

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

GABRIELLA AMORIM ALVES
BRUNA FAZOLARI CAVALCANTI VIANA

**QUALIDADE DE VIDA E RISCO DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM
PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

**RECIFE
2018**

**QUALIDADE DE VIDA E RISCO DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM
PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

**QUALITY OF LIFE AND RISK OF EATING DISORDER OF PATIENTS
UNDERGOING BARIATRIC SURGERY**

Gabriella Amorim Alves

Graduanda em nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Bruna Fazolari Cavalcanti Viana

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Milena Damasceno da Souza Costa

Nutricionista e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Camila Yandara Sousa Vieira de Melo

Nutricionista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Autor Correspondente: Gabriella Amorim Alves, Rua Laurindo Coelho, 245 – 52060-340;
Gabiamorim_96@hotmail.com; (81) 996414682

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Fonte financiadora do protejo: Esse projeto foi desenvolvido sem apoio financeiro. Todos e quaisquer custos foram de responsabilidade dos autores envolvidos.

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica tem resultados positivos no âmbito físico, psicológico e na qualidade de vida. Porém, os candidatos a esse procedimento cirúrgico constituem grupo de risco para transtornos alimentares. Estima-se que 20 a 70% dos pacientes submetidos a essa cirurgia tem histórico de algum transtorno mental. **Objetivo:** Avaliar o risco de transtorno alimentar, bem como a qualidade de vida no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Métodos:** Estudo analítico transversal, com 32 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Para identificação de transtorno alimentar, transtorno de compulsão alimentar periódico e avaliação da qualidade de vida foram utilizados os questionários Eating Attitudes Test (EAT-26), Binge Eating Scale (BES) e Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS), respectivamente. As variáveis contínuas foram testadas de acordo à normalidade da distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis de distribuição normal tiveram suas médias comparadas pelo teste de “t” Student. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas aplicou-se o teste Qui quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Foi utilizado o nível de significância $p < 0,005$. **Resultados e Discussão:** Os dados demográficos e antropométricos dos pacientes avaliados foram distribuídos em nove variáveis. Com 81,8% o sexo feminino teve prevalência na realização da cirurgia. Verificou-se uma associação entre a presença do transtorno alimentar e o tempo pós cirúrgico, visto que 31,22% dos pacientes que apresentam o transtorno alimentar apresentavam até 24 meses de tempo pós-operatório. **Conclusão:** O desenvolvimento de transtornos alimentares nos pacientes pareceu depender do tempo pós cirúrgico e do grau de obesidade em que os pacientes se encontravam antes da cirurgia.

Palavras- chave: Cirurgia bariátrica. Pós-operatório. Transtorno alimentar. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Bariatric surgery has positive results in the physical, psychological and quality of life. However, candidates that are submitted in this process have a big of starting an eating disorder. Estimated that 20 to 70% of those patients suffer from some kind of mental disorder.

Objective: Analyse the risk of eating disorder and also the quality of life of the patients after the surgery.

Methods: Transversal analytic studies of 32 patients undergoing bariatric surgery. To identify eating disorders, periodic food compulsion disorders and evaluation of quality of life were used respectively questionnaires Eating Attitudes Test, Binge Eating Scale e Bariatric Analysis and Reporting Outcome System. The variables were examined according to the normality of the distribution by the Kolmogorov-Smirnov test. The variables normal distribution had the [averages](#) compared "t" Student test. To verify existence of association about the variable categories was applied the test Pearson's Chi-square and Fisher's exact test. The level of significance was used $p < 0.005$.

Results and Discussion: The demographic and anthropometric results of the patients were used in nine variables. Female gender were more prevalent (81.8%) in the surgery. Was verified the junction of eating disorder and time after surgery. 31,22% of the patients less than 24 months present eating disorder after surgery.

Conclusion: Apparently the eating disorder developed depend on the time after surgery and also level of obesity that the patient was before the surgery.

Keywords: Bariatric surgery. Postoperative. Eating disorder. Quality of life.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO A	25
ANEXO B	26
ANEXO C	28
ANEXO D	29
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA	30

INTRODUÇÃO

O número de crianças e adultos obesos é cada vez maior, diante disso, a obesidade passou a ser considerado, pela Organização Mundial de Saúde(OMS) como um problema de saúde pública. Estima-se que No Brasil, 20% das crianças sejam obesas e 25% da população adulta sejam casos mais graves de excesso de peso. Na região Sul, situação é a mais crítica¹.

