

**EVOLUÇÃO DA OBESIDADE DA INFÂNCIA ATÉ A
VIDA ADULTA ENTRE MULHERES DA FILA DE
ESPERA PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

NOA PEREIRA PRADA DE SOUZA

Araraquara – SP
2007

NOA PEREIRA PRADA DE SOUZA

**EVOLUÇÃO DA OBESIDADE DA INFÂNCIA ATÉ A
VIDA ADULTA ENTRE MULHERES DA FILA DE
ESPERA PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da
Faculdade de Ciências Farmacêuticas para
obtenção do grau de Mestre em Ciências
Nutricionais**

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Maria Rita M. de Oliveira

rara ara- P

Ficha Catalográfica
Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e
Documentação

Souza, Noa Pereira Prada de

9e Evolução da obesidade da infância até a vida adulta entre
membros da fila de espera para a cirurgia bariátrica pelo sistema
Único de saúde. / Noa Pereira Prada de Souza. - Curitiba, 2011.
16 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista.
"Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa
de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira

1. Obesidade mórbida. 2. Cirurgia bariátrica. 3. História de vida.
4. Atividade física. I. Oliveira, Maria Rita Marques de orient. II. Título.

CAPES:50700006

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª Maria Rita Marques de Oliveira

Profª. Drª Vera Mariza H. de Miranda Costa

Profª Drª Telma Maria Braga Costa

Profª Drª Maria Regina Barbieri de Carvalho

Profª Drª Maria Cristina Faber Boog

rara ara, de de

“Cogito, ergo sum!”

(Descartes)

*“Nosso corpo é apenas uma estrutura social de
muitas almas”*

(Nietzsche)

*“Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida.
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente,
E demoradamente é nossa e nós...”*

(Fernando Pessoa)

“Toda sociedade paga a si mesma com a falsa moeda dos seus sonhos”.

(Marcel Mauss)

DEDICATÓRIA

À minha amada mãe **Cynthia**,
Pelo exemplo, amor, carinho, dedicação, força, apoio, paciência,
compreensão, investimentos, incentivos, ensinamentos, por
sempre estar ao meu lado nos momentos difíceis, além de
acreditar nos meus talentos e nas minhas capacidades;

À minha querida avó e madrinha **Maria**,
Minha segunda mãe, pelo amor, apoio, incentivo, investimento,
muito fundamental para a realização do meu mestrado, pela
paciência, pela fé e orações, por sempre acreditar em mim,
além de servir como exemplo para almejar pela paixão ao
estudo;

Do meu lindo e querido irmão **Yan**,
Pelo amor, apoio e por me manter sempre
alegre e disposta a realizar minhas tarefas.

AGRADECIMENTOS

gradeço a Deus, à Santa Terezinha e aos demais santos pela oportunidade de realizar este mestrado, pela sua proteção divina, pelos instantes de inspiração e pela força nas horas mais difíceis.

À Prof^a. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira, pela dedicação, pelas horas, noites, dias, meses e anos em meu auxílio nessa trajetória do conhecimento, pela amizade, pelo apoio, pelo incentivo e pela enorme paciência durante a realização deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Denise Giacomio da Motta, por sua inestimável contribuição, apoio e ensinamento durante a realização deste trabalho, além de horas de discussões muito válidas no plano de ensino, tanto científico quanto pessoal.

À amiga psicanalista Célia Gevartoski pelo apoio, incentivo, tempo e paciência para discussões sobre este trabalho e principalmente pelos grandes ensinamentos e contribuições extremamente válidas para o desenvolvimento deste.

À Clínica Bariátrica, principalmente ao Dr. Irineu Rasera Jr. e à Betel Hiraga, por permitirem a realização das coletas de dados na clínica e pela colaboração.

À CAPES pela bolsa concedida, sem a qual parte de meu trabalho de pesquisa não poderia ter sido realizado com a dedicação e o aproveitamento devidos.

À Cláudia Molina, à Sônia Ornellas e à Larissa Rossin, da coordenação de Pós-Graduação, pela disponibilidade e grandiosa paciência.

aos docentes e funcionários do Departamento de Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas Universidade

Estado a lista de rara rara, pelo ensinamento, dedicação e amizade.

os funcionários da biblioteca, em especial Maria Irani Coito eônia Mara c tari, pelo auxílio e atenção sempre dispensados.

À Kátia Rocha, da seção Técnica acadêmica, pela paciência e atenção.

À minha amiga e companheira de Congressos, Emilia . Balthazar, pela amizade, pelo apoio, pelo incentivo, pela paciência e pela troca de artigos e me auxiliaram bastante na elaboração do trabalho.

os amigos do curso de pós-graduação, Patrícia Novais, Carol oza, Lilian Galesi, Roselene Valota, Kelly Fogaça, Rita Martins, Érika Jung, Francine obral, Ricardo Nishimori, Maria g sta Mantelatto pela colaboração, motivação durante esta jornada e pela amizade e construímos.

toda minha família, em especial a Mainá, Cimara, Naê, Iran, Fabrício, pelo apoio constante, conselhos, incentivos e por acreditarem na minha capacidade.

todos os meus amigos, em especial à na Flávia, Fernanda Cristina, Paola Helena, Kethiley, Priscilla, Patrícia, Giovanna, Maria Olímpia, made , ilvana, Noelle, na Paola, pela força na hora do desânimo e das dificuldades e principalmente pelo carinho e amizade.

o meu amigo Leandro pela fé e promessas aos santos para meus estudos no mestrado.

todas as participantes do estudo e tornaram possível a realização do meu trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS	XI
LISTA DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	XIII
RESUMO.....	XIV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1. O CARÁTER PSICOSSOMÁTICO DA OBESIDADE.....	24
2.2. COMORBIDADES E LIMITAÇÕES FÍSICAS PRESENTES NOS OBESOS.....	25
2.3. DETERMINANTES GENÉTICOS DA OBESIDADE.....	27
2.4. MOMENTO DE INÍCIO DA OBESIDADE.....	27
2.5 AMBIENTE <i>OBESOGÊNICO</i>	28
2.6. HÁBITOS ALIMENTARES.....	30
2.7. PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS.....	33
2.8. COMERCIALIZAÇÃO DO LAZER E DA ATIVIDADE FÍSICA.....	34
2.9. TRATAMENTOS DA OBESIDADE.....	35
3. OBJETIVOS.....	42
3.1. OBJETIVO GERAL.....	43
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	44
4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	45
4.2. CASUÍSTICA.....	46
4.3. DESENHO DA PESQUISA.....	46
4.4. PROCEDIMENTOS.....	50
4.4.1. Caracterização das participantes e antecedentes familiares de obesidade.....	50
4.4.2. Histórico de vida.....	51
4.4.3. Avaliação do consumo alimentar atual.....	51
4.4.3.1. <i>Estimativa das necessidades de energia</i>	53

4.4.3.2. <i>Estimativa da ingestão de ácidos graxos, colesterol e fibras</i>	54
4.4.3.3. <i>Estimativa da adequação da ingestão de micronutrientes.....</i>	55
4.4.4. Levantamento das comorbidezes e das dificuldades na realização de atividades diárias.....	58
4.4.5. Levantamento das razões para escolha do tratamento cirúrgico.....	58
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	59
5. RESULTADOS.....	60
5.1. CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	61
5.1.1. Prevalência de obesidade nos familiares das participantes da pesquisa.....	63
5.2. HISTÓRICO DE VIDA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	64
5.2.1. História de vida das quatro participantes que se tornaram obesas até os 10 anos de idade.....	66
5.2.2. História de vida das sete participantes que se tornaram obesas dos 10 aos 20 anos de idade.....	67
5.2.3. História de vida das treze participantes que se tornaram obesas dos 20 aos 30 anos de idade.....	70
5.2.4. História de vida das onze participantes que se tornaram obesas a partir dos 30 anos de idade.....	71
5.3. CONSUMO ALIMENTAR ATUAL.....	74
5.4. COMORBIDEZES PRESENTES NAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	83
5.5. DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	85
5.6. RAZÕES PARA A PROCURA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE.....	86
6. DISCUSSÃO.....	87
7. CONCLUSÕES.....	120
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS.....	126

APÊNDICES.....	146
ANEXOS.....	158

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. bcategorias levantadas dos relatos de história alimentar	64
Quadro 2. bcategorias levantadas dos relatos de atividades físicas e de lazer	65
Quadro 3. bcategorias levantadas dos relatos de tratamentos realizados para perda ponderal	66
Quadro 4. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica e se tornaram obesas até os 1 anos de idade (n=4).....	14
Quadro 5. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica e se tornaram obesas entre os 1 e anos de idade (n=).....	148
Quadro 6. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica e se tornaram obesas entre os e 3 anos de idade (n=13).....	15
Quadro 7. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica e se tornaram obesas em idades superior a 3 anos (n=11).....	15
Figura 1. Fluxograma do desenho do estudo.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Fator de atividade Física (F) e representa a porcentagem do gasto energético nas atividades diárias para mulheres com IMC acima de 35 kg/m ² (sobrepeso e obesidade).....	53
Tabela 2. Recomendações Nutricionais para mulheres adultas.....	55
Tabela 3. Valores para a razão D/DP ₀ e a probabilidade correspondente em concluir corretamente e a ingestão habitual está adequada ou inadequada.....	5
Tabela 4. Dados gerais das candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N = 35).....	6
Tabela 5. Prevalência de obesidade na família das candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).....	63
Tabela 6. Valores (mediana, mínimo e máximo) do consumo estimado em energia, macronutrientes e fibras entre as candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N=35).....	5
Tabela 7. Valores (média ± desvio padrão) e escores de adequação (Z) do consumo estimado em micronutrientes entre as candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N = 35).....	9
Tabela 8. Frequência de comorbidez em candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).	83
Tabela 9. Dificuldades relatadas na realização de atividades diárias por candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).....	85
Tabela 10. Razões da procura pelo tratamento cirúrgico da obesidade por candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N = 35).....	86

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AACE	Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos
AF	Atividade Física
AGM	Ácido Graxo Monoinsaturado
AGP	Ácido Graxo Poliinsaturado
AGS	Ácido Graxo Saturado
AI	Ingestão de Energia
DP	Desvio Padrão
DRI	Recomendações de Ingestão Dietética
DS	Dia de Semana
EAR	Necessidade Média Estimada
EER	Necessidade Estimada de Energia
FcFar	Faculdade de Ciências Farmacêuticas
FS	Final de Semana
g	Gramas
g/d	Gramas por Dia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Índice Glicêmico
IMC	Índice de Massa Corporal
IOM	Instituto de Medicina
Kcal	Kilocaloria
Kg	Kilogramas
m	Metros
Máx	Máximo Consumido
Mín	Mínimo Consumido
Mg	Miligramas
Mg/d	Miligramas por Dia
µg	Microgramas
µg/d	Microgramas por Dia
MS	Média da Semana
NEPA/UNICAMP	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação/Universidade Estadual de Campinas
NIH	Instituto Nacional de Saúde
OPAS/PAHO	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
RE	Equivalente de Retinol
R24h	Recordatório de 24 horas
SP	Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TEE	Gasto Energético Total
UL	Limite Superior Tolerado
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USA	Estados Unidos da América
VET	Valor Energético Total
WHO	Organização Mundial da Saúde

RESUMO

apesar de muito estudada, a obesidade continua a ser tema e reter ainda muitos aspectos. Foi classificá-la entre os distúrbios psicossomáticos, abre-se um vasto campo de exploração no sentido de entendê-la como um problema de saúde pública fortemente influenciado pelo meio e pela forma como o indivíduo interage com seu ambiente. O objetivo do trabalho foi caracterizar, a partir de relatos sobre a alimentação, os hábitos de vida, a idade de início e a evolução da obesidade entre mulheres admitidas da fila de espera para o tratamento cirúrgico da obesidade pelo sistema Único de Saúde. Participaram do estudo 35 mulheres com idade média de $39,5 \pm 11$ anos, variando de 1 a 66 anos, e índice de massa corporal (IMC, em Kg/m^2) entre 36,1 e $66,1 \text{ kg/m}^2$, recrutadas na Clínica Bariátrica de Piracicaba - SP. Para efeito de análise, as mulheres foram agrupadas segundo o período de início da obesidade: < 10 anos, $10 - 20$ anos, $21 - 30$ anos e ≥ 31 anos. O perfil das candidatas, em termos de massa corporal, tempo de espera na fila para a cirurgia bariátrica, informações pessoais, prevalência de comorbidades, limitações físicas para execução de tarefas da vida diária, bem como as razões para a procura da cirurgia, foram obtidos a partir de formulário.

A história de vida relativa à alimentação, as atividades físicas e de lazer e os tratamentos realizados para perda ponderal foi levantada com a utilização de instrumento de avaliação cronológica dos eventos, "Linha do tempo", criado para esse fim. Estimativa e a avaliação da adequação do consumo alimentar atual foram realizadas a partir dos dados obtidos em três *recordatórios* de 4 horas (R 4h). Quanto às experiências de vida, não foram percebidas diferenças marcantes entre as mulheres, quando confrontadas conforme o período de início da obesidade. O ambiente *obesogênico*, produto dessa passagem de século, foi o ambiente de todas desde a infância, manifestando os seus efeitos especialmente na vida adulta. Essas mulheres procuraram o tratamento cirúrgico principalmente no ano de 2005, e eram, em sua grande maioria, da cor branca, casadas, administradoras do lar, e, mesmo as mulheres que apresentavam atividades fora do lar, desempenhavam predominantemente atividades domésticas. Prevaleram os antecedentes familiares de obesidade maternos e fraternos. O comportamento alimentar desde a primeira idade, independente do período de início da obesidade, foi caracterizado por hábitos inadequados, como "beliscar", consumir guloseimas e hiperalimentar-se, muitas vezes associados à ansiedade.

As mulheres eram mais ativas durante a infância, porém, a partir da adolescência, as suas atividades foram predominantemente sedentárias. O trabalho exercido pelas pesquisadas aparece como importante fator limitante do lazer. O tratamento da obesidade começou a ser realizado já na infância e tomou importância na fase adulta, sendo predominante o medicamentoso. O padrão geral do consumo de alimentos foi característico da dieta ocidental, entretanto com pronunciadas inadequações. O consumo informado de energia foi bastante variado e, na sua maioria, acima das necessidades estimadas. As mulheres que se tornaram obesas na infância atualmente consomem maior proporção de carboidrato na dieta, em relação às mulheres que se tornaram obesas com idade superior a 30 anos e consomem maior proporção de gorduras. O consumo atual de micronutrientes foi, na média, inadequado às necessidades estimadas em ferro, vitamina B₁, e vitamina C. O consumo de cálcio e potássio foram, na média, inferiores aos valores de ingestão recomendados. Foi ainda observado que as mulheres consomem quantidade de sódio além dos limites máximos

estabelecidos. O consumo estimado de fibras se apresentou abaixo do valor recomendado. A prevalência de comorbidez foi elevada em todos os grupos na razão de 5,3 por candidata. Hipertensão, as dislipidemias, o diabetes, as artropatias, a dispnéia de esforço, a insônia e a depressão foram as principais comorbidades identificadas. As participantes apresentaram mais de uma dificuldade relatada na execução de atividades diárias, algumas vitais. Observou-se que, entre as razões que motivaram as participantes a escolher o tratamento cirúrgico da obesidade, a busca pela melhoria da qualidade de vida, considerada por elas como a melhor opção de controle das comorbidades presentes, foi o fator preponderante, seguido pela facilitação na realização de atividades, pela expectativa de melhoria na vida social, com uma menor discriminação em relação ao peso, e de melhoria da estética corporal. Conclui-se que as candidatas à cirurgia da obesidade apresentam experiências de vida marcadas pelas regras da atual sociedade — centrada no consumo e no trabalho —, e pelos sofrimentos, e essa doença impõe ao indivíduo, com prejuízo ao bem-estar físico e mental, os quais explicam a presença dessas mulheres na fila de espera. Todo esse cenário clama por medidas intersetoriais e efetivas para preveni-lo.

Palavras Chaves: obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, história de vida, estilo de vida, consumo alimentar, atividade física

ABSTRACT

Even though obesity has been extensively studied, it is a theme that still requires extensive investigation. Once it became classified as a psychosomatic disorder, a broad field opened up for exploration, i.e., understanding that obesity is a public health problem that is strongly influenced by the environment and by the way individuals interact with the environment. This study used feeding reports to characterize the life habits, age of onset and progression of obesity in adult women recruited from the waiting list for surgical treatment of obesity of the Unified Health System. The participants included 35 women 39.5 ± 11 mean of age, varying from 1 to 67 years, with a body mass index (BMI in kg/m^2) of 36.1 ± 6.1 kg/m^2 seen at the Bariatric Clinic of Piracicaba, SP. Analysis was performed by grouping the women according to the age of onset of obesity: <10 years, $10-20$ years, $20-30$ years and ≥ 30 years. A self-administered questionnaire was used to determine the profile of the participants in terms of body mass, time in the waiting list for bariatric surgery, personal information, prevalence of comorbidities, physical limitations that interfere with daily tasks and activities and reasons for seeking surgery. Their life story regarding feeding habits, physical and leisure activities and weight loss treatments was determined with an instrument that assesses the chronological order of events, "Time Line," created for this purpose. Data obtained from three 4-hour recalls (4HR) were used to estimate and verify the adequacy of actual food intake. Regarding life experiences, there were no marking differences among the women at the onset of obesity. Today's obesogenic environment, product of this new century, was the habitat of every one of those women from childhood, with its effects being manifested especially in adult life. These women sought surgical treatment in 2005. Most of them are Caucasian, married and homemakers. Even the working women, those who worked for third-parties, held mostly housekeeping jobs. Family history of obesity, especially regarding mother and siblings, prevailed. Feeding behavior from infancy, regardless of age of onset of obesity, was characterized by inadequate habits, such as nibbling, eating sweets and binge eating, and frequently associated with anxiety. They were more physically active during childhood and became more inactive during adolescence. Their jobs appear as an important factor limiting leisure. They started receiving treatment for obesity during childhood and in adult life treatment became stricter and usually included pharmaceuticals. They had a western general feeding pattern, however with pronounced inadequateness. Energy intake varied greatly and usually exceeded the estimated requirement. Women who became obese during childhood consume more carbohydrates in their diets than women who became obese after their thirtieth birthday: these consume more fats. On average, intakes of iron, vitamin B₁ and vitamin C did not meet their estimated requirements; intakes of calcium and potassium were below the recommended intakes. The intake of sodium surpassed the recommended upper limit. Estimated fiber intake was below the recommended intake. Prevalence of comorbidities was high in all groups with a ratio of 5.3 per participant. The main comorbidities found were hypertension, dyslipidemias, diabetes, arthropathies, dyspnea on exertion, insomnia and depression. The participants presented more than one difficulty when carrying out daily activities, including some of the vital ones. The main reasons reported by these women for seeking surgical treatment for obesity were their desire to improve their quality of life (which, according to them, means enjoying better health or controlling comorbidities), perform daily

activities more easily, improve their social life, face less discrimination because of their weight and improve their looks. We conclude that candidates for obesity surgery present life experiences marked by current social norms, which revolve around consumerism and work, by the sufferings, that the disease imposes on the individual and the damage to their physical and mental well-being. This helps us to understand why these women are on the waiting list for obesity surgery. This entire scenario claims for measures that are effective and intersectoral in order to prevent it.

Key Words: morbid obesity, bariatric surgery, life history, lifestyle, food consumption, motor activity

1. INTRODUÇÃO

A prevenção da obesidade constitui um desafio, uma vez que seus efeitos não são imediatos e há vários alvos para intervenção, sendo um dos principais a transformação do ambiente em que vivemos, considerado *obesogênico*¹, pois seduz e induz, por vários meios, a adoção de comportamentos não saudáveis (CYPRESTON, 2004). Também a obesidade constitui uma doença multifatorial, pois envolve, além dos aspectos biológicos e sociais, aspectos psicológicos — cognitivos, afetivos e comportamentais. Assim, a doença está classificada entre os transtornos psicossomáticos, o que, entre outras razões, torna complexo o seu potencial de controle e interfere nele (ZIMERMANN, 1999; NTONAKI, 2003).

Dada a extensão e a gravidade das comorbidades associadas à obesidade, há muitos tipos de tratamentos utilizados. Preconiza-se que terapias mais agressivas devem ser usadas nas pessoas obesas mórbidas e nas que apresentam complicações associadas, sendo uma das opções o tratamento cirúrgico para perda de peso, dentro dos critérios estabelecidos (BERTOLINI FILHO, 2003).

Os obesos tratados com cirurgia têm nove vezes mais chances de sobrevivência e os seus pares só tratados com dieta. No mundo, a mortalidade média entre obesos mórbidos chega a 45% ao ano (BRUNEL, 2005a). Além disso, os custos à saúde, os custos econômicos associados à obesidade, pois, além dos gastos diretos, há os indiretos, como a perda da produtividade entre indivíduos obesos (REIDPATH *et al.*, 2003; CUEVAS, FORTER, 2003; REYES, 2005).

Além disso, acredita-se que, como a obesidade é um problema em constante crescimento, o seu tratamento e as doenças que se associam a ela poderão exceder a capacidade do sistema de saúde em prestar serviços (KUMAR, NYIK, OBRIEN, 2003).

No Brasil, estima-se que os custos decorrentes da obesidade relacionados

¹ Ambiente obesogênico: influência ambiental que envolve componentes econômicos, culturais, sociais e psicológicos na escolha de alimentos, no padrão alimentar considerados inadequados e na diminuição da prática de atividades físicas, recreativas ou esportivas.

² Obesidade mórbida: obesidade no grau extremo.

aos gastos com internações hospitalares, com consultas médicas, com medicamentos, além de gastos indiretos como faltas ao trabalho, licença-saúde e morte precoce chegam a um bilhão e quinhentos milhões de reais por ano (ENN , ; L CERD , LE L, 4).

Nesse contexto, a cirurgia bariátrica³, apesar de ser um procedimento de alta complexidade e de elevado custo, surge como uma alternativa barata em longo prazo, além de reconhecida pela comunidade científica na sua eficiência como tratamento para a doença no grau extremo (MERIC N OCCISION OF..., 1998; N TION L IN TITUTE OF..., ; ORGANIZAÇÃO P N MERIC N ..., 3).

Visto que a obesidade se apresenta em aumento progressivo, com altos índices de comorbidez e até de mortalidade, e com o número crescente de obesos candidatos à cirurgia bariátrica tornou-se bastante preocupante, o Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente financia por mês, em hospitais cadastrados, um número determinado de cirurgias, o qual se encontra crescente (BRASIL, 5b).

Dados do Ministério da Saúde sobre gastos com procedimentos de alta complexidade, que englobam o tratamento cirúrgico da obesidade, mostram que, a cada ano, as cotas repassadas para municípios, como Piracicaba, são mais altas (BRASIL, 5b). Infelizmente se nota um número de candidatos ao tratamento cirúrgico que ultrapassa a cota de cirurgia, formando, assim, uma enorme e crescente fila de espera, que pode durar anos. O que se vê na prática é que, enquanto esperam, muitos desses obesos falecem e outros, devido aos fracassos já vivenciados e à expectativa da cirurgia, desistem dos demais tipos de tratamento da obesidade, piorando ainda mais sua situação de saúde.

Dada a complexidade da gênese, bem como das manifestações da doença, a população de indivíduos obesos apresenta tanto diferentes características ligadas aos prognósticos para os diversos tratamentos quanto riscos à vida. Com base nesses prognósticos são elaborados os critérios de indicação para a cirurgia, os quais, no Brasil e no mundo, vêm sendo constantemente atualizados e revisados. Daí a necessidade de estudos que possam contribuir na construção desse referencial.

Um dos principais critérios para a indicação da cirurgia é o tempo da

³ Cirurgia bariátrica: cirurgia da obesidade.

doença e o fracasso de outros tratamentos (BRILL, 5b). Estes, por sua vez, constituem fatores importantes e difíceis de serem identificados, pois se trata da história de peso e de dietas do indivíduo. Outros trabalhos estabeleceram tais histórias, não sendo ainda identificado um método sistematizado para isso (GIBBON *et al.*, 6; NÓBREGA, 6).

Quando se considerar a cirurgia como a alternativa de primeira linha para o tratamento da obesidade mórbida, resta-nos a questão de como a doença mórbida foi instalada e de quanto o indivíduo, a sociedade e o poder público contribuíram nesse processo.

Nas últimas décadas, apesar de crescente, a obesidade no Brasil não foi considerada de forma adequada nas ações de saúde, pois só veio a ser enfatizada, em 1999, no documento sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (PNAN), e, em anos posteriores, em algumas publicações, entre elas o “Guia alimentar para a população brasileira”, em 5 (LIMOTTE *et al.*, ; BERTINI FILHO, RIBEIRO, 3; POOBLEIN *et al.*, 4).

Recentemente, percebe-se que o Ministério da Saúde tem buscado enfatizar mais o problema, conforme observado em manual técnico e visa a subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede do SUS. Também se observa preocupação com o paciente obeso na Estratégia de Saúde da Família, com ênfase no manejo alimentar e nutricional e na abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso (BRILL, 6).

