECAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- O estudo oferece risco mínimo, sendo considerado constrangimento ao responder as questões relacionadas ao comportamento alimentar.

Benefícios:

- Como benefícios, podemos citar a aquisição de conhecimentos que ajudam a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos participantes deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: trata-se de um estudo transversal e quantitativo. Local da pesquisa: a pesquisa será realizada na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo à rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 – Departamento de cirurgia – Área V – Ambulatório de Obesidade Mórbida. População de estudo: a população estudada será composta por pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico bariátrico pela técnica by-pass gástrico em Y-de-Roux (RYGB) e que mantiveram acompanhamento pós-operatório no ambulatório de obesidade mórbida da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Critérios de exclusão e inclusão: realizar acompanhamento ambulatorial após cirurgia bariátrica por pelo menos 18 meses. Ter concordado em participar da pesquisa voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 466/12 (anexo 1). Serão excluídos aqueles que não concordarem em participar do estudo. Período da pesquisa: a pesquisa será realizada entre 01/08/2019 e 01/02/2020. Instrumentos de coleta de dados: a coleta de dados será realizada entre os meses de agosto e novembro de 2019. A pesquisadora irá aplicar a ECAP (anexo 2) diretamente com paciente, no ambulatório. Os dados complementares serão obtidos a partir das fichas de acompanhamento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dados coletados – variáveis estudadas a) Sexo – feminino ou masculino b) Idade – em anos completos c) Data da realização do processo cirúrgico d) Tempo de cirurgia – em meses e) Doença pré-existente – se sim ou não f) Medicação utilizada – descrever g) Peso – em Kg h) Estatura – em metros i) Índice de Massa Corporal (IMC) – este índice é calculado através da divisão do peso em quilogramas (kg) pela altura em metros (m) elevada ao quadrado, (kg/m^2). Os valores de referência para o diagnóstico da obesidade severa (grau II) são a partir do IMC 35 Kg/m^2 . j) Escala de Compulsão Alimentar

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11) 2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**

Continuação do Parecer: 3.338.303

(ECAP) - A ECAP é um questionário auto-aplicável, adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da CAP. A escala é constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais o indivíduo deve selecionar aquela que melhor representa sua resposta. Cada afirmativa corresponde a um número de pontos de 0 a 3, desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem compulsão; com pontuação entre 18 e 26, com compulsão moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com compulsão alimentar grave. Análise estatística Para a análise estatística dos dados será utilizado o programa SPSS versão 20.0, utilizando-se testes paramétricos e não paramétricos conforme a natureza das variáveis. Aspectos Éticos: o projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverão ser submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade de Santo Amaro e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Todos os pacientes que participarem da pesquisa deverão assinar o TCLE, ficando cientes dos eventuais riscos e autorizando o uso dos dados dos seus prontuários e questionários com finalidade de pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada;
- Riscos e Benefícios: adequados;
- Metodologia: adequada;
- Termo de compromisso e de Confidencialidade: adequados e assinados;
- Carta de anuência assinada;
- Carta de autorização assinada;
- TCLE: adequado;
- Cronograma: assinado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:****Endereço:** Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340**Bairro:** Jardim das Imbuías**CEP:** 02.450-000**UF:** SP**Município:** SÃO PAULO**Telefone:** (11)2141-8687**E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 3.338.303

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1340613.pdf	08/05/2019 15:30:00		Aceito
Outros	Questionario_coleta_de_dados.docx	08/05/2019 15:28:41	fabiana salatino fanguero	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	06/05/2019 16:32:54	fabiana salatino fanguero	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_Santa_Casa.pdf	06/05/2019 16:31:02	fabiana salatino fanguero	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	06/05/2019 16:29:05	fabiana salatino fanguero	Aceito
Outros	Autorizacoes_santa_casa.jpg	06/05/2019 16:25:56	fabiana salatino fanguero	Aceito
Orçamento	Declaracao_de_orcamento_Santa_casa.jpg	06/05/2019 16:25:19	fabiana salatino fanguero	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_Santa_Casa.jpg	06/05/2019 16:25:03	fabiana salatino fanguero	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/05/2019 16:17:03	fabiana salatino fanguero	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreeesclarecido_SantaCasa.docx	02/05/2019 13:57:13	fabiana salatino fanguero	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Maio de 2019

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

ANEXO C – Parecer consubstanciado/Santa Casa de Misericórdia de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento alimentar de pacientes pós-cirurgia bariátrica em um hospital de São Paulo

Pesquisador: Elias Jirjoss Ilias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15606419.5.0000.5479

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.443.399

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal quantitativo que será desenvolvido com pacientes atendidos no Departamento de Cirurgia - Área V - Ambulatório de obesidade mórbida da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com participação de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica by-pass gástrico em Y-de-Roux (RYGB) em acompanhamento pós cirúrgico com a finalidade de avaliação do comportamento e intensidade da compulsão alimentar aferida pela escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) e posterior ganho de peso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o comportamento alimentar de pacientes após a cirurgia bariátrica, utilizando a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP).

Objetivo Secundário: Verificar a prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes após 18 meses da cirurgia bariátrica;- Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica e o peso perdido.

Avaliar a relação entre o resultado da ECAP após 18 meses da cirurgia bariátrica, e o IMC inicial e final;- Avaliar o reganho de peso, em Kg absoluto, a partir do peso mínimo obtido pelo paciente após a realização do procedimento e o resultado da ECAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco de constrangimento ao responder as questões relacionadas ao comportamento alimentar.

Endereço: Rua Marques de Itu, 381
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.223-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-1818 **Fax:** (11)2176-7688 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.443.399

Benefício: conhecimentos que ajudam a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos participantes deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A cirurgia bariátrica só é realizada em pacientes maiores de 18 anos. Dessa forma, é assumido como um dos critérios de inclusão que dispensam a necessidade de termo de Assentimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Of_ACPC_1282019.pdf	13/06/2019 15:50:18	Patricia Sant Ana	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1374640.pdf	13/06/2019 09:45:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	13/06/2019 09:44:45	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/06/2019 09:42:41	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	Comissao_cientifica.pdf	13/06/2019 09:30:54	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	12/06/2019 16:21:19	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	Autorizacoes.pdf	12/06/2019 16:20:37	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Orçamento	formulario_de_orcamento.pdf	12/06/2019 16:19:11	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/06/2019 16:17:17	Elias Jirjoss Ilias	Aceito

Endereço: Rua Marques de Itu, 381

Bairro: VILA BUARQUE

CEP: 01.223-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2176-1818

Fax: (11)2176-7688

E-mail: cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.443.399

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Julho de 2019

Assinado por:
Pollyana Oliveira Lira
(Coordenador(a))