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo.¹ O impacto da obesidade está mais relacionado com a morbidade do que com a mortalidade, sendo, portanto, associada ao diabetes mellitus tipo 2, doença cardíaca, osteoartrite, hipertensão arterial e alguns tipos de câncer.^{1,2} Na infância e na adolescência, a obesidade também está crescendo intensamente e cerca de 80% das crianças que já estão obesas aos cinco anos de idade, permanecerão obesas na vida adulta.^{3,4}

Segundo os critérios de indicação para a cirurgia bariátrica, os pacientes devem apresentar idade entre 18 e 65 anos, IMC maior ou igual a 35kg/m² com uma ou mais comorbidades graves associadas, tais como diabetes mellitus e/ou HAS⁵. Podem também apresentar histórico de perda de peso insuficiente, ausência de uso de drogas ilícitas ou alcoolismo e a ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves.^{5,6}

De modo geral a cirurgia bariátrica tem resultados positivos no âmbito físico e psicológico, mas uma parte dos pacientes não responde de forma esperada a perda de peso. Estima-se que de 20 a 70% dos pacientes que fazem este procedimento cirúrgico tem histórico de algum transtorno psicológico e, por conseguinte, os candidatos a cirurgia bariátrica constituem grupo de risco para transtornos alimentares⁷. Em pacientes obesos, pode-se notar uma ampla associação entre os transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal.⁸

Dentre os transtornos que cometem o paciente pós bariátrica estão: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar (TCA), comportamento beliscador e síndrome do comer noturno⁸.

A perda de peso é utilizada como o principal parâmetro de sucesso da cirurgia bariátrica, no entanto esse critério unicamente é insuficiente para avaliar os resultados, uma vez que alguns indivíduos relatam que a melhora das comorbidades parece ter um maior impacto na definição do sucesso da cirurgia. Por isso torna-se indispensável observar também o impacto que esse tratamento tem na qualidade de vida desses pacientes, pelo ponto de vista do próprio indivíduo.⁷

O presente estudo teve como objetivo avaliar o risco de transtorno alimentar em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, bem como a qualidade de vida no pós-operatório, uma vez que a cirurgia gera uma grande mudança fisiológica, psicológica e corporal no indivíduo.

METODOLOGIA

Estudo analítico transversal realizado no Ambulatório de Nutrição Adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), o período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2017. Os critérios utilizados para inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estavam no pós-operatório imediato (até 3 meses) e tardio (após 3 meses) de cirurgia bariátrica. Foram excluídos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica em outra instituição ou que tinham incapacidade de compreender textos simples. Foi utilizada uma amostra não-probabilística por conveniência, a depender das marcações ambulatoriais. Os pacientes que se enquadravam nos critérios de elegibilidade foram convidados a participar da pesquisa sendo esclarecidos sobre sua importância e objetivos. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprometendo-se a participar voluntariamente do presente estudo. A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CEP/IMIP), sob CAEE 70931717.70000.5201 de acordo com a Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário previamente estruturado (APÊNDICE A), a partir do qual foram obtidas as informações necessárias de cada participante. A coleta dos dados foi realizada por estudantes de nutrição que foram previamente treinados e consistia em entrevistar o paciente, com perguntas e respostas para aplicação dos questionários e coleta dos dados antropométricos.

Para identificação de transtorno alimentar foi utilizado o Eating Attitudes Test (EAT-26) ou Teste de Atitudes Alimentares, desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979) (Anexo B). Esse instrumento foi validado pelos autores e é composto por 26 questões, sendo cada questão dividida em 3 escalas do tipo Likert, apresentando 6 opções de resposta, conferindo-se pontos

de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos, às vezes = 1 ponto, poucas vezes = 0 pontos, quase nunca = 0 pontos e nunca = 0 pontos). No entanto, a questão 25 apresenta pontos em ordem invertida, para respostas mais sintomáticas, como o sempre, muitas vezes e às vezes, não são dados pontos, e para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente. Para os autores do EAT-26, um resultado em que se obteve mais que 21 pontos indica um teste positivo, o que implica em o entrevistado poder ser incluído em grupo de risco para transtorno alimentar.