Observa-se que, na pesquisa sobre a sua prevenção, a complexidade de fatores envolvidos no desenvolvimento e na manutenção da obesidade demanda abordagens metodológicas que levem em conta, além dos aspectos objetivos — mais fáceis de identificar —, os aspectos subjetivos e, em grande parte das vezes, se apresentam responsáveis pela qualificação da doença e foi identificado. Apesar de os fatores determinantes do ganho e da manutenção do peso serem muito estudados, têm sido pouco considerados na prevenção da obesidade, além de condições ambientais, sociais, culturais e psicológicas do ser humano dificultarem a prevenção dessa doença. Fora isso, há a falta de uma estrutura coerente, ampla e global para a compreensão dessa doença multifatorial e complexa chamada obesidade (KUMAR, OBRIEN, 3; CYPRE, 4; NÓBREGA, 6).

Além disso, o que se observa é que a maioria dos estudos sobre obesidade

tende a analisar a doença em grupos etários bem delimitados, como no infante, no adolescente, no adulto e no idoso, sem a análise de sua evolução e da faixa etária de início, aspecto de grande relevância na indicação da cirurgia.

Segundo Nóbrega (6), as abordagens tradicionais até então utilizadas apresentam-se insuficientes, necessitando de novos conhecimentos, mais coerentes com a realidade, sejam desenvolvidos. O autor ainda afirma que a obesidade mórbida não se apresenta meramente dada e não pode ser considerada como um simples exagero da condição de obeso, uma vez que apresenta aspectos físicos e emocionais peculiares, diferentes do sobrepeso e da obesidade leve, devendo, portanto, ser alvo de mais pesquisas (NÓBREGA, 6).

Inda há pontos em aberto a respeito dos candidatos à cirurgia bariátrica, das razões da procura pelo tratamento cirúrgico, além da trajetória de peso e de tratamentos, analisando-se tanto a evolução do peso, a idade de início da obesidade e seus determinantes ambientais e comportamentais, como a prática de atividade física e a alimentação no decorrer da infância até a fase adulta (GIBBON *et al.*, 6).

Dessa forma, no presente estudo procura-se abordar a obesidade nas suas diversas vertentes, levando-se em consideração a multifatorialidade e complexidade dos fatores que a determinam. Levando-se em conta que o olhar isolado para cada fator não dá conta de explicar a dimensão da doença, já que os múltiplos fatores se desencadeiam e se mantêm interagindo entre si.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CARÁTER PSICOSSOMÁTICO DA OBESIDADE

Os transtornos da alimentação, incluindo-se a obesidade, são considerados como doenças psicossomáticas, ou seja, os indivíduos apresentam dificuldades em “ler” as emoções e acabam se expressando pelo corpo. Independentemente da natureza dessa manifestação psicossomática, são necessárias a presença de fator psicológico — e influencia na etiologia da somatização — e a existência de área orgânica sensível — e varia de acordo com fatores genético-constitucionais (ZIMERMANN, 1999; NTO, 3). Para Merleau-Ponty (1911), a relação entre corpo e mente completa-se em todos os momentos durante toda a existência, sendo o corpo, para o sujeito, tanto um meio de se comunicar com o mundo como de efetuar metamorfoses e simbolizar, transformando idéias em coisas. Assim, o distúrbio somático desenvolve, no nível corporal, os significados humanos da ocorrência (MERLEAU-PONTY, 1911; ZIMERMANN, 1999; NTO, 3).

Para Ferraris (1999, p.15) “a alimentação ocupa lugar central na relação entre pais e filhos (...). É em torno do ato da nutrição e se forma a primeira relação.” Assim, falhas estruturais no vínculo mãe-filho, angústias e traumas em fases precoces do desenvolvimento da personalidade (em especial na fase oral), evidenciados pela psicossomática com o respaldo da teoria psicanalítica, também permitem atribuir à infância um papel de destaque na etiologia da obesidade (LEME, 5; PIZZINOTTO, 1999). O deslocamento das representações de afeto para com o alimento e os comportamentos compensatórios de mães e seus peralimentam-se os filhos por tê-los, inconscientemente, rejeitados são possíveis determinantes da obesidade de início na infância (LEME, 5; PIZZINOTTO, 1999). Entretanto, recalques, fixações e regressões à fase oral podem levar a distúrbios do comportamento alimentar em qualquer fase da vida. Segundo Nóbrega e Campos (1996, p. 5), “é possível postular que a alimentação e a compulsão de comer e caracterizam o obeso obedecem a leis inconscientes e ficam na memória de momentos de prazer precoce”.

2.2. COMORBIDADES E LIMITAÇÕES FÍSICAS PRESENTES EM OBESOS

Encontra-se bem estabelecido que a obesidade constitui fator de risco para muitas doenças, com taxas de comorbidades crescentes, como hipertensão, dispnéia de esforço, apnéia do sono, artropatias, diabetes mellitus, psicopatologias, cardiopatias e problemas na mobilidade, influenciando direta e indiretamente a qualidade de vida do obeso. A variação do risco à saúde recebe contribuição da história de excesso de peso e leva em conta idade de aparecimento, duração e oscilações de peso (REIDPATH *et al.*, 1999; BIRMINGHAM *et al.*, 1999; BRILL *et al.*, 1996).

Define-se o Índice de Massa Corporal (IMC, dado pelo peso dividido pela altura ao quadrado) tem sido o principal indicador para a classificação da obesidade. Há forte correlação do IMC com as comorbidades associadas à obesidade, sendo que mais de 8 % das mortes ocasionadas por essas comorbidades ocorrem em IMC ≥ 30 kg/m² (CUEV *et al.*, REYE *et al.*, 1995). Estima-se que os obesos mórbidos (IMC ≥ 40 kg/m²) apresentam uma mortalidade até 1,5 vezes maior que indivíduos não obesos (BIRMINGHAM *et al.*, 1999; CUEV *et al.*, REYE *et al.*, 1995; BROWN *et al.*, 1996; CROCCO *et al.*, 1995).

Também a média de pressão sanguínea, tanto sistólica quanto diastólica, aumenta com o aumento do IMC em ambos os sexos. Jovens adultos com obesidade apresentam de três a seis vezes mais propensão à hipertensão em relação à pessoa com peso normal (FRANCIOSI *et al.*, 1996). Além disso, a pressão sistólica chega a ser 9 mmHg e 11 mmHg maior em homens e mulheres obesas, respectivamente, quando comparados com indivíduos do mesmo sexo com IMC < 25 kg/m², sendo observado que, a cada dez quilos de peso ganhos, a pressão sistólica aumenta de 4 a 5 mmHg (GOODFRIEND, CLOHOLN, 1994; BROWN *et al.*, 1996).

Em crescente-se a isso a observação de que, entre os obesos, encontra-se alta prevalência de diabetes tipo 2 (TEIN, COLDI, 1994). É bem estabelecido que o ganho de peso pode determinar o diabetes, tanto que o aumento da obesidade na população tem coincidido com o aumento do diabetes. Define-se o diabetes em si constitui fator de risco para muitas complicações micro e macrovasculares, reduzindo, assim, ainda mais a qualidade e a expectativa de vida do obeso (TEIN, COLDI, 1994).

Nessa ótica, a perda de peso significativa em um indivíduo obeso diabético pode ajudá-lo a se tornar normoglicêmico o mesmo a enfraquecer a intolerância à glicose, diminuindo, assim, o risco de inúmeras doenças vasculares. Infelizmente há muitas recidivas no tratamento de perda de peso, e esses benefícios apresentados com a redução do peso perdem-se em longo prazo (GREGG *et al.*, 4; L MOTTE *et al.*,).

Nos Estados Unidos, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte, responsáveis por mais de mil americanos mortos por ano. Pessoas de ambos os sexos com excesso de peso, além de possuírem propensão de duas a três vezes de desenvolverem doença cardiovascular, também são mais propensas a morrer disso (TEIN, COLDI, 4). No Brasil, no ano de , as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte, com 31% do total. Em destaque as doenças isêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, totalizando mais de 6 % dos óbitos por doenças do aparelho circulatório (OLIVEIRA *et al.*, 6).

Além disso, o excesso de peso em si tem sido relacionado com uma variedade de cânceres, sendo observado que, em obesos mórbidos, as chances de morte por câncer são 5 % maiores em homens e 6 % em mulheres em relação às pessoas não-obesas do mesmo sexo (TEIN, COLDI, 4; C LLE *et al.*, 3). Cabe-se, ainda, que há uma tendência significativa no aumento do risco em valores maiores de IMC para a morte de câncer. Estima-se que, nos Estados Unidos, a alta e crescente prevalência de pré-obesidade e obesidade representa 14% das causas de todas as mortes de câncer em homens e % em mulheres (FONTAINE *et al.*, 1998; C LLE *et al.*, 3; FORTER, 3; TEIN; COLDI, 4;).

Uma outra associação apresentada na literatura é entre o aumento do IMC e a maior taxa de incidência de osteoartrite, sendo observado um aumento de 5 kg/m² no IMC quase dobro o risco de osteoartrite de joelho (JÄRYHOLM *et al.*, 5). Constata-se que as osteoartrites causadas pela degeneração da cartilagem das articulações atingem mais de milhões de americanos, em especial os obesos. Essa doença tem como consequências dor intensa e limitações funcionais (TEIN, COLDI, 4).

Nessa perspectiva, Almeida *et al.* (1) observaram que mulheres obesas mórbidas apresentavam várias limitações relacionadas ao trabalho de uma forma

geral, tanto em atividades que exigem esforço quanto em atividades diárias, como executar serviço doméstico, vestir-se, tomar banho ou usar o banheiro.

Além de comprometer a saúde física, a obesidade também compromete a saúde mental. Indivíduos obesos relatam pior saúde física e emocional mesmo em relação a grupos de pessoas portadoras de doenças crônicas. Pessoas obesas, em relação às não obesas, apresentam maiores manifestações de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade. Esse sofrimento psicológico nos obesos parece relacionar-se com a depreciação e a discriminação sofrida por eles. Dessa forma, a doença em si associa-se à qualidade de vida e ao bem-estar mental comprometidos. A perda de peso, por sua vez, parece aliviar, em obesos, esse mal-estar psicológico. (DOLL *et al.*, 1999; LMEID, *et al.*, 2001).

2.3. DETERMINANTES GENÉTICOS DA OBESIDADE

A obesidade resulta da interação entre a predisposição genética e certos fatores ambientais (FRANCIS *et al.*, 1999; FRANCESCHI *et al.*, 2001). Em relação aos genes, já foram descobertos mais de 36 envolvidos na fisiopatologia da obesidade, porém apenas algumas mutações genéticas não explicam o aumento da prevalência da obesidade, pois tais mutações levam milhares de anos para se expressarem (CUEVAS, REYES, 2005).

A obesidade e o peso corporal tem grande influência genética, fator responsável por aproximadamente um terço da variação do IMC (FRANCIS, WOODDEN, 1999). Os genes parecem, também, influenciar na taxa metabólica basal, na distribuição da gordura corporal e no ganho de peso em resposta à superalimentação. Os fatores genéticos são responsáveis, entre 5% e 10%, pela oscilação do peso corporal (FRANCIS, WOODDEN, 1999; FORTNER, 2003).

Entretanto, não há muitas evidências de que somente os fatores genéticos sejam a razão única de algumas populações serem mais suscetíveis à obesidade, reforçando, assim, o papel do ambiente *obesogênico*, e estimula hábitos inadequados em relação a práticas de alimentação e de atividade física (FRANCIS, *et al.*, 2001).

2.4. MOMENTO DE INÍCIO DA OBESIDADE

Existem períodos críticos de ganho de peso corporal, e podem estar ligados às mudanças hormonais (adolescência, gravidez e menopausa), ao estresse e à ansiedade (estresse prolongado, morte de um ente querido ou perda pela separação), às mudanças no estilo de vida (aposentadoria, fim de carreira esportiva, meia-idade, ocasiões festivas) e a determinadas condições fisiológicas e alteram o metabolismo energético (LVE, 6).

Entre as alterações fisiológicas, o desenvolvimento da obesidade pode ser influenciado pela nutrição da mãe na fase intra-uterina da criança, com a exposição à fome. Além da fase pré-natal, a fome nos primeiros anos de vida pode influenciar o surgimento da obesidade e suas complicações. Também um maior aporte de glicose na fase intra-uterina pode contribuir à obesidade; filhos de mães diabéticas têm propensão de apresentar obesidade desde a infância até a adolescência em relação às crianças, cujas mães não apresentam diabetes (DIETZ, 1994; 199).

O traço de frequência no peso e de modificações na composição corporal é a menopausa. Na fase peri-menopausa, nota-se ganho médio de peso de dois a quatro quilos em três anos e acréscimo de 10% no total de gordura corporal (LVE, 6). O ganho ponderal a partir da quarta década deve-se à manutenção da ingestão energética e à redução da massa muscular (sarcopenia), e acarreta redução do metabolismo basal com balanço energético positivo e com acúmulo de gordura corporal (LVE, 6).

2.5. AMBIENTE OBESOGÊNICO

A obesidade tem sido reconhecida como um fenômeno mundial e demanda ações de prevenção, apesar de sua causa ser multifatorial. Cabe-se e é importante examinar o papel dos hábitos, dos comportamentos alimentares e da atividade física da população como condicionantes na epidemia da obesidade, uma vez que o aumento da obesidade, observado nas últimas décadas, ocorre num período de tempo muito curto para que tenha havido mudanças significativas

em nossa genética (CR WFFORD, B L,). Dessa forma, percebe-se e o ambiente também assumem importante papel na prevalência crescente dessa doença, porém não se sabe ainda dimensionar a interação dos fatores hereditários e ambientais no aumento do peso corporal (LVE, 6).

Como o Homem é um ser social e, desde sua origem, é marcado profundamente pela inserção social, torna-se evidente e o seu estilo de vida recebe influência do contexto social, das normas de condutas e das posições sócio-econômicas e lhe são impostas. Assim, o indivíduo, agente da ação social em sua cultura e o precede, mantém sua relação de mútua interferência, sendo a prática social em si um instrumento de integração do indivíduo no contexto da sociedade em que vive por meio de sua inserção em redes de sociabilidade (TIGGER,).

Devido ao aumento preocupante da obesidade, tem-se tentado de várias maneiras frear essa epidemia por diversos meios, tais como o educacional, o comportamental e o farmacológico. Porém, observa-se e tais meios apresentam sucesso limitado. Apesar de necessários, ainda não são suficientes para reduzir a obesidade, pelo fato de as pessoas serem vítimas dos ambientes *obesogênicos* e promovem cada vez mais o consumo elevado de energia e a adoção de certos comportamentos sedentários. Winburg *et al.* (1999, p. 564) definem ambiente *obesogênico* como "*an environment which is defined here as the sum of influences that the surroundings, opportunities, or conditions of life have on promoting obesity in individuals or populations.*"⁴ Assim, ambiente *obesogênico* diz respeito à influência e oportunidades e condições ambientais têm nas escolhas, por parte dos indivíduos, de hábitos de vida e promovam o desenvolvimento da obesidade. Os mesmos autores ainda citam o ambiente *leptogênico*, e se opõe ao ambiente *obesogênico*, uma vez que promove escolhas saudáveis de estilo de vida, tanto em relação à alimentação quanto à prática de atividades físicas (WINBURG *et al.*, 1999).

Assim, o desafio é a promoção de escolhas mais saudáveis por meio de mudança ambiental, já que essa medida possui efeito mais imediato na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que essas escolhas se incorporam nas estruturas, nos sistemas, nas políticas e em normas sócio-

⁴ Foi transcrito na língua original para e não houve perda ou modificação no sentido e definição do termo.

cultrais (WINBURG *et al.*, 1999).

Torna-se nítido que o desenvolvimento econômico e a urbanização determinaram as modificações no estilo de vida da população, traduzidos por padrões alimentares discutíveis e por modelos de ocupação predominantemente sedentários, favorecendo o aumento de peso e, portanto, a obesidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Dessa forma, observa-se a maior prevalência dessa doença em países desenvolvidos e urbanizados.

Fischler (1993), citado por Oliveira e Thébaud-Mony (1996), afirma que alguns alimentos e hábitos de consumo remetem à sua hierarquização, indicando o fenômeno de ascensão e de distinção sociais. De acordo com a teoria, os grupos em ascensão imitariam o consumo das classes dominantes. Por outro lado, Oliveira e Thébaud-Mony (1996) afirmam que as mudanças nos hábitos alimentares, próximos do modelo agroindustrial, e a manutenção de modelos alimentares nacionais mostram que não se trata de um simples processo de mimetismo ou ocidentalização. Argumentam que, mesmo com a transferência do modelo e dos processos de produção, em função do contexto socioeconômico, histórico e cultural do país, fizeram-se necessárias adaptações, o que levou à maior diversificação dos hábitos e das práticas alimentares.

Nesse contexto, o crescente aumento de ambientes *obesogênicos* representa o maior desafio para a manutenção do peso (WINBURG, EGGER, 2004). Nesse sentido, torna-se imprescindível dissecar o papel e a interação desses ambientes, a fim de que seja possível reunir informações suficientes para combater as crescentes proporções de indivíduos acometidos pela obesidade, responsáveis por impactos negativos na saúde da população e na economia dos países.

Segundo Winburg *et al.* (1999), o desenvolvimento e a execução de programas ambientais de intervenção requerem as seguintes etapas: análise, identificação do problema, desenvolvimento da estratégia, intervenção e avaliação. Essas etapas encontram como principal barreira a falta de paradigmas e de ferramentas adequadas para compreensão e mensuração do ambiente (WINBURG *et al.*, 1999).

2.6. HÁBITOS ALIMENTARES

Os hábitos alimentares — parte da cultura e da história de um povo — são condicionados fortemente pela disponibilidade de alimentos e determinados pela interação de muitas variáveis e perfazem um processo dinâmico de transformações no tempo (BREU *et al.*, 1; B RRETTO, CYRILLO, 1).

Segundo Breu *et al.* (1), o hábito alimentar de cada cultura foi construído, no início, pela disponibilidade local de alimentos e, posteriormente, por meio dos contatos e trocas entre diferentes povos, dando origem novos e mais complexos produtos, ampliando assim as possibilidades alimentares. O mesmo autor ainda afirma que, até o século XX, levaram ao progresso e também à modificação dos costumes alimentares muitas descobertas técnico-científicas importantes como o aparecimento de novos produtos; a renovação de técnicas agrícolas e industriais; as descobertas sobre fermentação, a produção do vinho, da cerveja, do queijo em escala industrial, o beneficiamento do leite; os avanços na genética, que permitiram a aplicação no cultivo de plantas e na criação de animais; a mecanização agrícola e ainda o desenvolvimento dos processos técnicos para conservação de alimentos.

Também a alimentação pode representar prazer, tanto como momento de relacionamento familiar e social quanto como ritual de satisfação própria. Assim, as escolhas de consumo devem ser função exclusiva do sujeito e decorrer de sua estrutura de preferências (B RRETTO, CYRILLO, 1; REICHEMBACH, 4).

Dessa forma, as escolhas e a aceitação alimentar são influenciadas tanto por fatores econômicos, políticos, culturais, sociais, psicológicos, climáticos, religiosos, tecnológicos, como pela própria disponibilidade de alimentos num determinado contexto (BREU *et al.*, 1; REICHEMBACH, 4). Assim, a interação entre tais fatores condicionam a complexidade da alimentação.

Como o ser humano é influenciado pela sociedade e sua cultura, a família atua — especialmente nas crianças e nos adolescentes — de forma fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares, fortemente marcados pelas primeiras experiências e ocorrem no âmbito familiar por meio da transmissão e de ensinamento das práticas alimentares, ocorrendo de geração para geração (REICHEMBACH, 4). Entretanto, a replicação dos padrões

alimentares não se faz idêntica, mas, a cada vez que, de forma contínua, novos padrões alimentares são acrescentados (EN UER, 1). Dessa forma, torna-se perceptível que, ao mesmo tempo em que os hábitos alimentares são resistentes a mudanças, eles também se encontram abertos a elas (REICHEMBACH, 4).

Até hoje a alimentação se apresenta — no convívio familiar e social — vinculada à figura feminina, representada pela mãe e/ou mulher (REICHEMBACH, 4). Dessa maneira, nota-se que a alimentação se atrela a um referencial afetivo. Na sociedade atual, vem sendo observada a reorganização da rotina da família, na qual a figura feminina, no caso mãe ou mulher, mesmo trabalhando fora, continua como a principal provedora da alimentação da família. Entretanto diversos fatores, como o tempo de deslocamento imposto pelo trânsito e o próprio ritmo das grandes cidades, têm dificultado a execução das refeições no domicílio (REICHEMBACH, 4).

Já para entender (1), tanto a mulher quanto a família não são mais a principal chave de tomada de decisão em termos de consumo alimentar na maioria dos casos, visto que, cada vez mais, as refeições são feitas fora de casa. Mesmo quando a refeição é feita em casa, nota-se uma heterogeneidade na alimentação entre os membros da família (EN UER, 1).

No Brasil, o ato de comer fora de casa encontra-se associado a transformações na agricultura, nos transportes, nos serviços de entrega de comida pronta — presentes na sociedade de modo geral e vislumbradas no crescimento urbano —, na expansão industrial, na incorporação da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, especialmente a partir da década de 1950. Até o final da década de 1960, esse processo passou por uma renovação, mas, com o país presenciando um *boom* econômico, promovendo definitivamente a oportunidade de tornar esse hábito uma constante na rotina dos indivíduos (COLLÇO, 3). Um outro marco nesse processo foi a abertura ao comércio internacional brasileiro, ocorrida principalmente nos anos 90. Com a implementação do Plano Real, houve transformações na estrutura de consumo alimentar no Brasil, além de modificações nas dietas dos brasileiros, com o crescimento dos serviços de *fast food*, da demanda por carne bovina e de frango e por produtos prontos (BRETTO, CYRILLO, 1).

Atualmente se torna perceptível a pesada promoção de setores de alimentação como redes de *fast food*, restaurantes “por quilo”, lanchonetes,

responsáveis por cerca de % dos gastos com alimentação da população mundial, não sendo diferente no Brasil, onde esse setor exhibe franco crescimento (NEVE *et al.*, 3; WINBURG, EGGER, 4). Além disso, as empresas cada vez mais se preocupam com a beleza e a praticidade das embalagens, com a aparência dos alimentos, com produtos de fácil manuseio. Fora isso, os canais de distribuição são escolhidos para favorecer a compra rápida, tendo os produtos atributos de conveniência, de praticidade, agregando-se rapidez no preparo e no consumo (G RCI , 3; NEVE , THOMÉ DE C TRO, 3).

No Brasil, nas áreas urbanas do sudeste, cerca de % das refeições são realizadas fora de casa; em contrapartida, nas demais regiões, esse hábito cai para % das refeições (COLL ÇO, 3). Assim, tal hábito já bem estabelecido representa um importante segmento da indústria alimentícia (COLL ÇO, 3). Esses dados podem explicar em parte a crescente prevalência da obesidade. Provavelmente o aumento dessa doença também seja explicado pelo fato de as pessoas, quando fazem a refeição fora de casa, terem o costume de consumir uma quantidade maior de comida e/ou escolher alimentos com elevada concentração energética (NICKL *et al.*, 1).

Com a transformação das cidades, a conveniência do produto alimentício torna-se um dos atributos agregados, depois do sabor. Por essas razões o mundo moderno geraram necessidades como rapidez, conforto, preço acessível e liberdade de escolha, os restaurantes *fast food* buscam atender a essas necessidades (EN UER, 1; COLL ÇO, 3). Dessa forma, os alimentos e cada vez mais se consomem são *snacks* de elevada concentração energética e bebidas com elevado conteúdo de açúcar, e apresentam baixo custo e se vendem em grandes porções. Além disso, a renda do consumidor exerce grande influência na escolha dos alimentos, uma vez que reduz a gama de escolhas saudáveis, como vegetais e frutas frescas (WINBURG, EGGER, 4).

2.7. PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS

Entende-se como atividade física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e resulta em gasto energético maior e os níveis de repouso, como jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos e

deslocamentos, além dos movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas, bem como atividades de lazer e esportes recreativos (BRETT, 1995). Dessa forma, a inatividade caracteriza-se por um estado em que o movimento corporal é mínimo, representando um gasto energético muito próximo da taxa metabólica basal. Essa diminuição do gasto de energia pode preceder ou mesmo acompanhar o desenvolvimento da obesidade, seja em crianças ou em adultos (MELLO *et al.*, 2006).

Assim, o indivíduo pode ser mais ou menos ativo de acordo com suas atitudes, principalmente em atividades cotidianas, como subir e descer escadas ao invés de usar o elevador, andar a pé algumas vezes, além da inclusão em programas de exercícios (BRETT, 1995). Winburg *et al.* (1999) afirmam que as atitudes adotadas pelos indivíduos são influenciadas pelo “*physical environment*”⁵ e, por sua vez, se relaciona às oportunidades que os indivíduos têm para participar em atividades de lazer e em atividades físicas (WINBURG *et al.*, 1999).

Em relação à atividade física, faz-se interessante observar os fatores que poderiam influenciar as pessoas ao uso excessivo de transporte “passivo” ao utilizarem o transporte motorizado. Nesse caso, disponibilidades de trajetos como cicloviárias e calçadas, a instalação de rampas e escadas acessíveis nos prédios, além da existência de espaços para recreação, como parques e clubes, seriam variáveis que exerceriam grande influência para uma vida mais “ativa” (WINBURG *et al.*, 1999). Associado a essas medidas, especialmente na presença de obesidade, torna-se mister o incentivo à prática de exercício físico, além de apoio psicológico à elevação da auto-estima, pois muitos obesos não utilizam vias públicas e academias, devido à sua imagem corporal negativa, restringindo a prática de atividade física ao seu próprio domicílio, o que é monótono e desmotivante (LVE, 2006).