Para a avaliação de TCAP (transtorno de compulsão alimentar periódico) foi utilizado a escala de CAP Binge Eating Scale (BES). A BES é um questionário autoaplicável, adequado para descrição dos indivíduos obesos de acordo com a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP). A escala é constituída por uma lista de dezesseis itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. Cada afirmativa corresponde um número de pontos de zero a três, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final resulta da soma dos pontos de cada item. Indivíduos com pontuação menor ou igual a dezessete são considerados sem CAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com compulsão moderada; e aqueles que obtiveram pontuação maior ou igual a 27, são descritos com compulsão grave. (Anexo C)

Para a avaliação da qualidade de vida no pós-operatório foi utilizado o Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). O presente questionário analisa e qualifica os seguintes parâmetros: percentual de perda de excesso de peso, melhora das comorbidades, eventuais complicações cirúrgicas, e qualidade de vida de acordo com cinco fatores. São eles: autoestima, atividade física, vida social, condições de trabalho e atividade sexual. A classificação final de cada paciente pode ser “Insuficiente”, “Aceitável”, “Bom”, “Muito bom” e “Excelente” de acordo com a presença pré-operatória de comorbidades. (Anexo D)

A avaliação antropométrica realizada no Ambulatório de Nutrição Adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) foi composta por: peso pré-cirúrgico (coletado a partir de registro em prontuário), peso e altura atual (aferidos no momento da coleta de dados) para o cálculo do IMC (índice de massa corporal) atual, sendo este classificado através dos pontos de corte propostos por World Health Organization (1995). Para o cálculo do percentual de perda de peso (%PP) foi utilizada a fórmula: $[(\text{peso usual} - \text{peso atual}) / \text{peso usual}] \times 100$. Para o cálculo do percentual de perda de excesso de peso (%PEP) foi utilizada a equação: $[(\text{peso usual} - \text{peso atual}) / (\text{peso usual} - \text{peso ideal})] \times 100$.

Os dados foram digitados no programa EXCEL 2013 e a análise estatística foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* para Windows, versão 21.0. As variáveis contínuas foram testadas de acordo a normalidade da distribuição pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis de distribuição normal foram descritas na forma de média e desvio-padrão e suas médias foram comparadas pelo teste de “t” *Student*. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui quadrado de *Pearson* e o teste exato de *Fisher*. Foi utilizado o nível de significância $p < 0,005$.

O presente estudo faz parte de um projeto mais abrangente denominado “TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA”

RESULTADOS

Foram avaliados 32 pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Suas características demográficas e nutricionais encontram-se descritas na tabela 1. A maioria dos pacientes avaliados encontrava-se no momento do estudo com estado nutricional classificado em obesidade grau I e é possível perceber prevalência aumentada do sexo feminino.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e nutricional de pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica acompanhados no ambulatório de nutrição de hospital de referência da cidade do Recife – PE, 2017.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	27	84,3
<i>Masculino</i>	5	15,7
Raça		
<i>Branca</i>	15	46,8
<i>Negro</i>	2	6,2
<i>Parda</i>	10	31,2
<i>Outra</i>	5	15,8
Escolaridade		
<i>Até fundamental</i>	2	6,2
<i>Até médio completo</i>	24	75
<i>Até pós-graduação</i>	6	18,7
Tempo de Pós-Operatório		
<i>0-6 meses</i>	12	37,5
<i>6-12 meses</i>	2	6,2
<i>12-24 meses</i>	8	25
<i>24-48 meses</i>	8	25
<i>48-72 meses</i>	2	6,2

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	n	%
Pós-operatório		
<i>Eutrofia</i>	1	3,1
<i>Sobrepeso</i>	5	15,6
<i>Obesidade grau I</i>	13	40,6
<i>Obesidade grau II</i>	6	18,7
<i>Obesidade grau III</i>	7	22,0
Pré-operatório		
Obesidade grau I	2	6,2
Obesidade grau II	1	3,1
Obesidade grau III	29	90,6

QUESTIONÁRIO	n	%
Questionário EAT¹		
<i>(<21) sem transtorno alimentar</i>	17	53,12
<i>(>20) sem transtorno alimentar</i>	15	46,88
Questionário BES²		
<i>(<17) sem compulsão alimentar periódica</i>	32	100
Questionário BAROS³		
<i>Ruim</i>	4	12,5
<i>Razoável</i>	10	31,2
<i>Bom</i>	9	28,1
<i>Muito bom</i>	9	28,1

¹EAT-26: Eating Attitudes Test; ²BES: Binge Eating Scale ³BAROS: Bariatric Analysis and Reporting Outcome System.

Foi possível observar correlação estatisticamente significativa ($p=0,000$ ou $p<0,005$) entre a presença de transtorno alimentar segundo o questionário EAT com o grau de obesidade do período pré-operatório. Verificou-se que a maioria dos pacientes com transtorno alimentar são aqueles cujo estado nutricional é classificado como obesidade grau III, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Associação entre presença ou ausência de transtorno alimentar segundo questionário Eating Attitudes Test (EAT-26) com diferentes graus de obesidade no período pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica acompanhados em ambulatório de Nutrição de um hospital da cidade do Recife, 2017.

Classificação segundo EAT -26	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	<i>p</i>*
>21 pontos	0	3,125	43,75	
Com TA**				
<20 pontos	6,25	3,125	43,75	0,000
Sem TA				
Total	6,25	6,25	87,5	

*Teste Exato de Fisher; **TA: Transtorno Alimentar.

Ao considerar o tempo de pós-operatório de cirurgia bariátrica, foi possível perceber que aqueles pacientes com menos de 24 meses de cirurgia tiveram menor chance de apresentar transtorno alimentar, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Associação entre presença ou ausência de transtorno alimentar segundo questionário Eating Attitudes Test (EAT-26) com tempo pós-operatório inferior ou igual a 24 meses e superior a 24 meses de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica acompanhados em ambulatório de Nutrição de um hospital da cidade do Recife, 2017.

Classificação segundo EAT -26	Tempo de pós-operatório		<i>p</i>*
	≤24 meses (%)	>24 meses (%)	
>21 pontos (Com TA**)	31,22	15,68	0,000
<20 pontos (Sem TA**)	37,42	15,68	
Total	68,64	31,36	100%

*Teste Exato de Fisher; **TA: Transtorno Alimentar.

DISCUSSÃO

É frequentemente apontado na literatura^{9,10,11} maior frequência de mulheres submetidas ao procedimento de cirurgia bariátrica. Esse grupo possui maior preocupação com seu estado de saúde quando comparadas aos homens¹², possivelmente pela maior preocupação com a autoimagem, o que torna o público feminino responsável pela maior procura ao tratamento cirúrgico para emagrecimento. Estudo realizado por Costa e colaboradores (2009)⁹, o qual avaliaram a presença de obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, observaram que 80,15% de sua população eram mulheres, corroborando com o presente estudo.

No cenário clínico e de pesquisa, o Eating Atitudes Test (EAT) é um dos instrumentos mais fidedignos e com um alto índice de aplicação para o rastreamento e detecção de sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de Transtornos alimentares.¹³

Arnaldo Lopes filho e colaboradores,¹⁴ em seu estudo acerca da presença relevante de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica entre obesos mórbidos, afirma que esse transtorno pode permanecer ativo, comprometendo o resultado pós-cirúrgico, segundo outro estudo de Ana Júlia Rosa Barcelos e colaboradores¹³ foi observado prevalência de TCAP em 44,2% da população estudada, tratando-se de população predominantemente obesa grave, o resultado é esperado, uma vez que trata-se de indivíduos com dificuldade de controlar sua ingestão calórica.

Os pacientes submetidos a CB tem variação na redução de peso em torno de 15% após os três meses, e até 35% após os seis meses de pós-operatório em relação ao peso corporal inicial¹⁵, por esse motivo, o paciente submetido a CB obtendo a perda de peso desejada, torna-se mais satisfeito com a imagem corporal, podendo assim, ter uma menor incidência de TA devido ao sucesso cirúrgico, ou mesmo uma adaptação ao novo estilo de vida.