2.8. COMERCIALIZAÇÃO DO LAZER E DA ATIVIDADE FÍSICA

De uma perspectiva evolucionária, os humanos são bem adaptados a

⁵ Como o termo não é utilizado na língua portuguesa, optou-se por utilizá-lo na língua original. Tradução para o português seria “ambiente físico”.

circunstâncias de abundâncias e de ócio na sociedade moderna (GILBERT-CORTI *et al.*, 2003). Atualmente se observa a cultura “comercializada”, ou seja, a transformação da cultura em mercadoria e, com a globalização vigente, a sua massificação e o seu consumo como atividade de lazer. Dessa forma, o tipo de lazer adotado pelo indivíduo constitui, em parte, reflexo de sua inserção original de classe e de sua possibilidade de consumo diferenciado de bens materiais e simbólicos (GUTIERREZ, 2001).

Assim, as atividades físicas específicas, o lazer e os comportamentos alimentares contribuem para o crescimento da obesidade variam expressivamente entre diferentes grupos da população e, mesmo dentro de um subgrupo da população, há uma variação substancial de comportamentos, e diferem de acordo com gênero, idade e status sócio-econômico (CRWTFORD, BULL, 2000). Infelizmente se observa que os trabalhadores brasileiros, em sua grande maioria, têm grandes limitações ao lazer impostas pela pobreza (TIGGER, 2000).

No caso específico do indivíduo obeso, deve-se ter em mente que existe um círculo vicioso da obesidade que limita a atividade física e o lazer, devido a problemas mecânicos associados com o aumento do peso corporal, e podem resultar em dor e em dificuldade de andar e de se movimentar, em diminuição da respiração, em aumento de estresse e de fadiga (WINBURG, EGGER, 2004).

Assim, o lazer é uma atividade importante, uma vez que integra o indivíduo de forma consciente no contexto social e cultural e se relaciona com outras esferas da vida social, como a cultura, as relações materiais de produção e de política. Também o lazer se caracteriza pela liberdade de escolha, já que possui forte determinação tanto ambiental como histórica, pela atividade desinteressada, pela busca do prazer e por sua pessoalidade, uma vez que é uma opção íntima (GUTIERREZ, 2001).

No entanto, apesar de o lazer ter função de reparador de deteriorações, de diversão em oposição ao cotidiano tedioso, e de espaço para o desenvolvimento pessoal, as características do mundo atual, potencializadas pela informática e pelas comunicações, dão ênfase à competição, na aparência e na performance, como critério de valor (GUTIERREZ, 2001; TIGGER, 2000). Dessa forma, a inatividade física não constitui simplesmente a ausência de atividade física, mas constitui um conjunto de comportamentos sedentários típicos da vida moderna, e podem

incluindo assistir à televisão, dirigir carro, sentar para ler e para utilizar o computador até como ferramenta de trabalho (CR WFFORD, BELL, 1998). Dados brasileiros apontam que 8 % (oitenta por cento) de nossa população adulta é sedentária (FRANCO, CHIARI *et al.*, 2000).

No mundo atual, percebe-se que o lazer e a atividade física em si possuem uma natureza dialética contraditória, na qual se reafirma a alienação pela mercantilização do prazer ao mesmo tempo em que são dotados de uma dimensão subversiva e revolucionária como atividades (GUTIERREZ, 1998).

2.9. TRATAMENTOS DA OBESIDADE

Há muitas opções para tratar o indivíduo obeso. Mas, independente de qual tipo de tratamento da obesidade é recomendado, para ser efetivo ele requer uma compreensão do contexto cultural no qual se apresenta (FOSTER, 1993; CUEVAS, REYES, 1995).

Em relação à dieta, é bem estabelecido que constitui o componente essencial das intervenções na redução de peso, mesmo quando se opta pelo uso de fármacos ou pela cirurgia. Para a elaboração da prescrição dietética, torna-se fundamental determinar a ingestão nutricional, os requerimentos energéticos e a presença de comorbidez (CUEVAS, REYES, 1995). Como a restrição da ingestão energética total é uma das formas de promover a utilização das reservas de energia em tecido adiposo, tem-se, como consequência, a redução do peso corporal.

Observa-se que há mudanças adaptativas em resposta à diminuição do aporte energético em indivíduos submetidos a dietas hipocalóricas, numa reação orgânica de preservação da vida (FRANCO, CHIARI *et al.*, 2000). As dietas muito baixas em calorias (≈ 800 kcal/dia) geram maiores baixas de peso iniciais, mas não mostram diferenças em longo prazo, se comparadas com aquelas de maior aporte energético. Por outro lado, existe controvérsia acerca dos efeitos da composição da dieta em termos da distribuição proporcional da energia entre os macronutrientes (CUEVAS, REYES, 1995).

Mesmo sem a restrição energética, o exercício físico pode tanto impedir a perda de peso, quanto prevenir o ganho de peso, auxiliando na manutenção do peso em longo prazo (YANOVSKI, YANOVSKI, 2003; WHITE *et al.*, 2004).

Tem-se mostrado que há relação inversa entre peso corporal e atividade física (ANDERSON *et al.*, 1999; CUEVAS, REYES, 2005). Além disso, o exercício físico pode ser responsável por uma redução de 1% a 3% do IMC, e, associado com o tratamento dietético, essa redução é maior. Além da recomendação da prática da atividade física, deve-se incentivar o paciente, dando ênfase ao estilo de vida mais saudável. Salienta-se que a realização de atividade física regular constitui um dos componentes mais importantes do tratamento, uma vez que promove, após o emagrecimento, a manutenção do peso corporal em longo prazo (ANDERSON *et al.*, 1999; CUEVAS, REYES, 2005). Além disso, indivíduos fisicamente ativos, mesmo com excesso de peso, apresentam menores morbidez e mortalidade em relação aos sedentários (FRANCO-CHIARI *et al.*, 2005).

Há certo consenso de que a farmacoterapia deve ser considerada em pacientes com IMC ≥ 30 ou com IMC ≥ 27 com presença de doenças relacionadas à obesidade. Porém se salienta que o uso de fármacos deve ser coadjuvante ao tratamento e ser indicado quando não se obtém uma resposta adequada às modificações do estilo de vida (YANOVSKI, YANOVSKI, 2003; CUEVAS, REYES, 2005).

Há duas categorias de medicamentos aprovados: os que diminuem a ingestão alimentar pela redução do apetite ou pelo aumento da saciedade, e os que diminuem a absorção de nutrientes (YANOVSKI, YANOVSKI, 2003). Com exceção da sibtramina, fármaco que reduz a ingestão alimentar, e do orlistat, medicamento que reduz a absorção de nutrientes, todos são aprovados apenas em uso por curto tempo (ANDERSON; WADDEN, 1999; YANOVSKI; YANOVSKI, 2003; CUEVAS, REYES, 2005).

Wadden *et al.* (2005), em estudo que comparou a perda de peso com sibtramina associada com orlistat e a conseguida apenas com sibtramina, afirmam que há um limite de perda de peso de 1% a 15% (dez por cento a quinze por cento) do peso inicial, nos indivíduos obesos, nos tratamentos medicamentosos. Tal limite pode ocorrer pelo ambiente em que vivem, que desencoraja a prática de atividade física e a alimentação adequada, além de respostas biológicas compensatórias que diminuem o gasto energético (WADDEN

et al., 1999). Além disso, ao criarem expectativa de cura para a obesidade, as pessoas obesas, ao suspenderem o medicamento, comumente voltam a engordar, já que habitualmente não há, em conjunto com o tratamento medicamentoso da obesidade, mudanças de hábitos alimentares (FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999).

Torna-se perceptível que, na grande maioria dos tratamentos da obesidade, os indivíduos não conseguem manter o peso perdido; muitos pacientes reganham de 35% a 50% do peso perdido em um ano após o tratamento (FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999).

Wing e Hill (1999) propõem como manutenção de peso perdido a longo prazo a perda intencional de peso de pelo menos 10% do peso corporal inicial e mantê-lo por pelo menos um ano (WING, HILL, 1999).

Obter e a perda de peso se consegue com dificuldade e o reganho de peso é uma realidade; assim, cada vez mais, há tratamentos para obesidade. Porém, muitos dos indivíduos não conseguirão atingir a meta de perda de peso e, mesmo que consigam, estima-se que grande parte irá reganhar o peso perdido dentro de três a cinco anos (FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999; FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999; ENGEL *et al.*, 1999; LINDE *et al.*, 1999).

Em uma meta-análise de estudos americanos sobre manutenção do peso perdido, identificou-se que a média de 6% do peso perdido é mantida dentro de um ano, porém despenca para 1% quando passados cinco anos após a perda (FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999). O reganho de peso faz-se rápido: em média, 30% do peso perdido é recuperado em três anos após o término do programa de dieta de muito baixa caloria (FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999; FRANCO, CHIARI *et al.*, 1999).

Desta-se que o problema do reganho de peso não se limita ao aspecto apenas estético, já que há uma forte relação linear entre o reganho de peso e a deterioração da qualidade de vida (ENGEL *et al.*, 1999). Observa-se um desejo de perda de peso rápida e alta, chegando a serem almejados 30% de perda de peso (LINDE *et al.*, 1999). Ao estabelecerem metas de perda de peso, os indivíduos não parecem levar em consideração experiências passadas de tratamentos, mas, ao mesmo tempo, reconhecem a necessidade de fazer maior ação para alcançar maiores perdas de peso. Em contrapartida, quando esses indivíduos idealizam um peso “dos sonhos”, não há a consideração de esforços necessários para tal, sendo mais comum ter peso “dos sonhos” irreal em pessoas com pouca experiência recente de perda de peso (LINDE *et al.*, 1999). Para a

manutenção em longo prazo do peso perdido, há alguns fatores importantes, como o exercício físico e o baixo consumo de gordura, restrito a até 4% da energia (NDERSON *et al.*, 1999; NDERSON *et al.*, 1).

Quanto ao sexo do indivíduo, vários autores afirmam que essa variante não parece estar correlacionada à taxa de manutenção de peso (NDERSON *et al.*, 1999; NDERSON *et al.*, 1; ENGEL *et al.*, 3; LINDE *et al.*, 4). Quanto à variante idade, como os indivíduos mais velhos comparecem mais às sessões de programas voltados à perda de peso, e já se a duração e a participação do programa de manutenção de peso parecem estar relacionadas à porcentagem de manutenção do peso perdido, foi notado que indivíduos mais velhos mantêm, em relação aos mais novos, o peso perdido significativamente melhor (NDERSON *et al.*, 1999; LINDE *et al.*, 4). Mesmo havendo o ganho de peso, há autores que enfatizam que, caso esses indivíduos não tivessem feito o programa de redução de peso e não tivessem emagrecido, estariam com peso maior do que se apresentam com esse ganho (NDERSON *et al.*, 1999; NDERSON *et al.*, 1).

Como se pode perceber, atualmente há vários tratamentos da obesidade, porém há grandes porcentagens de 'fracassos'. Dessa forma, essa doença tornou-se um grande alvo de comércio, e vende a promessa de perda de peso sem esforço, de forma rápida e permanente. Constantemente novas dietas surgem e antigas dietas recicladas estão retornando e sendo excluídas dos modismos. Percebe-se que essas dietas possuem ingredientes "mágicos" para a perda de peso e têm um grupo de regras restritivas de alimentos "livres" e "proibidos". Algumas dessas dietas são muito hipocalóricas e até condicionam expressiva perda de peso, mas a maioria não tem sustentabilidade. Muitos livros sobre dietas são publicados e alegam ter a solução para essa doença, chegando a oferecer uma nova ideia revolucionária (BRETT, HERBERT, 3; WINBURG, EGGER, 4).

Observa-se que os tratamentos da obesidade, principalmente os que priorizam mudanças no estilo de vida, se caracterizam pela baixa adesão dos pacientes, constituindo-se grande desafio. De acordo com Brito (5, p.), a adesão "é uma variável que mede o nível de participação do paciente em seu tratamento, seguindo as orientações de um profissional da saúde." Segundo Leite

e Vasconcellos (3), a baixa adesão se relaciona a vários fatores relacionados à doença, ao paciente, ao tratamento e ao profissional da saúde (LIMA, NUNHA, 1999; VIEIRA *et al.*, 4).

Vieira *et al.* (4), em estudo com adolescentes obesos que procuraram tratamento para perda de peso, acharam que, embora alguns participantes tenham atingido a perda de peso, não houve adesão plena às orientações passadas. Os autores concluíram, por esses dados, que a má observação dos hábitos alimentares adequados e a mudança comportamental poderiam ocasionar posteriormente recaídas ou abandono do tratamento (BRUNO, 5).

Há autores que afirmam que, de todas as opções de tratamento, o cirúrgico tem se mostrado o mais efetivo, mas que o tratamento do obeso, em especial do mórbido, é desafiador e complexo. A cirurgia bariátrica é indicada como um tratamento para os indivíduos obesos mórbidos, que tenham tido fracassos com outros tipos de tratamento e que se enquadrem em outros critérios estabelecidos (MERCANTON *et al.*, 1998; NATION *et al.*, 1998; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003; ZIZZ *et al.*, 3). Tais critérios para indicação da cirurgia bariátrica, referendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 5a), são:

“Portadores de obesidade mórbida com IMC > 40 kg/m², sem comorbidades, que não responderam ao tratamento conservador (dietas, psicoterapia, atividades físicas, etc.), acompanhados nos serviços de assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade durante pelo menos dois anos.

a. Portadores de obesidade mórbida com IMC ≥ 40 kg/m² com comorbidades⁶ e ameaçam à vida.

b. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade, conforme protocolo definido no Anexo X.

Pré-requisitos:

a. Excluir obesidade decorrente de doença endócrina e deve ser tratada clinicamente ou cirurgicamente e não por cirurgia bariátrica. Por exemplo, síndrome de *Cushing* devida à hiperplasia supra-renal.

b. O limite da faixa etária recomendado está entre 18 a 65 anos.

c. O tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da epífise de

- crescimento estar consolidada nos jovens.
- d. Os muito idosos, por sua vez, podem ter aumento das taxas de morbi-mortalidade com o tratamento cirúrgico.
 - e. Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos desse projeto bem como dispor de suporte familiar constante.
 - f. Compromisso com o seguimento posterior, e deve ser mantido indefinidamente, pois a falta deste acompanhamento é uma das causas de complicações graves e, às vezes, fatais.
 - g. ausência de distúrbios psicóticos graves, história recente de tentativa de suicídio, alcoolismo e dependência química a outras drogas. Pacientes com antecedentes de alcoolismo e dependência química a outras drogas devem ser submetidos à cuidadosa avaliação psicológica e liberação por psiquiatra”

O tratamento cirúrgico dispõe de técnicas restritivas, malabsortivas e mistas, sendo que todas têm por objetivo promover a redução da ingestão energética, a perda de peso, a melhoria da qualidade de vida e das doenças associadas, teoricamente não servindo a propósitos estéticos (CPELL, CPELL, 1996; KOLNOWKI, 1999; NATIONLIN TITUTE OF...,). Essas cirurgias podem ser realizadas por via de acesso abertas ou por via laparoscópica, sendo que esta última representa progresso significativo em termos de vantagens ao paciente (BUCHWALD, WILLIAMS, 1994; FOBI, 1994; MINTEROL *et al.*, 1995). Cada técnica disponível de cirurgia bariátrica apresenta risco/benefício ao paciente, sendo adequada a escolha da técnica ao perfil do paciente. Não existe um só procedimento bariátrico e possa ser recomendado, devido às complicações inerentes a esta operação, faz-se necessário o acompanhamento multidisciplinar qualificado (FOBI, 1994).

Com o exposto até aqui, afirma-se que a obesidade, resultado de interação entre predisposição genética e fatores ambientais, compromete a qualidade de vida dos indivíduos e sofrem dessa doença e que apresenta risco à saúde (STRUP *et al.*, 1999; FRANCHI *et al.*,). A variação desse risco recebe contribuição da história de peso, devendo ser levado em conta a idade de aparecimento dessa doença, além da duração e da oscilação de peso (BIRMINGHAM *et al.*, 1999; REIDPATH *et al.*, ; BRILL, 1996). Além disso,

⁶ No presente estudo foi utilizado o termo comorbidez, mas também aparece na literatura al

são observados períodos críticos de ganho de peso, e podem estar ligados a mudanças hormonais, ao estresse e à ansiedade (LIVE, 6).

Como já dito, o ambiente, em especial o *obesogênico*, tem grande responsabilidade sobre o desenvolvimento da obesidade, uma vez que propicia a adoção de hábitos de vida, como práticas alimentares inadequadas e sedentarismo, e se ligam tanto à origem quanto à manutenção dessa doença (WINBURG *et al.*, 1999; GARCIA, 3; OLIVEIRA, *et al.*, 3).

Dessa forma, tanto a prevenção quanto o tratamento da obesidade se tornam um verdadeiro desafio. Observam-se vários tipos de tratamento dessa doença, dentre eles o cirúrgico, e vem como uma solução de tratamento para pacientes com obesidade mórbida que tenham fracassado em outros tipos de tratamento e que se enquadrem em outros critérios estabelecidos, já citados no texto (MERICI, OCISION OF..., 1998; NATION LINTITUTE OF..., 3; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA..., 3; ZIZZ *et al.*, 3; BRUNO, 5a). Ressalte-se que, como a obesidade é uma condição complexa, com etiologia multifatorial, fracassos com outros tipos de tratamento e não o cirúrgico para essa doença não são raros, pois, mesmo com a redução de peso conseguido, observam-se altas taxas de reganho desse peso “perdido” (ANDERSON *et al.*, 1999; CUEVA, REYE, 5; BRUNO, 5).

Assim, nota-se uma crescente procura pelo tratamento cirúrgico; e, como consequência, a fila de espera para a cirurgia bariátrica financiada pelo SUS também se apresenta cada vez mais longa. Dessa forma, faz-se mister conhecer as razões dos obesos em procurar o tratamento cirúrgico, além de conhecer sua trajetória de vida e de peso, sob os aspectos alimentares, de práticas de atividade física e de tratamentos já realizados desde sua infância até a fila de espera para a cirurgia bariátrica.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar, a partir de relatos sobre a alimentação, os hábitos de vida, a idade de início e a evolução da obesidade entre mulheres admitidas registradas na fila de espera para o tratamento cirúrgico da obesidade pelo sistema Único de Saúde (U.S.).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Traçar o perfil das candidatas à cirurgia bariátrica considerando o índice de massa corporal, o tempo de espera na fila para a cirurgia, a cor da pele, o estado civil, a ocupação e a prevalência de obesidade nos familiares.
- 2) Descrever, a partir de relatos, a história de vida relativa às lembranças sobre alimentação, atividade física e de lazer e tratamentos realizados, com as participantes distribuídas conforme o período de início da obesidade.
- 3) Estimar e avaliar a adesão do consumo alimentar atual, buscando as diferenças entre os grupos de mulheres divididas quanto à idade de início da obesidade.
- 4) Estabelecer a prevalência de comorbidades e as limitações para a realização de tarefas, conforme o período de início da obesidade.
- 5) Levantar as razões para a escolha do tratamento cirúrgico como alternativa para o controle da obesidade.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

O método adotado para se na entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro de questões relativas aos aspectos em análise. A realização de entrevista justifica-se, uma vez que esta atividade é recomendada na investigação de vários tipos de fenômenos como relatos verbais de situações passadas (ROMO, COSTILHO, 2006). A conversa, que ocorre na entrevista, possibilita o entrevistado responder ao tema com suas próprias categorias (ROMO, COSTILHO, 2006).

No presente estudo foram utilizadas técnicas de maximização de validade e de confiabilidade das entrevistas e das análises de conteúdo para um maior rigor metodológico de coleta e de tratamento de dados (DURANTE, 2004). As entrevistas foram conduzidas em condições acolhedoras, com poltronas grandes para maior comodidade à entrevistada; além disso, procurou-se estabelecer um bom relacionamento entre entrevistadora e entrevistada, para que esta se sentisse à vontade para a entrevista, porém sempre tentando seguir um roteiro de perguntas (apêndice 4) para a obtenção dos dados necessários.

Segundo Nóbrega (2006) a validade é conseguida mediante a garantia de boas condições de expressão aos entrevistados, primeiro assegurando bom relacionamento entre entrevistado e entrevistador, sendo que este deve buscar a neutralidade como “instrumento”. Já ao garantir aos entrevistados um ambiente estável e igual para todos os participantes, além de mesmo tema, obtêm-se confiabilidade das entrevistas conduzidas.

O registro das entrevistas pode ser realizado pelo método escrito, por gravação ou por videogravação. No presente trabalho foram realizadas anotações escritas durante as entrevistas, porém sempre tomando os devidos cuidados para que a entrevistada se sentisse à vontade durante as conversas, a ponto de colaborar nas anotações da pesquisadora. Para isso, seguindo as orientações de Durante (2004), os objetivos da pesquisa foram bem definidos; foram realizadas observações e análises prévias do contexto em que se realizaria o estudo; o roteiro da entrevista foi tornado familiar à pesquisadora a partir de sucessivas entrevistas para validação e ajuste do roteiro. Esses cuidados visaram à aquisição de segurança e autoconfiança, com algum nível de informalidade, sem jamais

perder de vista os objetivos da conversa. Nesse sentido, a pesquisadora buscou fornecer às suas interlocutoras a oportunidade de relembrar e refazer seus percursos biográficos (ROMANELLI, 1998; ZAGO, 2003; DURANTE, 2004).

Para a sistematização das entrevistas, os relatos sobre o histórico dos hábitos alimentares, da prática de atividade física e de lazer, e dos tratamentos realizados ao longo da vida das participantes foram organizados em categorias e antecificados quanto à frequência em que aparecem nos relatos das participantes (Figuras 1, 2, 3).

Para a avaliação do consumo alimentar atual, segundo Poulain e Proença (2003), pode-se reconstruir a prática alimentar com a solicitação ao entrevistado de reviver, por meio de sua memória, suas práticas (POULAIN, PROENÇA, 2003). Essa “reconstrução” pode ocorrer em escala de tempo variada, tendo sido opção no presente trabalho pela jornada alimentar das últimas 24 horas. Para o levantamento de práticas reconstruídas, há instrumentos de anamnese, como o *Recordatório* de 24 horas (R 24h), e há formas de aplicação desse instrumento, como a entrevista pessoal, considerado método mais confiável, uma vez que é aplicado por entrevistador treinado, como no presente trabalho (POULAIN, PROENÇA, 2003).

4.2. CASUÍSTICA

Participaram do estudo 35 mulheres recrutadas entre 54 (383 mulheres e 141 homens) adultos candidatos à cirurgia bariátrica e residentes no município de Piracicaba - SP, e foram convidados a participar do estudo, tomando-se como critério de inclusão a possibilidade de participação em todas as etapas do estudo. O critério de exclusão para o convite ao estudo levou em conta a idade inferior a 18 anos, a residência em outros municípios, o endereço não cadastrado ou com cadastro incompleto na clínica na qual é candidato. Foram excluídas também indivíduos com a cirurgia bariátrica já agendada. Para efeito de comparação entre as variáveis do estudo, as mulheres foram agrupadas entre as que desenvolveram a obesidade até os 10 anos, entre 10 e 20 anos, entre 20 e 30 anos, e após os 30 anos.

4.3. DESENHO DA PESQUISA

Foram incluídas no estudo 35 mulheres e completaram todas as etapas da pesquisa. No ano de 2016, período em que foi realizado o estudo, encontravam-se na fila de espera 664 indivíduos (495 mulheres e 169 homens) residentes no município de Piracicaba- P. Aplicando os critérios de exclusão para o convite do estudo, restaram 54 indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica. Para o recrutamento, foram enviadas aos 54 indivíduos (383 mulheres e 141 homens) cartas-convite para comparecimento na clínica na qual eram cadastrados (Clínica Bariátrica), em dia e horário definidos. Compareceram à reunião 9 indivíduos (66 mulheres e 13 homens). No primeiro passo da pesquisa, esses indivíduos, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), responderam a um questionário auto-aplicado, com explicações prévias sobre seu preenchimento, relativo a informações gerais: prevalência de obesidade nos familiares, presença de comorbidez, dificuldades na execução de atividades diárias decorrentes da obesidade instalada e razões para a escolha do tratamento cirúrgico, sendo que nos últimos três itens foi dada a liberdade ao participante de fornecer mais de uma resposta (apêndice 1).

No segundo passo da pesquisa, foram agendadas entrevistas individuais para levantamento de dados referentes ao histórico da obesidade (apêndice 1), além da coleta de dados antropométricos e sobre consumo alimentar atual. Essas entrevistas foram desenvolvidas em dois encontros. A primeira entrevista foi estruturada a partir de um instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras especificamente para este levantamento (apêndice 1). O instrumento, denominado “Linha do tempo”, teve como finalidade identificar o período de início da obesidade e a evolução do peso, além de levantar os tratamentos realizados para controle de peso, os hábitos alimentares e as práticas de atividade física ao longo da vida (apêndice 1).

“Linha do tempo” foi formada em forma de tabela, onde constam ao topo as faixas etárias, com intervalos de 5 anos desde o nascimento até 100 anos de idade; a partir daí com intervalos de 10 anos até a idade da voluntária no dia da entrevista. Os eixos da entrevista foram quatro: peso, atividade física e de lazer, alimentação e tratamentos (apêndice 1).