Quando comparado o questionário EAT com o tempo pós cirúrgico notou-se prevalência da presença do transtorno alimentar (TA) em pacientes com menos de 24 meses de cirurgia em relação aos pacientes com mais de 24 meses de cirurgia. Dentre os transtornos mais prevalentes pós Cirurgia Bariátrica (CB), A compulsão alimentar e o ato de “beliscar” estão presentes na maioria dos casos. O comportamento beliscador é frequentemente observado em pacientes com TA na população bariátrica. Tal hábito pode ter um impacto negativo no processo de perda de peso após a CB e, se presente antes da cirurgia, pode persistir por períodos de 12 a 18 meses pós realização da CB.¹⁴ Além desses, a compulsão alimentar é o comportamento mais avaliado nos estudos realizados e é aquele que parece ser o mais frequente, além de ser um comportamento pode ser mantido após a cirurgia¹⁵. Tais dados se assemelham aos apresentados no presente estudo, o qual revela ainda a diminuição dos transtornos alimentares após um período de 24 meses pós CB. No presente estudo outros dois questionários foram utilizados para avaliar a qualidade de vida e presença de transtorno alimentar no paciente pós cirurgia, mas as amostras obtidas não apresentaram resultados significantes, visto que os questionários não foram auto aplicados. Para aplicação desses questionários foram realizadas entrevistas de pergunta e respostas, o que pode ter gerado algum tipo de constrangimento e receio em responder de maneira fiel as perguntas feitas, tornando assim alguns dados irrelevantes para o resultado final.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de TA em pacientes pós CB dependeu principalmente do tempo pós cirúrgico e do grau de obesidade em que se encontravam antes da cirurgia. A compulsão alimentar parece ser o transtorno mais frequentemente observado e esse comportamento pode ser mantido após a cirurgia, tendo impacto negativo na perda de peso e qualidade de vida.

O acompanhamento dos pacientes submetidos a CB por uma equipe multidisciplinar faz-se necessário a fim de identificar e encontrar maneiras de tratar os TA para que esses não se tornem cada vez mais crescentes. Destaca-se a importância do atendimento com ênfase nos pacientes pré cirúrgicos, considerando a presença de alterações de caráter psicológico, a fim de otimizar o sucesso do procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- 1- Recine, E ;Radaelli, P. Obesidade e desnutrição NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf Acesso em: 28 jul.2018.
- 2- Eckersley RM. Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity. *Med J Aust* 2001;174:590-2.
- 3- Troiano RP, Flegal KM, Kukzmariski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents – The National and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:1085-91.
- 4- Gortmaker SL, Dietz WH, Sobol AM, Wehler CA. Increasing pediatric obesity in the United States. *Am J Dis Child* 1987;141:535-40.
- 5- 4.ed. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.
- 6- Wanderley, T. Impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida. 2015. 63f. : il.
- 7- Novelle, J ; Alvarenga, M. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa Bariatric surgery and eating disorders: integrative review. *J. bras. psiquiatr.* vol.65 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2016.
- 8- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
- 9- Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. 2009;22(1):55-9.
- 10- Hintze, LJ. *et al.* Cirurgia bariátrica no Brasil. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 20(3-4):87-98, maio/ago., 2011.
- 11- Fontes, LS. *et al.* Qualidades Psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set 2016, Vol. 32 n. 3, pp. 1-7.
- 12- Jesus, A. *et al.* Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v.11. n.63. p.187-196. Maio./Jun. 2017. ISSN 1981-9919.
- 13- Costa, A; Pinto, S. Transtorno da compulsão alimentar periódica e qualidade de vida de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* vol.28 supl.1 São Paulo 2015.
- 14- Cordás,T; Filho, A; Segal A. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 48 nº 4 Agosto .
- 15- Silva, A. *et al.* Relação cintura-estatura e glicemia no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2017; 37(4):17-22.

APÊNDICE A

Nome: _____ Idade: _____
_____ anos Profissão: _____ Sexo : F () M () Tempo pós-
cirurgico (meses/ anos): _____ Data da cirurgia ___/___/___ Peso pré-
cirurgico: _____ Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____
CC: _____

% perda de peso: _____ % PEP _____

Peso máximo atingido e idade: _____ Peso mínimo atingido e idade: _____

Hábito Intestinal: Regular () Irregular ()

Ingestão hídrica: < 500 ml () 500-1000 ml () 1000 – 1500ml () 1500-2000 ml () > 2000ml ()

Antecedentes pessoais (co-morbidades):

HAS () DM () Apneia do sono () Dislipdemias () Osteoartrite () Doenças
Cardiovasculares () Infertilidade ()

Medicamentos: Pré-cirurgico:

Antihipertensivos () Hipoglicemiante Oral () Insulina ()
Antidepressivo () Hipocolesterolêmicos () Anti-ulcerosos ()

Suplemento nutricional atualmente: () S () N Qual? _____ Frequência: _____

Álcool: () Sim () Não Frequência: _____

Tipo de bebida: () destilado () fermentado

Tabagismo: () Sim () Não Frequência: _____ Quantidade: _____

Exame Físico

CABELOS: c/ queda () quebradiço () ressecado () dispigmentado ()

BOCA/DENTIÇÃO: completa () incompleta () prótese ()

MUCOSA: hipocorada () hipo-hidratada ()

CUTÂNEO: descamativa () petéquias () hipo-hidratada ()

EXTREMIDADES: má perfusão () edema em MMII () edemas em MMSS ()

Avaliação Antropométrica

Parâmetros	___/___/___	Classificação
Peso (kg)		
Altura (m)		

ANEXO D

PROTOCOLO DE BAROS

BAROS

Bariatric Analysis and Reporting Outcome System

PERDA DE PESO %DO EXCESSO (pontos)	CONDIÇÕES CLÍNICAS (pontos)	QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA
Ganho de Peso (-1)	Agravada (-1)	<p>1- AUTO-ESTIMA</p> <p>-1.0 -0.50 0 +0.50 +1.0</p>
0 - 24 (0)	Inalterada (0)	<p>2 - FÍSICA</p> <p>-0.50 -0.25 0 +0.25 +0.50</p>
25 - 49 (1)	Melhorada (1)	<p>3 - SOCIAL</p> <p>-0.50 -0.25 0 +0.25 +0.50</p>
50 - 74 (2)	Uma das maiores co-afecções resolvidas outras melhoradas (2)	<p>4 - TRABALHO</p> <p>-0.50 -0.25 0 +0.25 +0.50</p>
75 - 100 (3)	Todas as maiores co-afecções resolvidas outras melhoradas (3)	<p>5 - SEXUAL</p> <p>-0.50 -0.25 0 +0.25 +0.50</p>
Subtotal: _____	Subtotal: _____	Subtotal: _____

COMPLICAÇÕES:

Menores: deduzir .20 pontos
Maiores: deduzir 1 ponto

REOPERAÇÃO:
Deduzir 1 ponto

PONTUAÇÃO TOTAL

	Com comorbidades	Sem comorbidades
INSUFICIENTE	1 PONTO OU <	0 OU <
ACEITÁVEL	>1 A 3 PONTOS	0 A 1.5 PONTOS
BOM	>3 A 5 PONTOS	1.5 A 3 PONTOS
MUITO BOM	>5 A 7 PONTOS	3 A 4.5 PONTOS
EXCELENTE	>7 A 9 PONTOS	4.5 A 6 PONTOS

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA – Nutrición clínica y dietética hospitalaria.

Tipo de originais	Extensão máxima	Figuras	Tabelas	Compromissos
Artigos	14 pg	4	4	30

Elaboração de originais.

A preparação do manuscrito original deve ser feita de acordo com as Regras e Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (versão oficial em inglês acessível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>) . você pode rever o link da URL: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm>).

IMPORTANTE:

O manuscrito deve ser apresentado em formato unificado: fonte Times New Roman, tamanho 12 pontos e espaçamento simples.

Para a correta recepção dos originais, deve sempre incluir:

1. Carta de apresentação

Você deve declarar: Tipo de item que é encaminhado

Declaração de que é um texto original e não está sendo avaliado por outro periódico.

Qualquer tipo de conflito de interesses ou a existência de implicações econômicas.

A atribuição ao Jornal de direitos exclusivos para editar, publicar, reproduzir, distribuir cópias, preparar trabalhos derivados em papel, eletrônicos ou multimídia e incluir o artigo em índices ou bancos de dados nacionais e internacionais.

Trabalhos com mais de um autor devem ser lidos e aprovados por todos os signatários.

Os autores devem declarar como figuras, desenhos, gráficos, ilustrações ou fotografias incorporadas no texto. Caso contrário, eles devem obter e fornecer autorização prévia para publicação e, em qualquer caso, sempre que as pessoas puderem ser identificadas.

Dados de contato do autor principal: nome completo, endereço postal e eletrônico, telefone e instituição.

No caso de estudos realizados em seres humanos, o cumprimento das normas éticas do correspondente Comitê de Pesquisa ou Ensaio Clínico e a atual Declaração de Helsinque, disponível em espanhol no endereço: <http://www.metodo.org.uab.es/enlaces.htm>

2. Título.

Os seguintes dados serão indicados em uma página separada e nesta ordem:

Título do artigo em espanhol ou português e em inglês.