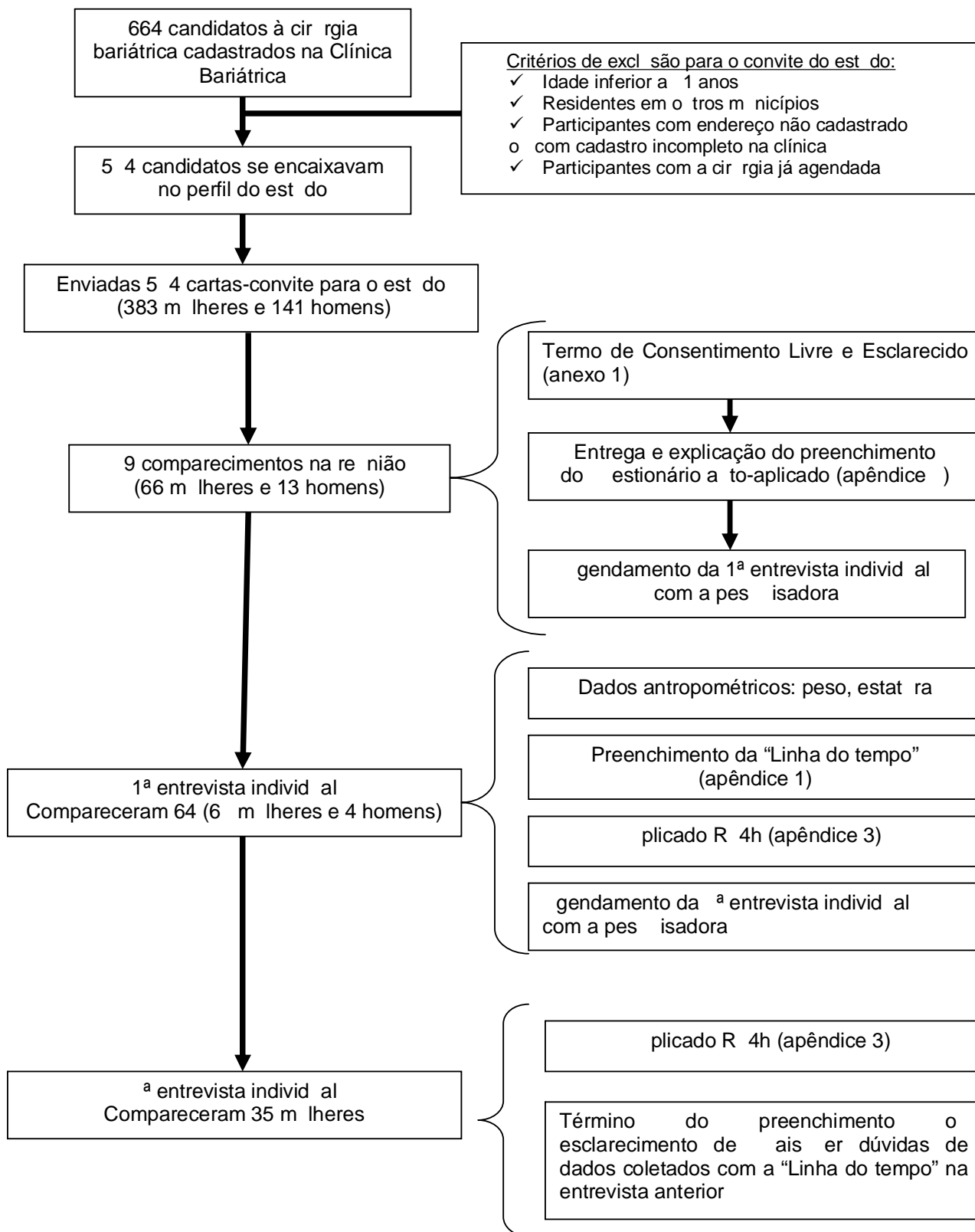
Para a validação do instrumento, foram realizadas entrevistas preliminares com o intuito de ajustar o instrumento e de treinar a pesquisadora para sua

tilização na fase de coletas de dados.

Na primeira entrevista, com duração de uma hora, na qual compareceram 64 indivíduos (6 mulheres e 4 homens), o peso e a altura dos participantes foram aferidos. Para a análise do consumo alimentar atual, no final da entrevista foram aplicados pela pesquisadora R 4h, referentes a um dia da semana e a um dia do final de semana (apêndice 3).

Na segunda entrevista, com duração de trinta minutos, compareceram 35 indivíduos do sexo feminino, sendo foi levantado R 4h referente a outro dia da semana e, caso ainda não levantado na primeira entrevista, a um dia do final de semana. O levantamento da ingestão de um final de semana foi condicionado à entrevista mais próxima ao final de semana passado. Para facilitar a visualização do desenho do estudo foi elaborado um fluxograma (figura 1).

Figura 1. Fluxograma do desenho do estudo



4.4. PROCEDIMENTOS

4.4.1. Caracterização das participantes e prevalência de obesidade nos familiares

Esses dados foram levantados a partir de um questionário auto-aplicado estruturado com questões fechadas e incluiu informações sobre o perfil das participantes e a prevalência de obesidade nos familiares (apêndice). Para a análise do instrumento quanto à clareza dos itens, à facilidade de leitura, à compreensão e à forma de apresentação, foram realizadas entrevistas prévias com indivíduos que não participaram da pesquisa.

O perfil antropométrico das pacientes foi obtido pelas medidas de peso corporal e de estatura. As aferições foram realizadas no início da primeira entrevista.

Peso corporal: Para a tomada de peso, utilizou-se a balança antropométrica digital, marca FILIZOL[®], com capacidade para 35 kg, devidamente aferida e colocada em local plano. O voluntário, caso concordasse, retirava o calçado e o excesso de roupas, como casaco, na vez e o ideal para a tomada de peso é o indivíduo apresentar-se próximo à nu. O participante subia na balança pisando no centro, mantendo-se ereto e de costas para a escala de medidas. Era aguardada a estabilização da marcação, sendo anotada em seguida a leitura de seu peso.

Estatra: Para a tomada da altura, foi utilizado estadiômetro fixo, marca EC[®], em local plano. O voluntário retirava os calçados, subia na plataforma, de costas para a escala de medidas, mantinha-se em pé, com pelo menos um dos calcanhares encostados na parede, ombros relaxados e braços ao longo do corpo. O olhar do voluntário apresentava-se voltado para frente, em linha reta, de forma que o eixo estivesse num ângulo de 90°. A haste do estadiômetro apresentava-se perpendicular ao solo. Assim, a haste encostava ao topo da cabeça, travava-se o estadiômetro, sendo solicitado que o avaliado descesse, realizando-se, então, a leitura de sua estatura.

Índice de massa corporal (IMC): Foi calculado segundo fórmula de Quetelet, mediante o valor do peso do indivíduo (kg), dividido por sua altura (m) ao quadrado. Para classificação da obesidade, segundo o IMC, utilizou-se o critério da Organização Mundial de Saúde (WHO) de 1998, no qual o IMC ≥ 30 kg/m² já caracteriza a obesidade e o IMC ≥ 40 kg/m² caracteriza a obesidade mórbida.

4.4.2. Histórico de vida

Conforme descrito, para o levantamento do início da obesidade e da evolução do peso, além de tratamentos realizados para controle de peso, de hábitos alimentares e de práticas de atividade física ao longo da vida, foi utilizado o instrumento “Linha do tempo” (apêndice 1). Para a aplicação desse instrumento foi utilizado o roteiro (apêndice 4), a fim de evitar possíveis vieses e padronizar a coleta de dados.

Para efeito de análise, as voluntárias foram classificadas de acordo com o início da obesidade. Para a interpretação dos dados a respeito de história de vida, foram elaboradas tabelas explicativas tendo a idade de início da obesidade como o marco para a estratificação das participantes em grupos.

4.4.3. Avaliação do consumo alimentar atual

Para avaliação da ingestão de energia, macronutrientes e micronutrientes, foram utilizados três R 4h (apêndice 3).

As anotações foram feitas pela entrevistadora e iniciadas a partir das perguntas sobre a refeição mais próxima, evoluindo para a mais distante até completar 4 horas de consumo alimentar (apêndice 3). Foram considerados os consumos referentes a todas as refeições realizadas. Foram preenchidos dois *recordatórios* referentes aos dias da semana e um *recordatório* referente a um dia de final de semana, quando frequentemente ocorrem alterações da rotina alimentar. As quantidades dos alimentos ingeridos foram anotadas em medidas caseiras (ex: colheres de sopa, xícara de chá, etc.), sendo utilizados, quando necessário, registros fotográficos específicos para inquérito dietético (Z BOTTO *et al.*, 1996). Os alimentos utilizados para preparações caseiras pela família, como o açúcar, o sal e o óleo, tiveram suas quantidades totais divididas pelo

número de pessoas e fazem as refeições na casa, obtendo-se, assim, o consumo médio diário por pessoa.

Os dados do R 4h primeiramente foram transformados em gramas, utilizando-se na tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras (PINHEIRO *et al.*,) e, em seguida, lançados no software *Nutwin*[®] (Programa de apoio à Nutrição,) para o cálculo de consumo de macro e micronutrientes. Para alimentar o banco de dados do software com alimentos e preparações consumidas pelas participantes, foi utilizada a Tabela brasileira de composição de alimentos (Universidade Estadual de Campinas, 4).

Para avaliação da adequação do consumo alimentar das participantes, os valores de ingestão de energia, fibras e micronutrientes foram comparados às recomendações nutricionais, utilizando-se como parâmetro da comparação de micronutrientes as recomendações do *Institute of Medicine – USA (IOM)*, estabelecidas nas Dietary Reference Intakes - DRI's for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (INSTITUTE OF...,

5), DRI's for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride (INSTITUTE OF..., 199), DRI's for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline (INSTITUTE OF..., 1998), DRI's for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc (INSTITUTE OF...,

b), DRI's for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids (INSTITUTE OF..., c) e DRI's for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate (INSTITUTE OF..., 4).

Equação 2. Cálculo da necessidade energética estimada (EER) para indivíduos acima dos 19 anos com IMC acima de 25 kg/m².

$$EER \text{ (kcal/d)} = 448 + 13,95 \times \text{idade} + F \times (11,4 \times P + 619 \times \text{altura})$$

Para a atribuição do fator atividade física (F) a cada participante, utilizaram-se os dados coletados pelo instrumento “Linha do tempo”, no qual se referiu às atividades físicas de lazer do tempo presente.

A adequação da distribuição percentual de energia entre os macronutrientes foi avaliada conforme as recomendações da WHO de 2003. As recomendações de carboidratos, para adultos, são entre 55% e 65% do total da energia consumida, enquanto a recomendação proteica, para adultos, é de 10% a 15% do valor energético total (VET) e para os lipídeos a proporção recomendada deve variar entre 20% e 35% da ingestão energética total (tabela 1).

4.4.3.2. Estimativa da adequação da ingestão de ácidos graxos, colesterol e fibras

As fontes de ácidos graxos da dieta devem fornecer de 6 a 17% de ácidos graxos poliinsaturados (GP), menos de 1% de ácidos graxos saturados (G) e completando a diferença com ácidos graxos monoinsaturados (GM). Recomenda-se o consumo de colesterol inferior a 300 mg por dia (WORLD HEALTH..., 2003).

Para as fibras dietéticas, a I (Adequate Intake), conforme as DRI's (INSTITUTE OF..., 2005), é de 25 gramas para indivíduos com idade igual ou inferior a 50 anos e para indivíduos com idade superior a 50 anos é recomendada a ingestão de 31 gramas diárias (tabela 1).

Tabela 2. Recomendações nutricionais para mulheres adultas.

Nutrientes	Mulheres	
	19 a 50 anos	> 50 anos
Proteína (%VET)	1 - 15 ^a	1 - 15 ^a
Carboidratos (%VET)	55 - 5 ^a	55 - 5 ^a
Lipídios (%VET)	- 35 ^a	- 35 ^a
G (%Lip)	<1 ^a	<1 ^a
GP (%Lip)	6-1 ^a	6-1 ^a
GM (%Lip)	Completar a diferença ^a	Completar a diferença ^a
Colesterol (mg/d)	<3 ^a	<3 ^a
Fibras (g/d)	5 ^b	1 ^b
Vitamina ((µg Re)	5 ^c	5 ^c
Vitamina C (mg/d)	6 ^c	6 ^c
Vitamina B6 (mg/d)	1,1 ^c	1,3 ^c
Vitamina B ₁ (µg/d)	^c	^c
Folato (µg/d)	3 ^c	3 ^c
Tiamina (mg/d)	,9 ^c	,9 ^c
Riboflavina (mg/d)	,9 ^c	,9 ^c
Niacina (mg/d)	11 ^c	11 ^c
Cálcio (mg/d)	1 ^b	1 ^b
Potássio (mg/d)	4 ^b	4 ^b
Fósforo (mg/d)	58 ^c	58 ^c
Ferro (mg/d)	18 ^c	8 ^c
Iodo (mg/d)	15 ^b	13 ^b
Zinco (mg/d)	6,8 ^c	6,8 ^c

^a WORLD HEALTH..., 3

^b I (INSTITUTE OF..., 199 , 4, 5)

^c E R (INSTITUTE OF..., 199 , 1998, b, c)

4.4.3.3. Estimativa da adequação da ingestão de micronutrientes

Para avaliação da adequação da ingestão dos micronutrientes, foram utilizadas as ER's (*Estimated Average Requirement*), das DRI's (INSTITUTE OF..., 199 , 1998, b, c, 4), e podem ser definidas como a mediana da necessidade de determinado nutriente para determinado estágio de vida e sexo (tabela). Adequação da ingestão individual foi avaliada observando-se a diferença entre a ingestão e a mediana da necessidade.

Equação 3

$$D = M_i - EAR$$

Onde:

D = diferença

M_i = média da ingestão.

E R = mediana da necessidade

Para calcular a magnitude da diferença, em termos de probabilidade de concluir sobre a inadequação ou adequação de um determinado triente (tabela 3), foi levado em conta o desvio padrão da diferença, e adota a metodologia para o cálculo de Z (múltiplos do desvio padrão numa distribuição normal), a partir dos considerados escores de adequação e dado pela fórmula:

Equação 4

$$Z = D/DP_o = \frac{M_i - EAR}{\sqrt{V_{nec} + (V_{int}/n)}}$$

Onde:

M_i = a média de ingestão de n dias do n triente pelo indivíduo

E R = a melhor estimativa da necessidade do n triente pelo indivíduo

V_{nec} = a variância da necessidade

V_{int} = a variância intrapessoal

Assim, para todos os n trientes avaliados o coeficiente de variação da necessidade de 1 %. Para calcular a variância intrapessoal foi considerado o desvio padrão de estudos populacionais americanos. Isso para amenizar o efeito do curto período de observação, e foi de 3 dias (FIBERG *et al.*, 1955, COIT *et al.*, 1966).

Tabela 3. Valores para a razão D/DP_o e a probabilidade correspondente em concluir corretamente e a ingestão habitual está adequada ou inadequada

Critério D/Dp_o	Conclusão	Probabilidade de concluir corretamente
> ,	Ingestão habitual adequada	,98
> 1,65	Ingestão habitual adequada	,95
> 1,5	Ingestão habitual adequada	,93
>1,	Ingestão habitual adequada	,85
> ,5	Ingestão habitual adequada	,
> ,	Ingestão habitual adequada / inadequada	,5
< - ,5	Ingestão habitual inadequada	,
< -1,	Ingestão habitual inadequada	,85
< -1,5	Ingestão habitual inadequada	,93
< -1,65	Ingestão habitual inadequada	,95
< - ,	Ingestão habitual inadequada	,98

Fonte: nedecor; Cochran, 198 . In: Instituto de..., a

Os n-tries e não dispõem de E R foram avaliados em relação às l's, conforme a seguinte equação:

Equação 5

$$Z = (M_i - AI) / (DP_i \div \sqrt{n})$$

Onde:

M_i = média da ingestão observada

I = Ingestão adequada

DP_i = Desvio padrão da ingestão do n-try nos estudos populacionais

n = número de dias observados

Não é possível assumir os valores de I como estimativa das necessidades, mas sim como ingestão recomendada.

Para avaliação da ingestão de micronutrientes em excesso foram consideradas as UL's (*tolerable Upper intakes Levels*) das DRI's, e para o sódio na população e se incluí em nosso estudo é de 3 mg/dia (INSTITUTE OF..., 4).

4.4.4. Levantamento das comorbidades e das dificuldades na realização de atividades diárias

Esses dados foram levantados a partir do questionário aplicado citado no item 4.4.1 e continha questões fechadas sobre a presença de comorbidez e as dificuldades na execução de atividades diárias (apêndice). No questionário aplicado, foram abertos espaços em branco e permitiam ao participante acrescentar algum item e considerasse pertinente.

4.4.5. Levantamento das razões para escolha do tratamento cirúrgico

No primeiro encontro com os participantes da pesquisa, além da explicação dos objetivos da pesquisa, a reunião teve por finalidade a sensibilização para o resgate da história de peso nas próximas entrevistas. Nessa reunião, foram colocados em discussão os motivos e normalmente levam as pessoas à escolha da cirurgia. No final da reunião, foi solicitado a cada participante e registrasse o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) optou pela cirurgia em instrumento próprio, já citado, previamente entregue aos indivíduos (apêndice).

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas a partir dos relatos foram categorizadas em alimentação, atividade física e de lazer e tratamentos realizados para perda ponderal desde a infância até o momento da entrevista. Após a coleta desses dados, os registros foram avaliados pela pesquisadora para a subcategorização, sendo observada a repetição de acontecimentos dentro da mesma categoria (apêndice 4). Para a apresentação dos dados, foram escritas sínteses da história de vida por grupos e, em geral. Para facilitar ainda mais a visualização dos dados,

foram elaborados quadros, sendo divididos em grupos, segundo a idade de início da obesidade e englobando a história de vida de cada grupo, contendo as categorias de alimentação, atividade física e de lazer e tratamentos realizados para emagrecimento (apêndice 5). Os nomes apresentados nos quadros são fictícios, a fim de garantir a privacidade das participantes.

Os dados de natureza numérica foram tabulados como média e desvio padrão, moda, mediana e valores máximos e mínimos, e as diferenças entre os grupos foram testadas pela ANOVA, seguida do teste de Tukey em caso de dados paramétricos, e pelo teste de Kruskal-Wallis em caso de dados não paramétricos.

As diferenças entre as médias foram testadas pelo teste t de Student e entre as medianas pelo teste de Mann-Whitney. As diferenças na distribuição entre as variáveis nominais não foram testadas em razão do limitado número de ocorrência nos diversos grupos. Além disso, foi calculada a razão do número de cada fator em análise (comorbidades e prevalência de obesidade nos familiares) por participante em cada grupo. A probabilidade de significância foi de $p < 0,05$. Para efeito de análise, as variáveis foram agrupadas conforme a idade de início da obesidade.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa atende às disposições da Resolução nº 196/96 referente aos regulamentos de pesquisa envolvendo seres humanos e, na validade de projeto, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas sob o parecer n. 6/2006, em 12 de julho de 2006.

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As mulheres participantes da pesquisa apresentaram idade de $39,5 \pm 11,7$ (média \pm desvio padrão), variando de 21 a 67 anos. O grupo que apresentou maior média de idade em relação aos demais foi o de mulheres que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos. No presente estudo as participantes, em sua grande maioria, eram da cor branca, casadas, administradoras do lar. Considerando que a pesquisa foi realizada no ano de 2006, a maioria das mulheres estudadas esperava há pelo menos 1 ano para a realização do tratamento cirúrgico (tabela 4). Foi notado que, mesmo entre as mulheres que apresentavam atividades fora do lar, essas desempenhavam predominantemente atividades domésticas (tabela 4). O IMC das mulheres estudadas variou entre 36,1 e 60,1 kg/m². Não houve diferença na média de IMC entre os grupos.

A maioria das participantes do presente trabalho desenvolveu a obesidade na idade adulta, entre 20 e 40 anos (tabela 4).

Tabela 4. Dados gerais das candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N = 35).

Variável	0 10 anos (n = 4)	10 20 anos (n=7)	20 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	Todas (N=35)
Idade atual *	28,3±6,0a	36,4±11,5a	36,2±8,0a	49,6±9,8b	39,5±11,7
IMC **	44,0±4,1	48,9±8,2	43,8±4,2	46±6,4	44,9±6,2
Ano entrada fila(n)					n(%)
2005	1	3	5	5	14(40,0)
2004	2	1	2	0	5(14,3)
2003	1	1	5	0	7(20,0)
2002	0	2	1	4	7(20,0)
2001	0	0	0	1	1(2,9)
2000	0	0	0	1	1(2,9)
Cor de Pele (n)					n(%)
Branca	3	6	10	7	26(74,3)
Parda	1	0	1	1	3(8,6)
Negra	0	1	2	3	6(17,4)
Estado Civil (n)					n(%)
Solteira	1	2	4	1	8(22,9)
Casada	2	3	8	6	19(54,3)
Divorciada	1	1	0	0	2(5,7)
Viúva	0	1	1	4	6(17,1)
Ocupação (n)					n(%)
Administradora do Lar	2	2	7	5	16(45,7)
Doméstica	0	1	2	1	4(11,4)
Faxineira	0	1	0	0	1(2,9)
Vendedora	1	1	0	0	2(5,7)
Secretária	1	0	0	1	2(5,7)
Aposentada	0	0	0	2	2(5,7)
Cozinheira	0	0	1	0	1(2,9)
Merendeira	0	0	0	1	1(2,9)
Salgadeira	0	0	1	0	1(2,9)
Babá	0	0	1	0	1(2,9)
Funcionária Pública	0	0	1	0	1(2,9)
Desempregada	0	1	0	0	1(2,9)
Estudante	0	1	0	0	1(2,9)
Pensionista	0	0	0	1	1(2,9)

M±DP = média ± desvio padrão; IMC = Índice de massa corporal (kg/m²)

* p = 0,002 pela ANOVA seguida do teste de Tukey.

** p = 0,343. Não houve diferença pela ANOVA

As variáveis representadas pela mesma letra são estatisticamente iguais.

5.1.1. Prevalência de obesidade nos familiares das participantes da pesquisa

Entre a prevalência de obesidade nos familiares, chama a atenção a ocorrência da obesidade da mãe e dos familiares maternos (tabela 5). Além disso, quase a metade das mulheres da pesquisa apresenta também irmãos obesos (tabela 5).

Tabela 5. Prevalência de obesidade na família das candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).

Familiares (n)	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	Todas (N=35) n(%)
Pai	2	3	7	2	14(40,0)
Tios paternos	1	4	6	3	14(40,0)
Avó paterna	0	2	2	3	7(20,0)
Avô paterno	1	1	3	3	8(22,9)
Razão por um	1,0	1,4	1,4	1,0	1,2
Mãe	4	3	8	6	21(60,0)
Tios maternos	2	2	7	5	16(45,7)
Avó materna	1	2	5	5	13(37,1)
Avô materno	0	0	1	5	5(17,1)
Razão por um	1,8	1,0	1,6	1,9	1,6
Irmãos	2	4	8	3	17(48,6)

5.2. HISTÓRICO DE VIDA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para a sistematização da história de vida foram levantadas as categorias relacionadas nos quadros abaixo. Tais categorias pautaram a descrição das histórias de vida das participantes, segundo a idade de início da obesidade.

Quadro 1. Subcategorias levantadas de relatos sobre história alimentar

Relacionamento com o alimento	Restrição
Apresentava Hiperfagia: consumia quantidade excessiva de alimentos	Consumia pequena quantidade de alimento
Possuía o hábito de “beliscar”	Diminuiu voluntariamente a ingestão de alimento
Consumia guloseimas	
Alimentava-se por ansiedade	
Alimentava-se obrigada por algum membro da família	
Possuía horário irregular para se alimentar	

Quadro 2. Subcategorias levantadas de relatos sobre atividade física e de lazer

Atividade física	Lazer
<u>Exercícios moderados</u>	<u>Lazer leve ou nulo</u>
Pessoa que se autodenominada “ativa”	Não possuía lazer
Brincava bastante	Saía pra comer como lazer
Freqüentava educação física regularmente na escola	Visitava parentes
Praticava regularmente algum esporte	Lia livro
Freqüentava regularmente academia	Freqüentava a igreja
Andava bastante de bicicleta	Apresentava hábito de assistir televisão
Fazia uso regular da piscina	
Caminhava regularmente em alta velocidade	<u>Lazer moderado</u>
Freqüentava regularmente a praia	Saía aos fins de semana
	Saía para Dançar
<u>Sedentarismo a exercícios leves</u>	
Caminhava com pouca freqüência e em baixa velocidade	Trabalho
Pessoa que se autodenomina “quieta”	Realizava trabalho manual: costura
	Trabalhava bastante
	Parou de trabalhar
	Voltou a trabalhar
<u>Diminuição de exercícios</u>	Cuidava da casa
Diminuiu a atividade por alguma razão não relatada	Trabalhava como babá
Diminuiu a atividade por motivo de doença	
Após a menarca parou de brincar	

Quadro 3. Subcategorias levantadas de relatos sobre realização de tratamentos para perda ponderal

Sem tratamento Nenhuma procura/realização de qualquer tipo de tratamento, alternativo ou convencional, para perda de peso.	Tratamento alimentar: Dieta prescrita por nutricionista Dieta prescrita por médico Dieta sem orientação de profissional da saúde
Tratamento medicamentoso Tratamento com medicamento para perda ponderal sem prescrição médica Tratamento com medicamento para perda ponderal prescrito por médico	Outros Chás e produtos fitoterápicos com intuito de perda de peso

5.2.1. História de vida das quatro participantes que se tornaram obesas até os 10 anos de idade

A partir dos relatos obtidos, observou-se que essas mulheres não nasceram com peso acima da média, mas apresentaram a obesidade antes dos cinco anos, permanecendo nessa condição até a fase adulta (apêndice 5 - quadro 4).

Quanto à história alimentar, apenas uma das quatro participantes não se recorda de sua alimentação até seus cinco anos de idade. Nesse período, a maioria relatou comer em grande quantidade ou ter o hábito de “beliscar”⁷ e ingerir guloseimas, referindo, ainda, que em grande parte de suas vidas tais comportamentos foram mantidos (apêndice 5 - quadro 4).

Já o hábito de comer por ansiedade aparece na faixa dos quinze aos vinte anos, aumentando em frequência de relatos a partir dos vinte anos. Ainda entre quinze e vinte anos, duas das quatro mulheres referiram diminuição voluntária de consumo de alimentos com o intuito de “fazer dieta” (apêndice 5 - quadro 4).

Quanto ao lazer e à atividade física, duas das quatro mulheres relataram

⁷ Segundo Poulain e Proença (2003, p.380) o termo beliscar se refere às “tomadas alimentares fora das refeições, bem menos instituídas, representadas pelos lanches e aperitivos, mas também pelos consumos alimentares não codificados, que podem ser sólidos ou líquidos.”

atividades mais ativas, como brincar bastante e realizar caminhadas freqüentes e moderadas nas faixas etárias até os dez anos e entre os vinte e trinta anos. Nas demais faixas etárias a maioria das mulheres revelou atividades de sedentárias a leves, com diminuição da prática de atividade física por doença ou motivo não relatado, hábito de assistir a televisão, e comer fora do domicílio como forma de lazer, ou mesmo não possuir lazer algum (apêndice 5 - quadro 4).

Em relação à procura de tratamentos para emagrecimento, apenas um quarto das participantes procurou tratamento para perda de peso até seus dez anos de idade, tendo seguido uma dieta alimentar prescrita por médico. Dos dez aos quinze anos, duas das quatro delas procuraram tratamento medicamentoso para emagrecer sob supervisão médica, sendo que uma também relatou seguir dieta alimentar “por conta própria”⁸. Esta, por sua vez, continuou de forma intermitente procurando tratamento medicamentoso até seus trinta anos de idade, sempre com supervisão médica (apêndice 5 - quadro 4).

Todas as mulheres desse grupo procuraram tratamento para a obesidade entre vinte e trinta anos de idade, sendo, na maioria dos casos, medicamentoso e com supervisão médica (apêndice 5 - quadro 4).

5.2.2. História de vida das sete participantes que se tornaram obesas dos 10 aos 20 anos de idade

Em idade inferior a cinco anos, três das sete mulheres já apresentava sobrepeso e grande parte delas também o apresentava a partir dos cinco anos de idade. A maioria delas se tornou obesa entre dez e quinze anos de idade. Uma das sete participantes relatou perda de peso, indo da obesidade ao sobrepeso, porém retornando à condição de obesidade logo em seguida e assim permanecendo. Outra participante referiu se apresentar eutrófica entre seus vinte e trinta anos por emagrecer por meio de tratamentos, conseguindo permanecer nessa condição em torno de cinco a dez anos, porém voltando a ser obesa novamente na idade entre trinta aos quarenta anos e assim permanecendo (apêndice 5 - quadro 5).

Apenas uma das sete mulheres não se recordou de sua alimentação antes

⁸ Por conta própria: sem supervisão de qualquer profissional da saúde

dos cinco anos de idade. A maioria das participantes relatou comer grande quantidade de alimento e consumir guloseimas antes dos cinco anos de idade (apêndice 5 - quadro 5).

Até seus dez anos de idade, uma das sete participantes referiu diminuir voluntariamente o consumo de alimentos, visando ao emagrecimento ou mesmo apresentar uma alimentação “trivial”⁹. (apêndice 5 - quadro 5).

Entre os dez e quinze anos de idade grande parte das mulheres relatou comportamentos alimentares considerados inadequados, com o consumo de grande quantidade de alimentos, o hábito de “beliscar” e ingestão de guloseimas. A maioria que relatou tais comportamentos já havia citado essa ocorrência antes de seus cinco anos de idade. Apenas uma das sete mulheres relatou diminuição voluntária do consumo de alimentos e outra referiu apresentar alimentação “trivial” (apêndice 5 - quadro 5).

A maioria das participantes revelou consumo de grande quantidade de alimento, hábito de “beliscar” e de ingerir guloseimas no período entre quinze e trinta anos. Ainda nessa faixa etária apenas uma das sete participantes relatou alimentação “trivial” e duas das sete mulheres referiram diminuição voluntária de alimentos (apêndice 5 - quadro 5).

Relatos de consumo de alimentos por ansiedade aparecem em pequena quantidade na idade entre vinte e trinta anos, com aumento da frequência desses relatos a partir dos trinta anos de idade (apêndice 5 - quadro 5).

No que se refere à alteração do comportamento alimentar, duas de cinco mulheres relatou diminuir a quantidade de alimentos na idade entre trinta e quarenta anos visando à perda de peso. Porém algumas participantes, a partir dos quarenta anos de idade, referiram voltar a apresentar comportamentos alimentares considerados inadequados, com o consumo de guloseimas, o hábito de “beliscar”, sendo que a maioria referiu a ansiedade como causa dessa prática (apêndice 5 - quadro 5).

Quanto ao lazer e à atividade física, a maioria, nesse grupo, revelou que em idade inferior aos cinco anos eram mais ativas. Entretanto, na faixa etária dos cinco aos dez anos, grande parte das mulheres relatou atividades sedentárias a leves, sugeridas pelo fato de diminuir a prática de atividades por motivo de

⁹ Termo que se refere à alimentação considerada pela sociedade como a mais próxima da saudável em termos qualitativos e quantitativos

doença e por razões não reveladas. Já a partir dos dez até os quinze anos de idade, quatro das sete mulheres voltaram a relatar atividades mais ativas, como freqüentar academia, realizar caminhadas moderadas e freqüentes, além de participar das aulas de educação física na escola. Os relatos de prática de atividades se dividem dos quinze aos vinte anos de idade, quando quatro das sete participantes relataram atividades sedentárias a leves e, a outra metade, atividades mais ativas. A partir dos vinte anos de idade ocorre a diminuição da prática de atividades, por motivo não relatado, e começam a predominar atividades mais sedentárias, como leitura, freqüência à igreja e visitar parentes (apêndice 5 - quadro 5).

Relatos de “trabalhar bastante” começaram já na infância (a partir dos dez anos de idade), com ocupações como babás de crianças menores e tais relatos tomaram importância entre os vinte e os quarenta anos (apêndice 5 - quadro 5).

Três das sete participantes, ao se apresentarem obesas, procuraram tratamento para perda de peso entre seus dez a quinze anos de idade, sendo referidas várias tentativas de tratamento medicamentoso e também a realização de dieta alimentar, em ambos os casos com supervisão médica. Em um dos casos, ocorreu a procura por tratamentos para emagrecimento desde a infância até seus vinte anos de idade, em sua grande maioria o medicamentoso com supervisão médica; porém na última tentativa a participante se automedicou (apêndice 5 - quadro 5).

Das que se trataram entre os dez e os quinze anos, nenhuma fez tratamento para obesidade entre vinte e trinta anos. Nessa mesma faixa etária quatro participantes procuraram tratamento para emagrecimento, sendo que duas usaram medicamento com supervisão médica, uma apresentando mais de uma tentativa e outra também seguindo dieta orientada por nutricionista. Duas apenas faziam dieta alimentar, uma sem e outra com supervisão médica (apêndice 5 - quadro 5).

Entre os trinta e os quarenta anos, apenas uma das sete participantes procurou se tratar da obesidade, apresentando mais de uma tentativa de perda de peso por meio de dieta sem orientação (apêndice 5 - quadro 5).

Uma das três mulheres, entre seus quarenta e cinquenta anos, procurou tratamento para obesidade, realizando dieta sem orientação, sendo que a última tentativa de perda de peso havia sido aos vinte anos de idade (apêndice 5 -

quadro 5).

A única participante acima de cinquenta anos deste grupo referiu que, entre cinquenta e sessenta anos, procurou tratamento alimentar para diminuição do peso, apresentando mais de uma tentativa, sendo a primeira sem e a segunda com supervisão de nutricionista (apêndice 5 - quadro 5).

5.2.3. História de vida das treze participantes que se tornaram obesas dos 20 aos 30 anos de idade

Das treze participantes deste grupo, cinco apresentavam sobrepeso desde os dez anos de idade, evoluindo para a obesidade entre os vinte e trinta anos, quando a condição se consolidou. Uma vez obesas, dificilmente essas mulheres saíram dessa condição. Apenas uma das treze participantes deste grupo não se recordou da alimentação antes dos cinco anos de idade. Seis das treze mulheres relataram lembrar-se que, antes dos cinco anos de idade, apresentava hiperfagia, e a maioria dessas referiu a continuação desse comportamento até a vida adulta. Das treze participantes, três revelaram ter uma alimentação “trivial” antes dos cinco anos de idade e a mesma proporção relatou se alimentar obrigada por algum membro da família. Destas, a maioria referiu comportamento alimentar inadequado dos cinco aos dez anos, com o consumo excessivo de alimentos e hábito de “beliscar”. Apenas uma das treze participantes relatou continuar se alimentando “por obrigação” até seus quinze anos (apêndice 5 - quadro 6).

O comportamento de restrição alimentar começou a aparecer na idade entre quinze e vinte anos de idade, substituindo a hiperfagia, e voltou a aparecer, porém com pouca frequência (um relato), na idade entre os vinte e trinta anos e entre os trinta e cinquenta anos chegou a ser referido por um terço das mulheres (apêndice 5 - quadro 6).

Relatos de alimentar-se por ansiedade remeteram à idade entre dez e quinze anos, com pouca frequência, chegando a ser relatado por quatro das treze mulheres na faixa etária dos vinte aos trinta anos e por uma das três participantes na faixa dos quarenta aos cinquenta anos (apêndice 5 - quadro 6).

A maioria das mulheres até seus dez anos de idade apresentava atividades tanto física quanto de lazer ativas, como brincar, realizar caminhadas moderadas e freqüentes, andar de bicicleta e praticar esportes. Já na faixa etária dos dez aos

quinze anos, seis das treze mulheres referiram atividades mais sedentárias, como assistir à televisão e diminuir a prática de atividades por motivo não relatado. Depois dos quinze anos de idade as participantes, em sua grande maioria, apresentavam atividades sedentárias, sendo que, na faixa de idade dos quarenta aos cinquenta anos, todas relataram atividades sedentárias (apêndice 5 - quadro 6).

Das treze participantes, oito relataram trabalhar bastante entre os quinze e vinte anos, comportamento bastante referido também na faixa dos vinte aos trinta anos, sendo que em ambas as faixas etárias a maioria delas também referiu não possuir lazer (apêndice 5 - quadro 6).

Três das treze mulheres referiram ter procurado tratamento para perda de peso entre dez e quinze anos. Estas por sua vez continuaram a procurar tratamento para emagrecimento até a fase adulta. Entre dez e quinze anos, duas fizeram uso de medicamento, uma com supervisão médica e outra sem, sendo que esta seguia dieta alimentar também sem orientação. Uma participante relatou realizar apenas dieta alimentar “por conta própria”. (apêndice 5 - quadro 6).

Das treze mulheres, oito procuraram tratamento para perda de peso entre os quinze e os vinte anos de idade. Sete delas relataram fazer uso de tratamento medicamentoso, principalmente sob supervisão médica, sendo que a maioria delas apresentou mais de uma tentativa de diminuição de peso nessa faixa etária (apêndice 5 - quadro 6).

Grande parte das mulheres procurou algum tipo de tratamento da obesidade entre vinte e trinta anos; destas, cinco nunca tinham procurado antes qualquer tipo de tratamento para perda de peso (apêndice 5 - quadro 6).

Seis das dez participantes que se encontravam na faixa de idade dos trinta aos quarenta anos procurou tratamento para perda ponderal. Quase um terço das mulheres, que fizeram tratamento da obesidade nessa faixa etária, entretanto, nunca havia realizado nenhum tipo de tentativa de perder de peso (apêndice 5 - quadro 6).

Todas procuraram tratamento medicamentoso sem supervisão para perda de peso entre os quarenta e cinquenta anos e já havia, em faixas etárias anteriores, tentado diminuir o peso por algum tipo de tratamento da obesidade (apêndice 5 - quadro 6).

5.2.4. História de vida das onze participantes que se tornaram obesas a partir dos 30 anos de idade

A maioria das onze participantes relatou ser eutrófica em idade inferior a cinco anos até seus quinze anos. Já cinco das onze mulheres apresentavam sobrepeso entre os quinze e os vinte anos e todas o apresentavam entre vinte e os trinta anos. Grande parte das mulheres deste grupo se tornou obesa entre os trinta e quarenta anos, e apenas uma participante apresentou obesidade em idade superior a quarenta anos, justificado por problema na coluna que a obrigou a diminuir a atividade física. Assim que desenvolveram a obesidade, todas permaneceram nessa condição (apêndice 5 - quadro 7).

Apenas uma das onze mulheres não recordou sua alimentação antes dos cinco anos. Muitas relataram que, nessa época, apresentavam alimentação “trivial” e consumiam pequena quantidade de alimento. Das onze participantes, três referiram o consumo excessivo de alimentos antes dos cinco anos de idade (apêndice 5 - quadro 7).

Entre os cinco e dez anos de idade, quase metade das mulheres relatou possuir uma alimentação “trivial” ou comer pouco; o restante das participantes referiram comportamento alimentar inadequado, principalmente hiperfagia. Tal comportamento juntamente com outros como o consumo de guloseimas e o hábito de “beliscar”, começaram a ser mais referidos a partir dos dez aos quinze anos de idade, mencionados por cinco das onze participantes, sendo relato o hábito de se alimentar de forma “trivial” pelo mesmo número de mulheres. Esse perfil de comportamento alimentar continuou na faixa dos quinze aos vinte anos. Foi observado que o primeiro relato de diminuição de consumo de alimento, visando ao emagrecimento por essas mulheres, ocorreu na faixa dos dez aos quinze anos de idade e a primeira ocorrência de consumo de alimentos por ansiedade aconteceu entre os quinze e vinte anos de idade (apêndice 5 - quadro 7).

A partir da faixa dos vinte aos trinta anos de idade a maioria das mulheres revelou apresentar comportamentos alimentares considerados inadequados, como hiperfagia, horários irregulares para se alimentar, ingestão de guloseimas e hábito de “beliscar”, sendo pouco relatada a alimentação “trivial” pelas participantes (apêndice 5 - quadro 7).

Esse padrão mudou na faixa dos quarenta aos cinquenta anos de idade, quando a maioria das participantes relatou a diminuição da ingestão de alimentos visando o emagrecimento, sendo ainda mencionados por um terço delas comportamentos alimentares inadequados e pouca referência à ansiedade como motivadora do consumo de alimentos (apêndice 5 - quadro 7).

Já a partir dos cinquenta anos de idade, voltaram com força relatos de hiperfagia, de hábito de “beliscar” e de ingestão de alimentos por motivo de ansiedade, sendo que duas das cinco participantes referiram apresentar alimentação “trivial” e diminuição voluntária do consumo de alimentos (apêndice 5 - quadro 7).

A maioria das participantes até seus quinze anos de idade apresentava atividades mais ativas, como brincar, realizar caminhadas freqüentes e moderadas e freqüentar a praia. A partir da faixa etária dos quinze aos vinte anos, houve maior relato de atividades mais sedentárias, como a diminuição da prática de atividades sem motivo referido. Entre os quarenta e os setenta anos de idade quase todas as mulheres referiram atividades sedentárias (apêndice 5 - quadro 7).

Os relatos de trabalho remetem à idade entre dez e quinze anos, quando sete das onze mulheres já trabalhavam; já na faixa etária dos trinta aos quarenta anos, quase a metade relatou trabalhar fora de casa (apêndice 5 - quadro 7).

Quanto ao controle da obesidade, nesse grupo, observou-se a partir dos relatos, que nenhuma participante procurou tratamento para perda de peso até seus quinze anos. Após essa idade, menos de um quinto delas procurou tratamento alimentar por conta própria, visando ao emagrecimento. Dessas, todas continuaram a procura por tratamento para perda de peso até a vida adulta, entre os quarenta e sessenta anos de idade (apêndice 5 - quadro 7).

Das onze mulheres, cinco procuraram tratamento para redução do peso entre vinte e trinta anos de idade, sendo que uma relatou mais de uma tentativa de perda de peso nessa faixa etária. A maioria fez uso de medicamento sob supervisão médica, sendo pouco referida a realização de dieta alimentar (apêndice 5 - quadro 7).

Grande parte das participantes realizou tratamento da obesidade entre trinta e quarenta anos, em mais da metade dos casos medicamentoso, principalmente sob supervisão médica. Todas que relataram realizar dieta alimentar, visando à perda de peso, referiram fazê-la sem supervisão de

profissional da saúde. Quase a metade das que realizaram tratamento relatou mais de uma tentativa de perda de peso nessa faixa etária, principalmente entre aquelas que nunca tinham realizado, anteriormente, algum tipo de tratamento para emagrecimento (apêndice 5 - quadro 7).

Entre os quarenta e cinquenta anos de idade, a maioria procurou tratamento para perda de peso; destas, grande parte havia realizado tratamento entre os trinta e os quarenta anos de idade. Na maioria dos casos os tratamentos procurados entre os quarenta e cinquenta anos foi o medicamentoso, com supervisão médica (apêndice 5 - quadro 7).

Duas das cinco mulheres fizeram tratamento da obesidade entre cinquenta e sessenta anos; metade destas já havia feito tratamento para emagrecimento desde a faixa etária de quinze a vinte anos (apêndice 5 - quadro 7).

5.3. CONSUMO ALIMENTAR ATUAL

Na tabela 6 são apresentados os valores estimados para o consumo de energia, macronutrientes e fibras, durante a semana e nos finais de semana, das candidatas distribuídas segundo a idade de início da obesidade. De um modo geral, as diferenças observadas entre os grupos ocorreram entre os extremos de idade, com as mulheres que se tornaram obesas mais cedo consumindo maiores valores e proporção de carboidrato como fonte de energia.

Tabela 6. Valores (mediana, mínimo e máximo) do consumo estimado em energia, macronutrientes e fibras entre as candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N=35).

Energia e macronutrientes	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	P
Intervalo da EER	2320 - 2968	2244 - 2892	2239 - 2887	2038 - 2686	0,196
Energia DS (kcal)	3684	2667	3588 *	2887 *	0,387
Energia FS (kcal)	3893	1369	1821	1806	0,327
Energia MS (kcal)	3431	2528	3008	2405	0,326
Energia (Mín - Máx, kcal)	979 - 6086	1037 - 5218	433 - 6878	609 - 3642	
Proteína DS (g)	134,5	105,2	117	118 *	0,813
Proteína FS (g)	151	57	60	53	0,684
Proteína MS (g)	138	109	121	105	0,775
Proteína (Mín - Máx, g)	43 - 242	24 - 417	26-579	20-151	
Carboidrato DS (g)	505a	284b	476a *	312b *	0,049
Carboidrato FS (g)	461	185	325	201	0,121
Carboidrato MS (g)	492	256	433	280	0,027
Carboidrato (Mín - Máx, g)	112 - 739	96 - 443	57 - 1068	57 - 512	
Lipídeo DS (g)	127	125 *	137	131 *	0,979
Lipídeo FS (g)	140	53	89	86	0,354
Lipídeo MS (g)	129	109	136	117	0,844
Lipídeo (Mín - Máx, g)	40 - 221	31 - 201	34 - 596	34 - 138	
Colesterol MS (mg)	331	278	289	304	0,899
Colesterol (Mín-Máx,mg)	99 - 537	115,2 - 554	103 - 501	97 - 606	
Fibra DS (g)	21 *	19 *	26 *	18 *	0,076
Fibra FS (g)	12	10	15	12	0,119
Fibra MS (g)	17	16	22	16	0,205
Fibra (Mín-Máx,g)	10 - 29	6 - 33	7 - 32	6 - 30	
Proteína MS (%)	15	16	14	16	0,454
Proteína (Mín-Máx, %)	12-18	11-32	6-22	6-37	
Carboidrato MS (%)	56a	44ab	51ab	43b	0,010
Carboidrato (Mín-Máx,%)	46-77	32-53	26-64	14-56	
Lipídeo MS (%)	29a	40ab	35ab	41b	0,021
Lipídeo (Mín-Máx, %)	10-39	26-47	25-54	28-58	
AGS MS (%)	6	10	9	10	0,175
AGS (Mín-Máx,%)	2-11	4-18	5-16	5-16	
AGM MS (%)	9	12	11	12	0,198
AGM (Mín-Máx,%)	3-16	4-20	7-18	7-17	
AGP MS (%)	9a	13ab	11ab	15b	0,025
AGP (Mín-Máx,%)	3-18	3-22	6-21	9-24	

* = diferenças encontradas entre durante a semana e final de semana pelo teste de Mann-Whitney.

p = probabilidade de significância estatística no teste de diferença das medianas pelo teste de Kruskal-Wallis. As variáveis representadas com letras diferentes em cada linha mostraram diferença entre si.

EER = Necessidade Energética Estimada; DS= consumo Durante dia da Semana; FS= consumo durante o Final de Semana; MS= consumo Médio da Semana; AGS= Ácido Graxo Saturado; AGM=Ácido Graxo Monoinsaturado; AGP = Ácido Graxo Poliinsaturado.

Foi observado que o consumo médio de energia no grupo de mulheres que se tornaram obesas até os 10 anos, principalmente em dias de final de semana, e no grupo de participantes com idade de início da obesidade entre 20 e 30 anos, principalmente em dias da semana, ultrapassou a EER. Não foi observado nos demais grupos consumo de energia média durante a semana maior do que a EER (tabela 6).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa no consumo médio em gramas de proteína entre os grupos estudados. Porém foi notada uma tendência de maior consumo nos grupo de mulheres que se tornaram obesas até os 10 anos de idade e dos 20 aos 30 anos. Apenas o grupo de participantes com idade de início da obesidade superior a 30 anos de idade apresentou maior consumo médio em gramas de proteína nos dias de semana em relação aos dias de final de semana (tabela 6).

Quanto ao carboidrato, foi observado que, durante a semana, os grupos de mulheres que se tornaram obesas até 10 anos de idade e entre 20 e 30 anos apresentaram maior consumo médio em gramas de carboidratos em relação aos demais grupos. Os grupos de participantes que se tornaram obesas na fase adulta consumiram maior quantidade de carboidrato médio em gramas nos dias de semana em relação aos dias de final de semana (tabela 6).

Em relação ao lipídeo, não foi notada diferença estatisticamente significativa no seu consumo médio em gramas entre os grupos, mas foi observada uma tendência do grupo de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos de idade em consumir maior quantidade de lipídeos, chegando a um máximo de ingestão de quase 600 gramas ao dia (tabela 6). Os grupos de mulheres que se tornaram obesas entre 10 e 20 anos e em idade superior a 30 anos apresentaram consumo médio maior de lipídeos em dias de semana em relação aos dias de final de semana (tabela 6). Porém, quanto ao colesterol, não houve diferença estatisticamente significativa no seu consumo médio entre os grupos, entretanto, foi observado que nos grupos de mulheres que se tornaram obesas até 10 anos de idade e em idade superior a 30 anos, o consumo médio de colesterol ultrapassava o máximo recomendado para esse nutriente, que é de 300 mg. Os demais grupos apresentaram consumo médio próximo do máximo recomendado.

Já o consumo médio de fibras não diferiu entre os grupos, sendo que nenhum grupo atingiu a ingestão recomendada de fibras. O grupo de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos de idade foi o que mais se aproximou da recomendação. Foi observado, em todos os grupos, consumo maior de fibras em dias da semana em relação aos dias de final de semana, com diferença estatisticamente significativa. Além disso, foi notado que todos os grupos também apresentaram participantes com consumo muito pequeno de fibras, de 6 a 10 gramas diárias (tabela 6).

Observou-se que a distribuição da energia entre os macronutrientes foi diferente, sendo notado que as mulheres com idade de início da obesidade na infância consumiram maiores proporções de carboidrato em detrimento dos lipídios, quando comparadas com as que iniciaram a obesidade na fase adulta (tabela 6).

Em relação à percentagem de consumo médio de proteína, foi observada em todos os grupos ingestão adequada, não sendo notada diferença entre os grupos. Em todos os grupos também foram observadas mulheres consumindo acima do máximo recomendado. Entre as mulheres que se tornaram obesas na fase adulta, foi notada a presença de participantes que consumiram quantidade bem abaixo do recomendado (tabela 6).

Quanto ao carboidrato, foi observado que os grupos que apresentaram maior consumo percentual médio de carboidrato foram os de participantes que se tornaram obesas até 10 anos e entre 20 e 30 anos. Observou-se também que em todos os grupos houve participantes com consumo percentual de carboidrato menor do que a proporção mínima recomendada, sendo notado que apenas no grupo de mulheres que se tornaram obesas até os 10 anos de idade houve participantes com consumo percentual de carboidrato em valores um pouco acima dos recomendados (tabela 6).