Sobrenome e nome de todos os autores, separados por vírgula. Recomenda-se que no máximo oito autores sejam incluídos. Através de algarismos arábicos, em sobrescrito, cada autor estará relacionado, se for o caso, com o nome da instituição a que pertence.

Endereço de e-mail que você deseja incluir como contato na publicação e que coincidirá com o indicado pelo autor principal.

ATENÇÃO: para se referir a cada autor só seu local de trabalho (Departamento, Faculdade, etc.) e da Universidade ou instituição à qual ele pertence, sem citar estudos pelo autor, etc. serão citados A cidade, província, estado, etc. só será adicionado quando houver confusão.

CONTATO: O endereço de e-mail é o que a) você quer que apareça como contato em seu artigo e b) o ÚNICO com o qual você pode manter um relacionamento escrito com a revista. Correspondência de outros autores ou outros endereços de e-mail não serão recebidos ou respondidos.

3. Resumo.

O comprimento máximo será de 300 palavras. Deve ser compreensível por si só. Os originais enviados em inglês serão escritos inteiramente nesta língua.

Os originais submetidos em espanhol conterão um resumo escrito nos seguintes idiomas: a) espanhol e b) inglês. No caso dos originais em português, o resumo será enviado em a) português, b) espanhol e c) inglês. Não deve incluir citações bibliográficas ou palavras abreviadas.

A estrutura habitual será sempre respeitada:

Introdução

Objetivos

Métodos

Resultados

Discussão

Conclusões

4. Palavras-chave.

No máximo 5 palavras-chave devem ser incluídas no final do resumo que coincidam com os descritores Medical Subject Headings (MeSH), acessíveis no seguinte URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>

5. Abreviaturas

Uma lista das abreviaturas presentes no trabalho será incluída na explicação correspondente.

A primeira vez que a palavra a ser abreviada aparecer, tanto no resumo como no texto, será seguida pela abreviação entre parênteses. No restante do texto, a abreviação pode aparecer sem mais adições.

6. Texto

De acordo com a seguinte estrutura:

Introdução

Discussão

Objetivos

Conclusões

Métodos Resultados

Bibliografia

É necessário especificar, na metodologia, o desenho, a população estudada, os sistemas estatísticos e quaisquer outros dados necessários para uma perfeita compreensão do trabalho.

7. Agradecimentos

Nesta seção, devemos mencionar as ajudas materiais e econômicas de todos os tipos, recebidas indicando a entidade ou empresa que as forneceu. Estas menções devem ser conhecidas e aceitas para inclusão nestes "agradecimentos".

8. Conflito de interesses.

Os possíveis conflitos de interesse nesta seção devem ser detalhados.

9. Bibliografia.

Eles devem cumprir os Requisitos de Uniformidade do Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), conforme indicado acima.

As referências bibliográficas serão ordenadas e numeradas em ordem de aparecimento no texto, identificadas por algarismos arábicos em sobrescrito. Se a referência tiver mais de seis autores, os seis primeiros autores serão incluídos e, em seguida, et al.

Para citar revistas médicas abreviaturas incluídas no banco de dados Revistas, disponível no URL será usado: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>) ou, na falta que , aqueles incluídos no catálogo de publicações periódicas em bibliotecas espanholas de ciências da saúde (<http://www.c17.net/c17/>).

9. Figuras e fotografias.

As tabelas e figuras são ordenados e numerados por ordem de aparecimento no texto e identificados por números árabes no título, que é colocado acima da mesa ou figura. No texto, eles devem ser mencionados dentro de uma frase ou entre parênteses.

O título e o conteúdo de cada tabela ou figura devem permitir o entendimento sem a necessidade de escrever. O conteúdo de texto não deve ser replicado nas tabelas ou figuras. As tabelas serão anexadas ao final do documento com o mesmo tipo de fonte que o texto, em preto e branco.

Os números serão anexados ao final do documento, atrás das tabelas. Eles serão feitos usando programas de computador apropriados que garantem uma boa reprodução (resolução de 300 pixels por polegada) no formato BMP, TIF ou JPG. Power Point, PDF ou arquivos similares não são suportados. As figuras estarão preferencialmente em cores.