Já em relação aos lipídeos, foi observado que o grupo de mulheres que se tornaram obesas até seus 10 anos de idade apresentou menor consumo percentual médio desse nutriente, porém dentro dos limites do recomendado. Observou-se também que o grupo de mulheres que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos de idade apresentou maior consumo percentual médio de lipídeo, inclusive ultrapassando a proporção máxima desse nutriente. Foi observado, em todos os grupos participantes, mulheres que apresentaram

percentual médio de energia proveniente de lipídeos acima do recomendado, porém, só no grupo de mulheres que se tornaram obesas até os 10 anos de idade, houve casos de percentual médio menor do que o limite inferior recomendado (tabela 6).

Observou-se que a distribuição do lipídeo entre alguns ácidos graxos diferiu entre alguns grupos, principalmente entre as mulheres que se tornaram obesas na infância em relação aos demais grupos, especialmente os de mulheres com idade de início da obesidade na fase adulta (tabela 6).

Assim, foi observado que os grupos de mulheres que se tornaram obesas até os 10 anos e dos 20 aos 30 anos apresentaram consumo percentual médio de energia de AGP dentro do recomendado. Foi notado também que em todos os grupos houve participantes que consumiram percentual médio de energia de AGP maior do que o recomendado (tabela 6).

Quanto ao AGP, foi observado que apenas o grupo de participantes que se tornaram obesas até os 10 anos de idade apresentou consumo de AGP dentro da proporção recomendada, enquanto que os demais grupos, principalmente o de mulheres com idade de início da obesidade superior a 30 anos, apresentaram ingestão superior à proporção máxima recomendado de AGP. Foi notado também que em todos os grupos houve participantes com consumo percentual médio de AGP acima do limite superior recomendado de energia desse nutriente (tabela 6).

Como o consumo de AGP e de AGS em grande parte dos grupos se apresentava em proporção acima da recomendada, conseqüentemente o consumo proporcional de AGM nos grupos se apresentou abaixo do esperado, já que a recomendação de consumo de AGM é a de completar a diferença no consumo de AGP e AGS, dentro do recomendado desses nutrientes (tabela 6).

Tabela 7. Valores (média \pm desvio padrão) e escores de adequação (Z) do consumo estimado em micronutrientes entre as candidatas à cirurgia bariátrica, segundo a idade de início da obesidade (N = 35).

Micronutrientes	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	\geq 30 anos (n=11)	P
Sódio (mg)	3950,0 \pm 743,0abc	3394,0 \pm 661,0abc	3902,0 \pm 551,0b	3270,0 \pm 324,0c	0,022
Sódio Z *	3,0 \pm 1,0	3,0 \pm 1,0	3,0 \pm 1,0	4,0 \pm 1,0	0,691
Cálcio (mg)	920,0 \pm 230,0	490,0 \pm 160,0	787,0 \pm 400,0	630,0 \pm 284,0	0,101
Cálcio Z *	-2,0 \pm 4,0	-4,0 \pm 3,0	-1,0 \pm 5,0	-4,0 \pm 3,0	0,053
Fósforo (mg)	662,0 \pm 254,0	706,1 \pm 101,1	776,1 \pm 118,0	778,0 \pm 55,1	0,259
Fósforo Z	1,0 \pm 3,1	1,6 \pm 1,3	2,4 \pm 1,5	2,5 \pm 0,6	0,272
Potássio (mg)	4111,0 \pm 1217,0	3434,0 \pm 494,0	4024,0 \pm 775,0	3417,1 \pm 375,3	0,084
Potássio Z*	-1,8 \pm 4,0	-4,1 \pm 1,7	-2,1 \pm 2,4	-4,3 \pm 1,4	0,047
Ferro (mg)	9,0 \pm 3,0	10,0 \pm 1,2	10,3 \pm 1,1	9,3 \pm 1,1	0,118
Ferro Z	0,4 \pm 2,1	2,0 \pm 1,0	1,7 \pm 1,0	2,2 \pm 1,2	0,086
Magnésio (mg)	232,0 \pm 41,4	214,2 \pm 94,4	279,4 \pm 53,3	252,5 \pm 56,4	0,171
Magnésio Z	-1,1 \pm 1,4	-1,5 \pm 3,0	0,5 \pm 2,0	-0,4 \pm 2,0	0,219
Zinco (mg)	9,0 \pm 1,0	7,0 \pm 2,0	8,0 \pm 2,0	8,3 \pm 2,0	0,372
Zinco Z	2,0 \pm 1,0	0,3 \pm 2,0	1,0 \pm 1,6	1,4 \pm 2,0	0,395
Vitamina C (mg)	32,0 \pm 14,4	30,0 \pm 15,5	59,4 \pm 30,0	56,4 \pm 31,0	0,067
Vitamina C Z	-2,3 \pm 1,7	-2,5 \pm 1,3	-0,05 \pm 2,5	0,4 \pm 2,4	0,120
Vitamina A (μ g RE)	596,0 \pm 239,3	313,3 \pm 128,4	446,0 \pm 229,0	429,0 \pm 214,0	0,211
Vitamina A Z	0,8 \pm 2,0	-1,5 \pm 1,0	-0,4 \pm 2,0	-0,6 \pm 1,7	0,218
Tiamina (mg)	0,9 \pm 0,3	1,0 \pm 0,4	1,0 \pm 0,2	1,0 \pm 0,3	0,864
Tiamina Z	0,1 \pm 2,7	0,6 \pm 3,0	1,0 \pm 2,0	1,3 \pm 2,7	0,866
Riboflavina (mg)	0,8 \pm 0,2	0,91 \pm 0,4	1,1 \pm 0,2	0,92 \pm 0,2	0,137
Riboflavina Z	-1,0 \pm 2,0	0,1 \pm 3,0	1,5 \pm 1,5	0,1 \pm 2,0	0,135
Niacina (mg)	12,0 \pm 4,4	13,0 \pm 2,0	14,0 \pm 1,3	14,0 \pm 1,5	0,149
Niacina Z	0,4 \pm 2,6	1,1 \pm 1,1	1,8 \pm 0,8	1,8 \pm 0,9	0,153
Vitamina B ₆ (mg)	1,2 \pm 0,3	1,0 \pm 0,4	1,3 \pm 0,3	1,3 \pm 0,3	0,270
Vitamina B ₆ Z	0,6 \pm 2,0	-0,5 \pm 2,0	1,5 \pm 2,0	0,8 \pm 1,7	0,202
Vitamina B ₁₂ (mg)	2,7 \pm 1,0	3,4 \pm 1,2	3,0 \pm 1,0	3,7 \pm 0,8	0,195
Vitamina B ₁₂ Z	0,4 \pm 0,6	0,9 \pm 0,8	0,5 \pm 0,6	1,1 \pm 0,6	0,136
Folato (μ g)	252,0 \pm 129,0	271,0 \pm 124,0	377,0 \pm 97,0	302,0 \pm 105,0	0,098
Folato Z	-2,0 \pm 3,0	-1,0 \pm 3,0	1,0 \pm 3,0	-0,5 \pm 3,0	0,100

*=Adequação calculada em relação a AI (ingestão adequada)

Foi observado que os grupos de mulheres que se tornaram obesas na infância e na adolescência apresentaram maior inadequação do consumo de micronutrientes em relação aos grupos de participantes com idade de início da obesidade na fase adulta (tabela 7).

Em relação ao sódio, foi notado que todos os grupos apresentaram alto consumo desse nutriente, inclusive que ultrapassava a UL de 2300 mg/dia (tabela 7).

O grupo que apresentou maior consumo de sódio foi o de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos e o de menor consumo foi o de participantes com idade de início da obesidade superior a 30 anos, sendo estatisticamente significativa (tabela 7).

Foi observado que todas as participantes do estudo apresentaram múltiplos de desvio padrão do consumo de cálcio muito distantes dos valores de AI confirmando o consumo inferior ao recomendado para esse mineral, principalmente entre aquelas que se tornaram obesas entre 10 e 20 anos e em idade superior a 30 anos (tabela 7). Enquanto que em todos os grupos foi observado consumo adequado de fósforo, principalmente nos de mulheres que se tornaram obesas na fase adulta (tabela 7).

Em relação ao potássio, foi notado que todos os grupos apresentaram de 95 a 98% de probabilidade de consumo inadequado desse nutriente, principalmente entre os grupos de mulheres que se tornaram obesas entre 10 e 20 anos e que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos (tabela 7).

Apenas o grupo de participantes com idade de início da obesidade de até 10 anos apresentou 50% de probabilidade de inadequação ou adequação no consumo de ferro. Os demais grupos apresentaram de 95 a 98% de chance de consumo adequado desse nutriente. O único que não apresentou participante com consumo inadequado de ferro foi o de mulheres que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos (tabela 7).

A maioria das participantes do estudo apresentou consumo inadequado de magnésio, principalmente entre aquelas que se tornaram obesas entre 10 e 20 anos. O grupo que apresentou maior adequação no consumo desse nutriente foi o de participantes com idade de início da obesidade entre 20 e 30 anos (tabela 7).

Entretanto, grande parte das participantes do estudo apresentou consumo adequado de zinco, principalmente entre aquelas que se tornaram obesas até

seus 10 anos de idade. Apenas o grupo de mulheres com idade de início da obesidade entre 10 e 20 anos tiveram consumo inadequado desse mineral (tabela 7).

Já todos os grupos apresentaram inadequação de consumo de vitamina C com diferentes níveis de probabilidade. Os grupos de mulheres que se tornaram obesas na fase adulta apresentaram 50% de chance de inadequação ou adequação de vitamina C. Enquanto que para os demais grupos houve 98% de certeza de inadequação no consumo dessa vitamina, principalmente nos de participantes que se tornaram obesas em idade de até 20 anos, sendo que todas as mulheres pertencentes a esses grupos tinham consumo inadequado dessa vitamina (tabela 7).

Em relação à vitamina A, apenas o grupo de participantes que se tornaram obesas até 10 anos de idade apresentaram 70% de probabilidade de adequação no consumo desse nutriente, sendo observado que apenas uma das quatro mulheres pertencentes a esse grupo apresentou consumo inadequado dessa vitamina. Nos grupos de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos, as participantes apresentaram 50% de chances de consumo inadequado ou adequado de vitamina A, enquanto que os demais grupos apresentaram de 70 a 93% de probabilidade de inadequação dessa vitamina (tabela 7).

Também foi notado que as participantes que se tornaram obesas até 20 anos de idade apresentaram maior inadequação de consumo de tiamina. O grupo de mulheres com idade de início da obesidade até 10 anos de idade também apresentou consumo inadequado de riboflavina e de niacina. O único grupo que apresentou adequação no consumo de riboflavina foi o de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos (tabela 7).

Quanto ao consumo de vitamina B₆, foi observado que a maioria dos grupos, exceto o de mulheres com início da obesidade na adolescência, apresentou consumo adequado dessa vitamina, principalmente no grupo de mulheres que se tornaram obesas na fase adulta, com 70 a 98% de probabilidade de adequação no consumo de vitamina B₆ (tabela 7).

Em relação à vitamina B₁₂, o grupo de mulheres que se tornaram obesas na infância apresentou 50% de chances de inadequação e adequação do consumo dessa vitamina, enquanto que os demais grupos apresentaram adequação no consumo de vitamina B₁₂, principalmente as participantes com

idade de início da obesidade acima de 30 anos de idade, com 98% de probabilidade de adequação no consumo desse nutriente (tabela 7).

Já apenas o grupo de mulheres que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos apresentou adequação no consumo de folato, com 85% de chance. Os demais grupos apresentaram consumo inadequado desse nutriente, principalmente o de mulheres com início da obesidade na infância, com 98% de probabilidade de inadequação no consumo de folato (tabela 7).

5.4. COMORBIDADES PRESENTES NAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A presença de comorbidez e de manifestações físicas que conferem maior risco à saúde e à qualidade de vida foi referida pela grande maioria das participantes, conforme pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8. Frequência de comorbidez em candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).

Comorbidades presentes (n)	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	Todas n(%) (N=35)
Hipertensão	1	5	9	7	22(62,9)
Ronco	1	4	9	7	21(60,0)
Dispneia de esforço	2	3	6	6	17(48,6)
Insônia	1	1	4	7	13(37,1)
Artropatias*	1	1	6	3	11 (31,4)
Dislipidemias**	2	3	3	3	11(31,4)
Diabetes Mellitus	2	1	4	3	10(28,6)
Depressão	1	2	4	3	10(28,6)
Constipação	0	2	3	4	9(25,7)
Doença de estômago	1	1	5	2	9(25,7)
Problema de pele	0	1	4	3	8(22,9)
Colesterol elevado	1	2	2	2	7(20,0)
Refluxo	1	3	1	1	6(17,1)
Doença de intestino	0	1	2	3	6(17,1)
TG elevado	1	1	1	1	4(11,4)
Problema no pé***	0	1	1	2	4(11,4)
Ansiedade	1	0	0	1	2(5,7)
Diarréia	0	0	2	0	2(5,7)
Hérnia de hiato	0	1	1	0	2(5,7)
Mioma	0	0	0	1	1(2,9)
Flebite	0	1	0	0	1(2,9)
Bronquite	0	0	1	0	1(2,9)
Alteração hormonal	0	1	0	0	1(2,9)
Hiperuricemia	0	0	0	1	1(2,9)
Hipotireoidismo	0	0	0	1	1(2,9)
Hipoglicemia	0	0	0	1	1(2,8)
Colelitíase	0	0	0	1	1(2,9)
Osteoporose	0	1	0	0	1(2,9)
Esofagite	1	0	0	0	1(2,9)
Razão por um	4,3	5,1	5,2	5,7	5,3

* Considerando artropatias: dor no joelho, dor na coluna, dor no tornozelo, artrose, reumatismo, hérnia de disco, lombalgia, bico de papagaio; **Incluindo colesterol e triglicérides (TG) elevados; *** Problemas localizados no pé, como úlcera e esporão.

A hipertensão arterial foi a comorbidez de maior prevalência, principalmente entre as participantes que se tornaram obesas na adolescência e na fase adulta, seguida de dislipidemias, em destaque nas participantes que se tornaram obesas na infância e adolescência, e diabetes, principalmente em mulheres que se tornaram obesas na infância, como fatores importantes para o aumentando do risco à vida (tabela 8). As artropatias, o ronco, a dispnéia de esforço, a insônia e a depressão são os fatores mais relatados entre os que deterioram a qualidade de vida (tabela 8). Outro aspecto que merece destaque é o que se refere à saúde mental. No presente estudo foi observado que mais de 30% das participantes relataram psicopatologia, como depressão e ansiedade, e 37,14% insônia, sintoma também associado a condições da mente (tabela 8).

As mulheres que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos apresentaram maior razão de comorbidezes que as demais, principalmente quando comparadas com as participantes com idade de início da obesidade até os 10 anos.

5.5. DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A tabela 9 apresenta as dificuldades para a realização das tarefas da vida diária relatadas pelas mulheres candidatas à cirurgia.

Tabela 9. Dificuldades relatadas na realização de atividades diárias por candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N=35).

Dificuldades relatadas	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	Todas n(%) (N=35)
Amarrar calçado	2	3	11	9	25(71,4)
Subir e descer escada	2	5	9	6	22(62,9)
Andar	2	3	10	6	21(60,0)
Subir e descer ônibus	0	5	6	5	16(54,3)
Passar catraca	2	3	6	5	16(54,3)
Limpar casa	2	3	7	5	17(48,6)
Levantar da cama	2	2	8	3	15(42,9)
Trocar de roupa	1	2	6	4	13(37,1)
Falar e respirar concomitantemente	1	2	7	3	13(37,1)
Dormir	1	1	6	4	12(34,3)
Tomar banho	0	2	5	3	10(28,6)
Sentar	1	1	5	2	9(25,7)
Levantar da cadeira	0	0	7	2	9(25,7)
Respirar	1	0	0	0	1(2,9)
Cozinhar	0	0	1	0	1(2,9)
Secar o corpo	0	0	0	1	1(2,9)
Estender, recolher roupa	0	1	0	0	1(2,9)

A maioria das participantes eram administradoras do lar e quase a metade das participantes apresentava dificuldade em limpar a casa (tabela 9). Observa-se que menos de um terço dessas mulheres consegue amarrar os sapatos e a grande maioria não consegue subir escadas e, até mesmo, anda com dificuldade

(tabela 9). Há até quem não consiga respirar, cozinhar e secar o corpo. Quase um terço não consegue se levantar da cadeira e, até mesmo, tomar banho (tabela 9). A presença de comorbidades, como as artropatias em mais de 30% da amostra, pode ter colaborado para essas limitações funcionais (tabela 8).

5.6. RAZÕES PARA A PROCURA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Tabela 10. Razões da procura pelo tratamento cirúrgico da obesidade por candidatas à cirurgia bariátrica, segundo idade de início da obesidade (N = 35).

Benefícios da cirurgia(n)	0 - 10 anos (n=4)	10 - 20 anos (n=7)	20 - 30 anos (n=13)	≥30 anos (n=11)	Todas n(%) (N=35)
Melhoria da qualidade de vida	4	6	13	9	32(91,4)
Facilitação do dia a dia	2	5	12	8	27(77,1)
Redução da discriminação em relação ao peso	1	6	9	4	20(57,1)
Melhoria da vida social	1	4	8	4	17(48,6)
Emagrecimento facilitado	1	3	6	5	15(42,9)
Melhoria da estética	1	2	4	4	11(31,4)
Consecução de emprego	0	1	1	0	2 (5,7)
Melhoria da auto-estima	0	0	1	0	1(2,9)
Obtenção de longevidade	1	0	0	0	1(2,9)

A busca pela melhoria da qualidade de vida foi o fator preponderante entre as razões relatadas pelas mulheres ao candidatarem-se para a cirurgia da obesidade (tabela 10).

Na seqüência, e na mesma linha de razão, vem a facilitação para realização das atividades com o peso corporal menor. Foi considerado pelas participantes como qualidade de vida, a melhoria ou o controle das comorbidades presentes, e como facilitação do dia a dia, a diminuição das dificuldades para a realização de atividades a serem executadas, principalmente por razão do grande peso corporal (tabela 10). Metade das mulheres relata que após a cirurgia espera melhoria na vida social e dois terços das mulheres esperam ser menos discriminadas (tabela 10). A questão puramente estética é relatada por um terço

das mulheres (tabela 10).

6. DISCUSSÃO

A história como referência para a caracterização da obesidade

A presente pesquisa tomou a história de vida como referência para a caracterização da obesidade num contexto em que as lembranças de experiências passadas foram resgatadas na busca da re-construção e da contextualização da história de vida de mulheres que estão na fila de espera para a cirurgia da obesidade. É de extrema importância a compreensão do contexto, no qual o indivíduo se insere para uma melhor efetividade do tratamento da obesidade, seja ele qual for (CUEVAS, REYES, 2005; FOSTER, 2003). Entretanto, deve-se ter em mente que há limitações na história construída a partir da memória. Segundo Dalmaç e Alexandre Netto (2004), há uma re-construção e adição de informações cada vez que os indivíduos se lembram de algo; assim, a memória passa por processo de re-construção contínua (DALMAZ, ALEXANDRE NETTO, 2004). Os mesmo autores ainda afirmam que as emoções relacionadas às memórias tanto afetam o modo como elas são armazenadas, como facilitam a evocação da memória declarativa (DALMAZ, ALEXANDRE NETTO, 2004). Para Frank e Landeira-Fernandez (2006, p.37), a memória “permite a continuidade do indivíduo, preservando sua identidade, ao longo das variações que compõem as experiências do cotidiano”. Nesse sentido, o presente relato é referente a memórias carregadas de emoções e conflitos.

A memória autobiográfica, segundo Frank e Landeira-Fernandez (2006), não é apenas uma invocação de fatos passados, já que o indivíduo apresenta noção da evocação como experiência de sua história pessoal. A memória autobiográfica é uma evocação de eventos e episódios através do tempo e da relação espacial e temporal entre eles (FRANK, LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006). Dessa forma, o relato de vida costuma ser feito, em grande parte, com a preocupação de dar sentido, extraindo uma lógica tanto retrospectiva quanto prospectiva, estabelecendo relações inteligíveis (BOURDIEU, 1996). Assim, a história de vida relatada no presente estudo pode estar retratando a história pessoal que faz sentido para cada participante (TURATO, 2000; FRANK, LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006). No ato do relato, as entrevistadas re-constroem suas experiências, através de introspecções, uma vez que a memória permite “a adaptação da pessoa ao seu meio interior e exterior” (TURATO, 2000; FRANK, LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006, p.36).

No presente estudo também se trabalhou com a memória mais recente, ao se realizar o levantamento de consumo alimentar atual. A informação obtida por esse método está determinada pela habilidade do indivíduo em recordar, de forma precisa, seu consumo de alimentos. A avaliação do consumo real de alimentos não é possível, pois há grande variação do consumo inter e intra-indivíduos (INSTITUTE OF..., 2000a). O R24h de 3 dias não consecutivos tem sido recomendado como alternativa para levantamento de dados do consumo alimentar, pois é de fácil aplicação, baixo custo e não interfere na rotina do indivíduo (FISBERG *et al.*, 2005). Utiliza a memória recente e não exige que o pesquisado seja alfabetizado (COSTA *et al.*, 2006). Empregado de forma seriada, permite estimar a aparente ingestão habitual e a aplicação de métodos estatísticos apropriados para minimizar os efeitos da variabilidade dos dados (INSTITUTE OF..., 2000a; FISBERG *et al.*, 2005).

O R24h tem suas limitações e, de acordo com Scagliusi e Lancha Júnior (2003, p. 473), “o comportamento envolvido no sub-relato da ingestão alimentar é um processo complexo que inclui componentes perceptivos, emotivos e cognitivos ainda pouco explorados”. Segundo Jebb (2007), em média 25% do consumo de energia, relativo a estimativa de necessidade energética, é sub-notificado.

O sub-relato parece ser maior nas mulheres, em obesos e nos indivíduos que já praticaram várias dietas restritivas (SCAGLIUSI, LANCHA JUNIOR, 2003; JEBB, 2007). Para Scagliusi e Lancha Júnior (2003), isso se deve ao fato de as mulheres, principalmente as obesas, sofrerem maior pressão social de se encaixarem no padrão estético vigente. Além disso, a subnotificação pode estar ligada a sentimentos de culpa sobre seus hábitos alimentares (SCAGLIUSI, LANCHA JÚNIOR, 2003).

Somado ao fato de os instrumentos de pesquisa do presente estudo estarem pautados na memória pregressa e recente, as quais estão sujeitas aos signos do sujeito em análise, os candidatos à cirurgia bariátrica figuram uma sub-amostra única de obesos, com altos IMC e maiores comorbidades, incluindo os transtornos psicossomáticos (WHITE *et al.*, 2004; NOBREGA, 2006).

Quem são essas mulheres, que heranças elas trazem.

A amostra do presente estudo foi constituída apenas de indivíduos do sexo

feminino, mesmo sendo convidados a participarem indivíduos do sexo masculino (figura 1). Tal fato pode estar relacionado ao tipo de atividade dessas mulheres, predominantemente vinculadas a atividades domésticas, tendo, assim, maior disponibilidade de tempo para participar do estudo, ou mesmo ao pequeno número de indivíduos do sexo masculino na fila de espera para a cirurgia bariátrica, além do maior interesse observado normalmente nas mulheres em procurar tratamentos da obesidade e locais de saúde (LIMA, SAMPAIO, 2007). Nóbrega (2006) alega que há predomínio do sexo feminino entre os que buscam a cirurgia bariátrica pelo fato de as mulheres em relação aos homens apresentarem maior preocupação com o peso. Além disso, a procura pela cirurgia bariátrica ser maior entre as mulheres pode ser devida à busca de uma solução para diminuição do estigma que se apresenta maior no sexo feminino (NÓBREGA, 2006). As candidatas são predominantemente da cor branca, sendo que quase metade exercia funções domésticas, remuneradas ou não (tabela 4).

Entre as mulheres do presente estudo, a média de idade está no final da quarta década (tabela 4), assim como em outros estudos (PORTO *et al.* 2002; NÓBREGA, 2006; LIMA; SAMPAIO 2007). O índice de massa corporal de ingresso à fila de espera, de maneira geral atende os critérios estabelecidos na legislação (BRASIL, 2005a), pois poucas mulheres apresentaram IMC menor que 40 kg/m² (tabela 4)

A maioria das participantes desenvolveu a obesidade na idade adulta, entre os vinte e quarenta anos. Essas informações condizem com outros estudos que revelam que a maioria dos adultos obesos não era criança obesa. Entretanto, há autores como Ali (2005) que afirmam que o risco de a obesidade persistir na vida adulta é maior em adolescentes obesos que em crianças obesas. Laitinen *et al.* (2001), em estudo que analisou o IMC no decorrer dos ciclos da vida para relacioná-lo com o IMC adulto, detectou que o IMC aos catorze anos foi o preditor mais importante do IMC adulto. Nesse mesmo estudo, das mulheres que eram obesas aos catorze anos, mais da metade se apresentava obesa aos trinta. Porto *et al.* (2002) em estudo com obesos mórbidos de ambos os sexos, acharam que 36% se tornaram obesos na infância, 14% durante a puberdade, 33% nas sucessivas gestações e 17% durante outros períodos da vida (DIETZ, 1994; LAITINEN *et al.*, 2001). Para Carneiro *et al.* (2000), as crianças e os adolescentes obesos serão adultos obesos.

Segundo Oliveira *et al.* (2004, p.201),

“a fase de desenvolvimento é na qual o início da obesidade faz diferença na evolução pós-operatória, isto é, aqueles que eram magros e depois se tornaram obesos tendem a recuperar a imagem do seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância têm dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem”.

A obesidade com início a partir dos cinco anos de idade apresenta um crescimento significativo do número de adipócitos, propiciando tendência de perpetuação da obesidade na vida adulta (NOBREGA, 2006). E mesmo com a redução de peso, o corpo portará ainda número de adipócitos maior que o de outros indivíduos com peso similar que não foram obesos na infância, sendo que essas células se apresentarão ávidas para retornar a acumular novamente gorduras (NOBREGA, 2006). No presente trabalho foi observado que as participantes, uma vez obesas, tendiam a persistir na obesidade, seja qual tenha sido a idade de início da obesidade.

Nóbrega (2006) ainda relata em seu estudo com ex-obesos mórbidos que a maioria dos entrevistados teve o surgimento da obesidade na infância. O mesmo autor alega que a criança com excesso de peso corre o risco de desenvolver obesidade na vida adulta, que chega a ser duas vezes maior quando comparado ao de não obesos e, no caso de adolescente obeso, a chance chega a ser de 70 a 80% (NÓBREGA, 2006). Essas probabilidades podem aumentar ainda mais se os pais forem obesos. Também Nóbrega (2006) afirma que quanto mais tempo os adolescentes permanecem obesos, maior o risco de seus corpos estarem susceptíveis a processos que tendem a manter o estado de obesidade. O autor reconhece, entretanto, que nem todo adulto obeso foi uma criança obesa.

Entre a prevalência de obesidade na família, foi observado no presente estudo que a obesidade materna, dos familiares maternos e dos irmãos se apresentou em evidência entre as participantes (tabela 5). Sabe-se que a coexistência de obesidade em membros da mesma família mostra a importância da herança genética como determinante dessa doença. Em estudo realizado com diversas famílias em diferentes graus de consangüinidade, detectou-se um alto coeficiente de correlação entre os indicadores da obesidade com a proximidade do grau de parentesco, como pais e irmãos (MARQUES-LOPES *et al.*, 2004).

Alguns autores (PORTO *et al.*, 2002; NÓBREGA, 2006), estudando obesos e ex-obesos mórbidos, observaram elevada prevalência de história familiar de obesidade, principalmente de parentes de primeiro grau, em destaque mãe e irmãos. Atualmente é bem estabelecido que a obesidade materna constitui um dos fatores de risco para o excesso de peso, principalmente da criança (LUMENG *et al.*, 2003). A respeito desse fator, Laitinen *et al.* (2001) afirmam que quanto mais pesada for a mãe, maior é o peso de seus filhos desde o nascimento até a vida adulta. Gigante *et al.* (1997), em estudo populacional, notaram um risco de desenvolver obesidade duas vezes maior nas entrevistadas que informaram que ambos os pais eram obesos.

Segundo relatório conjunto da Organização Pan-americana da Saúde (PAHO) com a Organização Mundial da Saúde (WHO), sobre dieta, nutrição e atividade física, a suscetibilidade genética pode explicar em torno de 30% da obesidade, mas mudanças no estilo de vida e do ambiente, ocorridas na última metade do século, têm maior probabilidade de explicar a recente epidemia da obesidade (PAN AMERICAN..., WORLD HEALTH..., 2003). Assim, mesmo que o grupo de mulheres da fila de espera para a cirurgia apresente grande presença de obesidade na família, apenas esse fator não explicaria a instalação da obesidade mórbida no grupo.

As dificuldades que obesos apresentam para atingir e manter o peso normal também não prova que a obesidade seja hereditária. Segundo Nóbrega (2006, p. 109), “é inquestionável, porém, que fatores genéticos exerçam influência considerável na obesidade. Estudos sobre a genética do comportamento demonstram que o IMC é herdado conforme uma proporção que varia entre 25 e 40%. Há, portanto, ampla margem de liberdade para o comportamento individual.” Assim, a herança pode estar nos genes, mas também nos costumes.

De acordo com Gigante *et al.* (2007), há a transmissão familiar da obesidade, não apenas de fatores hereditários, mas também de estilo de vida. Em concordância, autores como Laitinen *et al.* (2001) afirmam que, em parte, a obesidade pode ser explicada por mudanças da atividade física tanto no trabalho quanto no lazer. Como veremos mais adiante, as mulheres avaliadas relatam ter sido sedentárias a maior parte de suas vidas.

Sob outro enfoque, considerando-se a influência do vínculo mãe-filho e da dinâmica familiar na gênese e no desenvolvimento da obesidade pode-se inferir

que as características psicológicas contribuem para a repetição do padrão de comportamento alimentar e, conseqüentemente, do excesso de peso em indivíduos geneticamente predispostos, na unidade familiar (PIZZINATTO, 1992; CAMPOS, 1996; NÓBREGA, SANTOS, 2003; LEMES, 2005). Ressalte-se, entretanto, que as respostas individuais são únicas, ainda que os estímulos ambientais sejam os mesmos.

Considera-se que a obesidade, assim como os demais transtornos alimentares, tiveram sua origem no primeiro ano de vida, quando não se conseguiu simbolizar os afetos, ficando, então, “estilhaçados” (PAIVA, 2006; KELNER, 2004; SANTOS, 2003). Sabe-se, ainda, que as neuroses psicóticas passam de geração para geração (PAIVA, 2006). Daí, filhos de mães obesas, as quais tinham seus afetos estilhaçados, não eram capazes de fazer com que os seus filhos o simbolizassem, dando continuidade a esta “maldição psicótica” de geração a geração (PAIVA, 2006). Além disso, hábitos alimentares também são introjetados dos nossos pais, principalmente da mãe (SANTOS, 2003; KELNER, 2004; NÓBREGA, 2006; PAIVA, 2006).

Uma história de compulsão alimentar, pouco lazer, muito trabalho e interminável busca de solução para a obesidade no Brasil na mudança de século.

Em relação à história de vida das mulheres que estão na fila de espera para a cirurgia da obesidade, em proporção crescente, elas começaram a se tornar obesas a partir dos cinco anos de idade, até todas se tornarem obesas na fase adulta. A partir do momento em que se tornaram obesas, dificilmente saíram dessa condição. A partir da idade das participantes (tabela 4) é possível estimar que essas mulheres se tornaram obesas entre os anos de 1980 e 2000, num final de século caracterizado por importantes transformações e incertezas.

As mudanças econômicas, sociais e demográficas que vêm ocorrendo nos países em desenvolvimento têm mostrado reflexos na estrutura da dieta e na saúde da população (TARDIDO, FALCÃO, 2006). No Brasil, apesar do contexto de turbulências econômicas, políticas e sociais, vêm acontecendo mudanças substanciais nos últimos cinquenta anos, por conta de fatores externos, derivados de um mundo cada vez mais globalizado, de fatores históricos e culturais

(BATISTA FILHO, RISSIN, 2003). Na lógica da globalização, essas mudanças chegam a todas as pessoas, o tempo todo, como nos pareceu ao ouvir a história das mulheres que estão na fila de espera para a cirurgia. Os relatos evidenciam que a exposição ao ambiente obesogênico ocorreu para todas, desde o início da vida, independente da idade de início da obesidade.

Assis e Nahas (1999) afirmam que os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, que envolvem o ambiente das pessoas. Assim, o comportamento alimentar recebe influência do meio ambiente e pode se alterar sob pressão de alguns acontecimentos.

Dessa forma, ao se relatarem as lembranças sobre a evolução da obesidade entre esse grupo de mulheres obesas, torna-se relevante a contextualização das transformações históricas vividas no país. O Brasil se transformou em uma economia urbana, industrial e com elevada geração de empregos formais a partir da 2ª Guerra Mundial, época conhecida como “os anos dourados do capitalismo”, marcados pela criação de novos mercados, pelo crescimento demográfico e pelos repetidos ganhos de produtividade industrial (MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004; PIQUET, 2004). O processo de industrialização modificou o quadro distributivo da mão-de-obra, reduzindo ocupações nos setores de agricultura e aumentando-as nos setores de comércio. Isso fez com que se expandisse a migração interna, visto que, em 1970 no Brasil, os moradores das áreas urbanas representavam 58% da população, chegando em 2000 a 81%. Também foi observada mudança no desempenho produtivo, num período de forte presença da mulher no mercado de trabalho (BATISTA FILHO, RISSIN, 2003; MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004; PIQUET, 2004; TARDIDO, FALCÃO, 2006).

A partir da década de 1980, iniciou-se um processo de desestruturação do mercado de trabalho, além da manutenção e do aumento da injustiça social, do acúmulo de diversas carências em setores básicos como habitação, saneamento, transporte e saúde, da aceleração dos processos de urbanização e de metropolização. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2006, o município de Piracicaba, interior do estado de São Paulo, local onde foi realizado o estudo, chegou ao grau de urbanização de 97,13% (PIQUET, 2004; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA...). Esse cenário nos remete à

falta de um efetivo cuidado de saúde, capaz de evitar a instalação do quadro de obesidade mórbida entre essas mulheres. Percebe-se a obesidade mórbida dessas candidatas à cirurgia como sintoma da exaustão dos sistemas de proteção à população, em especial o sistema de saúde, que busca reparar-se ao propiciar a cirurgia, mas que também aqui não dá conta, pois a fila chega a durar alguns anos.

O processo de urbanização levou a mudanças no estilo de vida e nos comportamentos alimentares das populações, sendo observado, nas zonas urbanas do país, maior consumo de alimentos processados em relação à população rural, que apresentava grande ingestão de cereais, raízes e tubérculos. Na urbanização, as camadas mais baixas sofreram desapropriação de rendimentos monetários por crescente inflação e altas taxas de desemprego (ESCODA, 2002; PIQUET, 2004; TARDIDO, FALCÃO, 2006). Ainda na década de 80 foram consolidadas mudanças no setor agroalimentar brasileiro, com crescimento das despesas de alimentação fora de casa. Além disso, em todas as classes de renda, houve aumento na aquisição de alimentos industrializados e redução de alimentos *in natura* (MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004; TARDIDO, FALCÃO, 2006).

Assim, os alimentos de alto teor energético, baixo teor de fibras e de nutrientes e de baixo custo surgiram como alternativa para atender à demanda alimentar da população que se transferiu do campo para as regiões periféricas das cidades, num habitat que fornece quase nenhuma alternativa para uma vida saudável. Essas informações qualificam os relatos das mulheres que encontramos na fila de espera para a cirurgia da obesidade.

Na década de 1990 a maioria das participantes se encontrava na idade adulta e foi a época em que parte delas se tornou obesas. Essa década também deixou marcas importantes na sociedade brasileira, principalmente em relação às mudanças econômicas (PIQUET, 2004; FLIGENSPAN, 2005). Nesse período, o país apresentou inflexão na composição do mercado de trabalho (PIQUET, 2004; FLIGENSPAN, 2005). Foi nessa época que ocorreu a redução da prevalência de formas graves de desnutrição e do bócio endêmico, além de aumentar a obesidade, o diabetes 2 e as dislipidemias (ESCODA, 2002).

A abertura comercial, combinada com a política econômica do Real, ocasionou mudanças estruturais na dívida pública, no padrão de produção

industrial, no mercado de trabalho, além do crescimento nas importações de alimentos no país (PIQUET, 2004; FLIGENSPAN, 2005). Observou-se aumento de 409% na importação de produtos alimentares industrializados entre 1992 e 1995, além de um crescimento de 1.237% no cacau e preparações à base de cacau, de 970% nos leites e derivados e de 538% em preparações à base de cereais (GARCIA, 2003). Foi observado também, na década de 90, um aumento na produção de embutidos, como salsicha e lingüiça, de alimentos congelados, de salgadinhos industrializados, de refrigerante e de biscoitos. Fora isso, houve o barateamento e a expansão da oferta de alguns produtos, como o de salgadinhos, por exemplo. Portanto, a abertura a comércio internacional se constituiu um componente importante nas transformações da estrutura de consumo alimentar (BARRETO, CYRILLO, 2001; GARCIA, 2003; PIQUET, 2004; FLIGENSPAN, 2005). Foi observado que as participantes do presente estudo, em grande parte de suas vidas, apresentaram o hábito de “beliscar” e de consumir guloseimas.

Todas essas alterações no mercado de alimentos, ocorridas no final dos anos 80 até metade dos anos 90, levaram à tendência de aumento na aquisição de carboidratos simples e de redução na aquisição de alimentos fonte de carboidratos complexos, reflexo do aumento da aquisição de açúcar, refrigerantes e declínio nas compras de frutas, hortaliças e leguminosas (MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004). As mulheres da fila de espera para a cirurgia, seguindo esse padrão estabelecido, em sua grande parte, apresentaram o consumo de fibras abaixo dos valores recomendados.

Corroborando com o que já foi dito, citamos Vasconcelos (2007, p. 214)

“na década de 1990, com o advento do processo de globalização econômica, tem sido observada uma intensificação do chamado fenômeno de ‘McDonalldização’ dos hábitos alimentares, caracterizado por uma forte tendência à uniformização planetária dos hábitos e práticas alimentares. Ou seja, uma tendência crescente à ocidentalização do padrão de consumo alimentar ou à adoção da chamada dieta ocidental.”

Esta dieta é caracterizada por ser reduzida em carboidratos complexos e em fibras e por ser rica em lipídeos.

Santos (2003, p. 99) afirma que “os efeitos resultantes dos processos de globalização possuem uma lógica própria, contraditória e antagônica, que derruba

os sistemas vigentes dos sujeitos, alterando o mundo do trabalho, o espaço social, as famílias, as crenças e religiões”. Essa é a síntese do processo vivenciado por todos e que exerceu seus efeitos sobre as mulheres do presente estudo.

Na contra corrente da crise econômica, entre 1994 e 1996, nos dois primeiros anos do Plano Real, período áureo dessa nova moeda, houve expansão do mercado de trabalho e dos rendimentos, com maior distribuição de renda e elevação do consumo de vários itens, desde bens básicos de alimentação a eletroeletrônicos (FLIGENSPAN, 2005). A implementação desse Plano trouxe o aumento de serviços *de fast food* e o crescimento da demanda por alimentos prontos (BARRETO, CYRILLO, 2001). Entretanto, a melhor distribuição de renda e o aumento da diversidade de itens alimentares levaram a escolhas alimentares que privilegiaram o paladar, priorizando alimentos gordurosos em relação aos demais, uma vez que o lipídeo tem como uma das funções conferir palatibilidade e textura ao alimento (BARRETO, CYRILLO, 2001; FLIGENSPAN, 2005). Mais uma vez, seguindo os padrões estabelecidos, foi observado que as mulheres que desenvolveram obesidade em diversas fases da vida consomem gordura além das proporções recomendadas (tabela 6).

Do final de 1998 até 2002, a perda de rendimentos reais foi quase constante, com o avanço da informalidade no mercado de trabalho, com a perda de espaço no mercado da categoria com carteira assinada, quase não havendo expansão de vagas e com pequeno crescimento, ou até mesmo decréscimo, dos rendimentos médios reais (FLIGENSPAN, 2005). As candidatas à cirurgia apresentaram, em grande parte de suas vidas, trabalhos relacionados a atividades domésticas. Segundo Melo (1998), a principal ocupação das brasileiras é o serviço doméstico remunerado, que tem papel importante na absorção das mulheres de menor escolaridade e sem experiência profissional. Porém é um dos setores de ocupação profissional de pior remuneração dos trabalhadores e apresenta maior informalidade e precariedade das relações de trabalho dentre as diferentes categorias de trabalhadores no Brasil. O trabalho doméstico propicia maiores oportunidades de acesso constante ao alimento, o que pode ter contribuído com a evolução da obesidade dessas mulheres. Podem elas terem se encontrado nessa condição de trabalho por escolha pessoal, mas, bem mais provavelmente, por falta de escolha, seja ela imposta pela condição de mercado,

seja também pelas limitações impostas pela doença e, por último e mais importante, pelas discriminações sofridas pela condição de obesa, oriundas do empregador, conforme relatado nas entrevistas com as mulheres pesquisadas.

No presente estudo, as mulheres em sua infância consumiam quantidade excessiva de alimentos, às vezes comiam guloseimas e beliscavam, especialmente entre os cinco e dez anos de idade, quando surgem os relatos de diminuição voluntária de alimentos. Este comportamento tomou importância na faixa dos trinta aos cinquenta anos. Já a partir dos cinquenta anos, a diminuição voluntária da ingestão de alimentos foi pouco mencionada. Apenas na infância e no começo da adolescência (até seus quinze anos de idade) e com pouca frequência, foi relatado o consumo de alimentos por obrigação da mãe ou da avó. Há que se discutir os significados da relação entre alimentação e peso corporal para essas mulheres, quando são referidos períodos de restrição alimentar, inferindo que peso se perde com sacrifício, com dieta para emagrecer. Não há nos relatos referência a períodos de bem - estar, autocuidado associado à alimentação saudável e adequada, em substituição aos hábitos, muitas vezes, caóticos. Quando não estão “fazendo dieta para emagrecer” estão comendo alimentos gostosos, mas “proibidos”. Assim, alimentar-se sempre se apresenta como um ato negativo, que, associado a outras frustrações, passa a fazer parte das angústias dessas mulheres, muitas vezes expressadas pela ansiedade.

A partir dos dez anos de idade essas mulheres, além dos comportamentos alimentares inadequados, começaram a se alimentar por ansiedade. Este hábito, por sua vez, foi mais relatado a partir dos vinte anos e continuou sendo mencionado até a idade que apresentavam na entrevista. Muitas vezes a própria restrição alimentar auto-imposta parece resultar em compulsão alimentar e em manifestações psicológicas, pois juntamente com a privação alimentar há a privação psicológica por evitar alguns alimentos, levando à preocupação com comida e com o comer à mudanças de humor e à ansiedade (BERNARDI *et al.*, 2005; NÓBREGA, 2006).

Já de acordo com Cavalcanti *et al.* (2005), o desejo e a pressão para emagrecer se relacionam com o gênero e a idade, sendo observado que, em mulheres e nas mais jovens, há maior vontade de emagrecimento, além de maiores níveis de depressão, de ansiedade e de sentimento de angústia por não se enquadrarem nos ideais estéticos atuais.

As mulheres entrevistadas relataram que, em grande parte de suas vidas apresentaram hiperalimentação. Segundo Perez e Romano (2004, p. 544), “o comportamento alimentar é complexo e transcende a ingestão de alimentos”. Essas autoras ainda afirmam que o comportamento alimentar, como qualquer outro, é permeado por simbolismos, constituindo, assim, um comportamento singular e peculiar, podendo ser diferente para um mesmo indivíduo nas diferentes fases da vida.

Como já mencionado no presente estudo, o fator psicológico também exerce grande influência no desenvolvimento e na manutenção da obesidade, sendo conhecido que o estado emocional do indivíduo pode refletir no seu apetite, tanto no aumento quanto na diminuição. Dessa forma, o comer excessivo serviria a alguma necessidade emocional forte (ALMEIDA *et al.*, 2001). Observa-se que indivíduos com transtorno do comportamento alimentar têm alta prevalência de transtornos afetivos, como depressão, além de apresentarem dificuldades para discriminar suas emoções, sentimentos e insatisfação corporal. Dessa forma, as alterações psicológicas atuam de forma importante no desenvolvimento e na manutenção da obesidade (ALMEIDA *et al.*, 2001; KELNER, 2004). Almeida *et al.* (2001) acharam, em estudo com mulheres, que as eutróficas apresentavam alimentação mais restrita, enquanto que as obesas apresentavam alimentação mais emocional. Ou seja, estas se alimentavam mais diante de sentimentos ou de estados afetivos diversos em relação às não-obesas. Assim, acredita-se que o obeso substitui alguns desejos pelo alimento como uma forma de escape para o alívio momentâneo de algumas tensões internas, principalmente quando estão enfrentando situações de perda como separações, doença ou morte de pessoas próximas (ASSIS, NAHAS, 1999; AZEVEDO, SPADOTTO, 2004; ASTUDILLO *et al.*, 2005; NÓBREGA, 2006).

“Quando eu tinha 15 anos minha mãe sofreu queimadura e tive que viver em torno dela. Eu cuidava da minha mãe, do meu irmão e do meu pai.

Na fase do nervoso eu como ainda mais”

Laura, 26 anos, se tornou obesa entre 20 e 30 anos

O funcionamento psíquico do indivíduo é um dos responsáveis pela modulação do comportamento alimentar, determinando a relação que a pessoa

terá com os alimentos, além de suas preferências alimentares e da forma como organiza sua rotina alimentar (PEREZ, ROMANO, 2004). Nóbrega (2006) afirma que sentimentos de tensão, como dor ou outras sensações desagradáveis, desaparecem quando a causa desses desconfortos é abolida. Normalmente o equilíbrio emocional se restabelece quando o desconforto e a tensão provocada pela fome são substituídos pelo prazer após o consumo de alimento (KELNER, 2004; NÓBREGA, 2006).

Quando bate a ansiedade eu tenho que comer doce.”

Silvia, 25 anos, se tornou obesa entre 5 e 10 anos

A alimentação também recebe influência forte de pressões fisiológicas, mesmo com espaço de liberdade ocupado pelo social, permitindo, assim, a socialização do corpo e contribuindo com a construção das formas das organizações sociais (POULAIN, PROENÇA, 2003). O contexto social no qual o indivíduo se apresenta inserido contribui com usos e costumes, por exemplo, na escolha dos tipos de alimentos, na forma como se cozinha e se come, além dos gostos ou da ausência deles (POLITO, 2001; POULAIN, PROENÇA, 2003; PEREZ, ROMANO, 2004).

Segundo Assis e Nahas (1999), as preferências alimentares, os hábitos e as atitudes exibidas pelos adultos são determinados pelas experiências precoces e pela interação contínua com o alimento. Já no caso das crianças, são determinados primeiramente pelos pais, pelas práticas culturais e éticas do seu grupo (ASSIS, NAHAS, 1999). Outros fatores como preço do alimento, religião, preparação do alimento, habilidades no preparo de alimentos, disponibilidade de tempo, conveniência e influências sociais também influenciam o comportamento alimentar (ASSIS, NAHAS, 1999).

Para Polito (2001, p.21) “o modelo econômico vigente estimula uma sociedade consumista e, por conseguinte, incentiva e direciona as necessidades e os anseios humanos a serviço de seus próprios interesses”. Assim, vivemos numa sociedade onde a cultura é permeada por relações de consumo, e a ingestão alimentar é vista como fonte de consumo. Todo esse cenário consumista em que vivemos se transforma num incentivo ao consumo excessivo e desenfreado de alimentos, principalmente os ricos em gordura e açúcares

(PEREZ, ROMANO, 2004; BRUNO, 2005). Assim, se estabelece a relação da lógica cultural consumista com o aumento da obesidade (SANTOS, 2003; PEREZ, ROMANO, 2004; BRUNO, 2005).

Numa sociedade *lipofóbica* e num ambiente *obesogênico*, o indivíduo obeso sofre repressões dolorosas, frustrantes, o que gera grandes insatisfações, sofrimentos e sentimento de fracasso pela condição de desamparo em que se encontra (SANTOS, 2003; AZEVEDO; SPADOTTO, 2004; NÓBREGA, 2006). Como alternativa para compensar as situações desconfortáveis, a busca pelo prazer imediato é inevitável, assim, buscam-se os alimentos (SANTOS, 2003; NÓBREGA, 2006). Para Santos (2003), o consumo alimentar das crianças é visto pelos familiares como uma fonte de prazer, e a fuga dos fantasmas da desnutrição ou do próprio descuido com as crianças. Além disso, o alimento apresenta significado de amor, predominantemente o maternal, uma vez que os indivíduos têm, como primeira fonte de desejo e gratificação, o seio materno (SANTOS, 2003; AZEVEDO, SPADOTTO, 2004; NÓBREGA, 2006; KELNER, 2004).

Nóbrega (2006) afirma que é importante um vínculo mãe-filho, onde a mãe auxilie a criança a reconhecer as sensações de fome, mas principalmente a saber diferenciá-las de outras necessidades internas. Para Kelner (2004, p. 36) as “mães dos obesos não compreendem seus apelos e, diante de qualquer demanda, respondem com alimentação. Tal atitude não habilita a criança a discriminar a fome de outras sensações de desconforto”. Dessa forma, o alimento se apresenta fortemente associado à representação materna:

“Até meus 5 anos eu comia bem, mas minha mãe dava biotônico, calcigenol e óleo de fígado de bacalhau.”

Milena, 40 anos, se tornou obesa entre 30 e 40 anos

“Entre meus 5 a 10 anos minha mãe me forçava a comer.”

Flávia, 38 anos, se tornou obesa entre 20 e 30 anos

“Depois da pré-escola eu descobri coisas boas: a minha mãe me dava lanchinho.”

Laura, 26 anos, se tornou obesa entre os 20-30 anos

É interessante verificar que na grande maioria dos relatos, independente da idade de início da obesidade, a relação com alimento é transcrita como difícil e caracterizada pelo consumo inadequado e excessivo de alimentos desde a infância. Isso nos leva a questionar se a obesidade, aqui entendida como uma alteração metabólica, mesmo para as mulheres que a desenvolveram mais tarde, não teve início já na infância.

Para Kelner (2004, p.37) “a consumação solitária e escondida de guloseimas pode ser também interpretada como uma compulsão de compreensão interior de objetos, a fim de evitar que apareça um vazio.” Em poucos momentos de suas vidas as mulheres da fila de espera para a cirurgia apresentaram alimentação “trivial”; na infância esse tipo de alimentação estava mais presente, sendo aos poucos substituída por comportamentos alimentares inadequados.

Em relação a práticas de atividades, até seus dez anos de idade, independente da idade de início da obesidade, essas mulheres apresentavam atividades mais ativas, como brincar, caminhar e andar de bicicleta. Na faixa dos dez aos quinze anos começaram a apresentar atividades mais sedentárias, como assistir a televisão, e algumas relataram ter parado de brincar após a menarca. A partir dos quinze anos de idade as participantes foram diminuindo drasticamente a prática de atividades mais ativas, à medida que começaram a trabalhar de forma mais sistemática, não apresentando tempo para a prática de atividades de lazer. A partir dos cinquenta anos, não apresentavam lazer algum.

Esse comportamento de diminuição das atividades e o próprio sedentarismo não são observados apenas na população obesa. Porém os indivíduos que apresentam predisposição genética, juntamente com a interação ao meio, considerado obesogênico, acabam desenvolvendo ou mesmo mantendo a obesidade já instalada.

Dessa forma, observa-se que em grande parte da vida das participantes houve a prática de atividades predominantemente sedentárias, e que o aparecimento da obesidade na fase adulta pode ser devido a várias causas, dentre elas a diminuição da prática ou da intensidade da atividade física. Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL. 2002), a inatividade física é mais comum em mulheres, sendo que a atividade física diminui com a idade tendo início durante a adolescência e declinando na idade adulta.

De acordo com Pereira *et al.* (2003), paralelamente à tendência secular no aumento da obesidade, ocorreu a redução na prática de atividade física e o aumento do sedentarismo. Ainda afirmam que, na criança, o hábito de prática de atividade física é influenciado pelos pais e a tendência na vida adulta é de manter o mesmo hábito adquirido. Porém, com os avanços da tecnologia, que proporcionam um estilo de vida mais confortável, com o transporte motorizado e equipamentos que diminuem o esforço físico tanto no trabalho quanto em casa, observa-se uma redução natural no gasto energético, ocasionando estilos de vida predominantemente sedentários (PEREIRA *et al.*, 2003; BARETTA, 2005).

Segundo Ciolac e Guimarães (2004), a inatividade física parece ser, nas sociedades industrializadas, o maior fator etiológico da obesidade, sendo observadas fortes associações entre essa doença e a inatividade física, e associações inversas entre atividade física e IMC.

De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), as prevalências do sedentarismo estão cada vez mais altas; no Brasil 60% dos indivíduos que vivem em áreas urbanas não estão envolvidos em um nível suficiente de atividade física. Sabe-se que a prática de atividades mais ativas regularmente é importante tanto para a prevenção da obesidade quanto para o tratamento da variedade de comorbidades da obesidade, dentre elas o diabetes e as doenças cardiovasculares. Outro benefício importante da atividade física é a melhora da auto-estima, a diminuição da ansiedade e do estresse (BRASIL, 2002), o que constituiria uma vantagem para a população estudada, que apresenta hiperfagia, às vezes ocasionadas por ansiedade.

A baixa adesão dos indivíduos em programas de exercícios físicos é um fato, sendo que cerca de 50% dos indivíduos que iniciam um programa de exercícios normalmente o abandonam dentro de três a seis meses após o início (ASSIS, NAHAS, 1999; FRANCISCHI *et al.*, 2001; PEREIRA *et al.*; 2003; CIOLAC, GUIMARÃES, 2004; BARETTA, 2005). Não há como deixar de associar as baixas frequência e adesão às atividades físicas aos efeitos das recentes políticas sociais e econômicas, que restringem as oportunidades a poucos e cultuam o consumo como prioridade.

Sabe-se que, nas últimas décadas, houve aumento da participação feminina no mercado de trabalho, principalmente em atividades, do ponto de vista de gasto energético, consideradas leves. No presente estudo a maioria realizava

atividades domésticas, porém atualmente se observa uma diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas (TARDIDO, FALCÃO, 2006).

As participantes começaram a procurar tratamentos alimentar e medicamentoso com supervisão médica para perda de peso na faixa dos cinco aos dez anos de idade. A partir dos dez anos de idade, aumentou a realização de tratamentos para emagrecimento, principalmente o medicamentoso com supervisão médica, havendo, entretanto, um caso de uso de medicamento sem a supervisão médica. Além disso, a partir dos dez anos de idade, essas mulheres procuravam mais de uma vez tratamento para perda de peso ou mesmo faziam uso de mais de um tipo de tratamento, como o medicamentoso, juntamente com o alimentar. Esses relatos retratam o quão longa tem sido a busca dessas mulheres para a solução da obesidade.

Toma importância a procura por tratamento da obesidade na faixa etária dos vinte aos quarenta anos, em destaque o tratamento medicamentoso com supervisão médica. Nessa faixa etária, já houve procura de tratamentos alternativos, como o uso de fitoterápicos. A partir dos quarenta anos, as participantes diminuíram a procura por tratamentos da obesidade. Essa diminuição da busca para o tratamento pode estar relacionada, num primeiro momento, à desesperança diante de tantas tentativas frustradas, e, num segundo momento, à transferência da solução do problema para a cirurgia futura.

As participantes do estudo que realizaram, em sua vida, tratamentos medicamentosos sem supervisão médica, em momento anterior já haviam realizado tratamento medicamentoso com supervisão médica. As experiências foram tantas, que a paciente se sente segura em tomar o remédio por sua conta e risco.

A automedicação, caracterizada pela iniciativa do indivíduo em obter um produto para conseguir benefícios no tratamento de doenças, pode ter como conseqüências efeitos indesejáveis e mascaramento de doenças evolutivas (ARRAIS *et al.*, 1997). Nos últimos tempos, tem-se observado um número crescente de medicamentos de venda livre, que também é realizada em estabelecimentos não-farmacêuticos, favorecendo ainda mais a automedicação (ARRAIAS *et al.*, 1997).

Arraias *et al.* (1997) acharam, em estudo no Brasil, que as mulheres são mais adeptas em relação aos homens à automedicação, principalmente entre aquelas na faixa de idade entre os dezesseis e quarenta e cinco anos. Segundo Leite e Vasconcelos (2003), as indicações populares de tratamento e de medicamentos são aceitas mais facilmente pelas pessoas. Arraias *et al.* (1997) concordam ao afirmarem que, no momento de escolha do medicamento, as pessoas por eles estudadas, se baseavam em recomendação de leigos e em prescrições realizadas em tratamentos anteriores; dessa forma, a última visita ao médico influenciou fortemente na escolha dos medicamentos.

Observou-se que a maioria das candidatas à cirurgia realizou tratamento medicamentoso para perda de peso, mesmo quando ainda apresentava sobrepeso. Em sua grande parte, essas mulheres não procuraram alternativas para o emagrecimento, além do tratamento medicamentoso. Segundo Korner e Aronne (2004), a farmacoterapia deveria ser considerada apenas no caso de pessoas com IMC maior que 27 kg/m², ou seja, aquelas que apresentam sobrepeso ou obesidade, particularmente na presença de comorbidades como a hipertensão e o diabetes tipo 2, e em casos de tratamentos conservadores, como dieta, terapia comportamental e exercícios, que não apresentaram resultados na perda de peso desejável no indivíduo.

Em relação ao “tratamento com dieta”, as participantes que realizaram este tipo de tratamento, em sua grande maioria o faziam por conta própria, e, quando existia supervisão de algum profissional da saúde, este normalmente era médico. A dieta surge aqui como um remédio.

Dessa forma, foi observado que as candidatas à cirurgia, participantes do presente estudo, realizaram ao longo de suas vidas vários tratamentos para perda de peso, sendo esse um dos critérios de indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade. Entretanto, resta-nos perguntar se essa história poderia ter sido diferente, se essas mulheres tivessem crescido em outro ambiente ou recebido outro tipo de cuidado.

Quando se olha para a obesidade no contexto da sua gênese, a discussão sobre alternativas dietéticas, adesão ao tratamento dietético ou dietoterapia da obesidade nos parece ingênua, ao descolar-se da realidade complexa.

Já foi constatado que o emagrecimento por tratamentos conservadores da obesidade é frustrante considerando-se que é difícil para os indivíduos obesos

manterem o peso perdido no limite inferior atingido, sendo observado que grande parte deles, após a perda ponderal, não consegue manter o peso estável por muito tempo e muitas vezes o recuperam progressivamente, inclusive superando o peso inicial (NÓBREGA, 2006). Entretanto, ao ouvir os relatos das mulheres da fila de espera, constata-se que não se está diante de uma regra matemática.

Para Assis e Nahas (1999, p. 36), “muitos fatores influenciam a adesão do cliente ou paciente a uma prescrição dietética, sendo geralmente relatadas e analisadas em termos de quatro conjuntos de características em relação: a) ao paciente e cliente; b) ao profissional; c) ao serviço ou clínica, e d) à prescrição”. Como se percebe na lógica positivista da pesquisa, estamos sempre procurando a variável responsável pelo efeito e temos dificuldade em considerar a complexidade dos fatos.

Ainda sobre os efeitos negativos dessa abordagem parcial, tem sido observado que pessoas que seguem dietas hipocalóricas, a partir de restrição alimentar, perdem grande quantidade de peso, porém a maioria dentro de um curto período de peso recupera o peso perdido. Muitos indivíduos recomeçam, então, novamente a restrição alimentar, reiniciando o ciclo (ASSIS, NAHAS, 1999; BERNARDI *et al.*, 2005). Além disso, as restrições energéticas, principalmente as drásticas, podem ter efeitos indesejáveis e até perigosos, com a alteração da massa magra, perda de grandes quantidades de água, eletrólitos, glicogênio e pouca redução na massa adiposa (FRANCISCHI *et al.*, 2000; FRANCISCHI *et al.*, 2001). Em casos de recomendações médicas relacionadas a mudanças no estilo de vida, dentre elas, a restrição alimentar, observa-se um percentual alto de não-adesão ao tratamento, chegando a 75% de pacientes que não seguem as recomendações passadas (ASSIS, NAHAS, 1999). Em relação a tratamento dietético prescrito, observa-se que cerca de 50% dos pacientes chegam a abandonar o tratamento (ASSIS; NAHAS, 1999). Índices tão elevados nos sugerem que algo não vai bem.

Numa abordagem parcial e transferindo exclusivamente ao paciente a responsabilidade do fracasso, Nóbrega (2006) aponta alguns dos fatores dificultantes do emagrecimento que estão relacionados com características de personalidade encontradas na população obesa, como impaciência, intolerância, frustração, resistência a mudanças, perfeccionismo seguido de decepção por não atingir a mudança desejada e dificuldade em receber e em pedir ajuda. Isso

resulta em constante peregrinação entre os tratamentos em busca de diferentes soluções para o problema (NÓBREGA, 2006).

Segundo Bernardi *et al.* (2005, p. 89) a “restrição alimentar é uma estratégia comportamental e cognitiva, que as pessoas usam para controlar o peso corporal.” A restrição alimentar apresenta-se associada com maior ingestão alimentar e maior IMC (BERNARDI *et al.*, 2005). A partir do relato das mulheres da fila de espera para a cirurgia, a discussão sobre a “dietoterapia” da obesidade como alternativa de tratamento está superada, permanecendo o desafio de como enfrentar a doença.

De acordo com Assis e Nahas (1999), o primeiro degrau para um comportamento alimentar saudável é o conhecimento sobre o que comer. Porém o conhecimento funciona como um instrumento para as pessoas que desejam mudar, mas não como uma instigação para mudanças (ASSIS; NAHAS, 1999). Do que se depreende até aqui, a mudança efetiva não depende apenas do desejo do indivíduo, mas sim de um número de condições externas que facilitem com que elas ocorram. Por sua vez, a mudança de comportamento não é garantia de mudança de peso corporal. Os resultados de estudos com animais e também com humanos têm sugerido que mecanismos genéticos podem regular a ingestão de alimentos, alterar o gasto de energia ou alterar o padrão de distribuição corporal (FRANCISCHI *et al.*, 2001; KORNER, ARONNE, 2003; BERNARDI *et al.*, 2005).

Sabe-se, por exemplo, que, em momentos de escassez alimentar, o corpo humano sofre adaptações fisiológicas, aumentando a gordura corporal; assim, na restrição alimentar há alterações fisiológicas, com alterações nas vias intermediárias de disposição de nutrientes: redução de glicose sanguínea e variações nos níveis de insulina e leptina. Tais adaptações metabólicas atuam de forma contrária à redução de peso (FRANCISCHI *et al.*, 2001; KORNER, ARONNE, 2003; BERNARDI *et al.*, 2005). De acordo com Korner e Aronne (2003), parece existir um sinal hormonal do tecido adiposo para o sistema nervoso central, sugerindo que, uma vez que o tecido adiposo se acumula, reações do sistema neuroendócrino previnem que o mesmo diminua. Esse mecanismo contra-regulatório, que provavelmente tem função protetora contra a fome, causa aumento do apetite e diminuição do gasto energético, o que dificultaria a perda de peso (FRANCISCHI *et al.*, 2001; KORNER, ARONNE, 2003; BERNARDI *et al.*, 2005).

Ainda sobre o fracasso da “dietoterapia” como alternativa para o tratamento da obesidade, foi verificado no presente estudo que a maioria das mulheres que realizaram tratamento alimentar, o realizaram por conta própria, aumentando ainda mais a sua responsabilidade emocional para com o sucesso da perda de peso. Um dos fatores que pode estar envolvido nesses “fracassos”, segundo Bernardi *et al.* (2005), é que a maioria dos indivíduos que realizam “dietas” para emagrecer, ou mesmo que fazem uso de medicamentos, os realizam por um tempo determinado, e até conseguem atingir alguma perda de peso, porém, grande parte volta a se alimentar inadequadamente. Assim, a maioria relatou, em grande parte de suas vidas, apresentar hiperfagia e hábitos como o de “beliscar” e ingerir guloseimas. Parece que o “tratamento” alimentar realizado por conta não é algo sustentável, ou seja, não é um tratamento que se consegue manter por muito tempo (BERNARDI *et al.*, 2005). Além disso, deve-se considerar que qualquer abordagem dietética da obesidade, que reduza a alimentação, uma função vital - a um “tratamento”, estará fadada ao fracasso.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis é considerada de extrema importância, principalmente entre os candidatos à cirurgia bariátrica, visto que Brolin *et al.* (1994), em estudo que avaliou padrões alimentares e perda de peso após a cirurgia bariátrica, notaram que os pacientes que apresentavam o hábito de “beliscar” foram os que tiveram perda de peso insuficiente. “Beliscar” não é considerado um hábito saudável e nem faz parte da cultura alimentar ocidental; trata-se de um comportamento ligado à ansiedade, que por sua vez se deriva de outras necessidades não atendidas, em especial as afetivas. Então a adoção de hábitos alimentares saudáveis depende de outras mudanças, que não apenas do voluntário abandono do ato.

Como se percebe, o discurso que prevalece ainda é aquele que veladamente culpa o obeso pelo fracasso. À alimentação, um processo vital, são impostas metas de mudança, que serão ou não atendidas dependendo de quanto consciente e empenhado for o indivíduo para realizar essa mudança. Mesmo que uma parte da população tenha consciência sobre o tratamento de sua doença, a maior parte dela não se preocupa com o acompanhamento do tratamento, mas sim com os resultados, com o desejo à vida “normal”, pois isso garantiria segurança e alívio, não importando o meio para atingir os fins (ASSIS, NAHAS, 1999; LEITE, VASCONCELOS, 2003). Na população, em especial, na obesa, há

ainda o estímulo da existência de tratamentos milagrosos. Segundo Nóbrega (2006, p.86) “o obeso espera sempre que o seu problema seja resolvido por alguém”. “O indivíduo obeso simplesmente espera ser emagrecido” (NÓBREGA, 2006, p.87). O autor ainda afirma que o obeso acredita não ser sua a responsabilidade do esforço para a perda de peso. A busca pela solução milagrosa para o problema ocorre de fato, mas em que medida seria essa busca responsável pelo fracasso da “dietoterapia”? Será que a simples adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo o alimentar, consegue evitar a cirurgia da obesidade?

Um consumo alimentar irregular atual que teve origem na infância

A avaliação da adequação do consumo alimentar atual nos traz informações ligadas à história alimentar dessas mulheres e pode também trazer um prognóstico sobre o pós-cirúrgico da obesidade, quando a ingestão de determinados nutrientes deverá ser suprida e monitorada.

Como relatado, a idade de início da obesidade não se define por mudanças ocorridas no comportamento alimentar. O consumo inadequado e irregular de alimentos foi relatado por todos os grupos desde a infância. Isso nos remete mais uma vez ao papel do ambiente na gênese da obesidade. Se o padrão alimentar atual dessas mulheres não se modificou desde a infância, por que então nem todos se tornaram obesas na infância?

Segundo vários autores, está bem estabelecido que são vários os fatores envolvidos na gênese da obesidade. Porém as mudanças observadas nas três últimas décadas no estilo de vida e no comportamento alimentar podem explicar, em parte, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade (BARRETO, CYRILLO, 2001; OLIVEIRA, FISBERG, 2003; TRICHES, GIUGLIANI, 2005). A dieta ocidental é caracterizada pela substituição dos alimentos *in natura*, fontes de fibras, de minerais e de vitaminas, por produtos industrializados, além do excessivo consumo de açúcar, de gorduras em geral e de sal refinado (BRUNO, 2005; SALVE, 2006; TARDIDO, FALCÃO, 2006; LIMA, SAMPAIO, 2007). A associação da mudança no padrão da dieta ao aumento da obesidade explica a relação entre ambas, mas explica porque a alimentação inadequada não coincide com o tempo de início da obesidade. Com isso, é possível propor que há

entre as pessoas uma susceptibilidade condicionada ao tempo para a exaustão dos sistemas metabólicos provocada pelos excessos alimentares.

O consumo alimentar relacionado à obesidade, com a elevação do valor energético da dieta, pode ser devido tanto ao aumento do volume da ingestão de alimentos consumidos quanto às mudanças na composição e na qualidade da dieta com ingestão de alimentos de alto teor de energia (TRICHES, GIUGLIANI, 2005; TARDIDO, FALCÃO, 2006). De acordo com Cambraia (2004), as características dos alimentos contribuem para o processo motivacional alimentar, e os fatores sociais e estímulos sensoriais podem influenciar a preferência alimentar. Os alimentos concentrados em energia e formulados especialmente com características que atraem todos os sentidos são uma das marcas da sociedade de consumo globalizada.

As participantes do presente estudo estão consumindo dieta, dentre outras características, com alta quantidade de energia em sua grande maioria maior do que a EER, rica em lipídeos, dentre eles o colesterol, e pobre em carboidrato (tabela 6). Lima e Sampaio (2007), em estudo com obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica, observaram padrão alimentar entre os participantes parecido com o do presente estudo: dieta rica em lipídeos e pobre em carboidratos, principalmente entre as mulheres. Isso confirma o padrão globalizado adquirido pela dieta ocidental.

Do ponto de vista fisiológico, acredita-se que o padrão de alimentação hiperlipídica e hipoglicídica parece estar envolvido no ganho de peso, podendo ser uma das causas do aumento da obesidade (FRANSCICHI *et al.*, 2001; ROSADO, MONTEIRO, 2001; LIMA, SAMPAIO, 2007). Nobre e Resende (2003) apontam que a ingestão de lipídeo é pouco eficaz na indução da saciedade¹⁰. Segundo os autores, há algumas teorias que poderiam explicar a relação entre consumo de lipídeos e o peso corporal; uma delas é que o conteúdo constante de glicogênio no organismo regularia a ingestão de alimentos (NOBRE, RESENDE, 2003). Como a glicose tem reserva corporal limitada, dependeria do consumo diário de carboidrato para a formação de estoques corporais de glicogênio. Dessa forma as dietas hiperlipídicas e hipoglicídicas estimulariam um maior consumo de alimentos com o intuito manter os estoques de glicogênio corporal (NOBRE, RESENDE, 2003). Outra teoria citada pelos autores é a de que a saciação provocada pelo lipídeo se faz por meio do intestino delgado, e como o

esvaziamento gástrico fica mais lento com a ingestão de lipídeo, os sinais de saciedade só começariam após o consumo de grande quantidade de energia (NOBRE, RESENDE, 2003).

De acordo com Cambraia (2004) em condições usuais, o alimento é consumido após a sensação de fome, e seu consumo é cessado quando a sensação de saciedade é alcançada. A autora afirma ainda que, para o início e o término do consumo alimentar, há muitos sistemas responsáveis, sendo cada um regulado por sinais de respostas do sistema central e periférico, como o trato gastrointestinal, o fígado, o cérebro e os sistemas periféricos (CAMBRAIA, 2004).

Segundo Cambraia (2004, p.221) “algumas propriedades sensoriais do alimento ingerido recebem prioridade sobre os aspectos fisiológicos internos no controle da ingestão.” Nobre e Resende concordam ao afirmarem que a densidade energética e a palatibilidade são grandes determinantes da ingestão de energia. De acordo com Pereira *et al.*(2003), as propriedades organolépticas dos lipídeos, como palatibilidade, textura e versatilidade, como ingrediente culinário seria um dos motivos pelo qual esse macronutriente conduziria a uma hiperfagia. Além disso, os autores ainda afirmam que os lipídeos apresentam maior concentração energética em relação aos outros nutrientes (PEREIRA *et al.*, 2003).

Embora a proporção de energia da dieta em carboidratos estimada para o consumo atual das candidatas esteja abaixo da faixa recomendada, o consumo de doces foi bastante citado nas entrevistas, enquanto o consumo atual de fibras foi baixo (tabela 6), em relação aos valores recomendados. Conforme Rosado e Monteiro (2001), o índice glicêmico (IG)¹¹ é influenciado, dentre outros, pelo conteúdo de fibra e de açúcar da dieta. Segundo Guttierres e Alfenas (2007) o aumento da obesidade apresenta-se relacionado com o aumento do consumo de dieta com alto IG, que, por sua vez, estimularia a lipogênese, aumentando, assim, o tamanho dos adipócitos, enquanto que dieta com baixo IG inibiria essa resposta,

¹⁰ Para Cambraia (2004, p.222) a saciedade se refere ao “estado no qual a alimentação é inibida, e geralmente ocorre como consequência de haver comido.”

¹¹ Para Guttierres e Alfenas (2007, p.383) “o IG é um parâmetro utilizado para classificar os alimentos contendo carboidratos de acordo com a resposta glicêmica que os mesmos promovem, em relação à resposta observada após consumo de um alimento de referência (pão branco ou glicose).”

além de promover maior saciedade (ROSADO, MONTEIRO, 2001; NOBRE, RESENDE, 2003; GUTTIERRES, ALFENAS, 2007).

Santos *et al.* (2006) afirmam que dietas ricas em fibras se apresentam associadas a menor risco de cardiopatias e de diabetes do tipo 2, além de melhora da tolerância à glicose. De acordo com os autores, as fibras ainda teriam a propriedade de reduzir o tempo de trânsito intestinal e de auxiliar na diminuição de colesterol sérico (SANTOS *et al.*, 2006). O baixo consumo de fibras pode ser reflexo da modernização, com a facilidade de aquisição de alimentos industrializados amplamente disponíveis no mercado (MATTOS, MARTINS, 2000). Ao tomar o consumo de fibras como um efeito do mundo globalizado, e depois de ouvir os relatos das candidatas, se infere tese de que os obesos são obesos por que têm preferência pelo esse padrão de dieta. Eles seriam obesos porque o atual padrão de dieta poderia estar exercendo efeitos nocivos sobre suas saúde.

Alimentos fontes de fibras, como frutas, verduras e legumes, têm efeito protetor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares arteroscleróticas e outras doenças crônicas, cujas prevalências são crescentes no país (TARDIDO, FALCÃO, 2006). Tais alimentos também são fontes de minerais e de vitaminas, como o potássio e a vitamina C. Foi observado, no presente estudo, consumo abaixo dos valores recomendados para o consumo (AI), no caso do potássio e das necessidades estimadas (EAR), no caso da vitamina C, entre as participantes (tabela 7). Estudos como o de Brown *et al.* (1982) observaram alterações de hábitos alimentares em pacientes bariátricos, sendo que estes, após a cirurgia, evitaram o consumo de alguns alimentos, dentre eles o leite, as frutas e os vegetais crus. Assim, provavelmente as participantes do presente estudo, no pós-cirúrgico, poderão continuar a apresentar consumo inadequado desses nutrientes.

De acordo com Santos *et al.* (2006), micronutrientes como cálcio, potássio e magnésio, parecem diminuir o risco de hipertensão arterial sistêmica, de doença arterial coronariana e de diabetes tipo 2.

O consumo de cálcio apresentou-se abaixo dos valores recomendados para o consumo entre as participantes do presente estudo (tabela 7). O cálcio é importante para uma adequada manutenção da massa óssea (GALI, 2001). Sabe-se que, até a faixa dos trinta anos de idade, há o acúmulo de osso pelo esqueleto e, a partir daí, ocorre a perda de massa óssea de 0,3% ao ano, chegando a 3% ao ano nos dez primeiros anos pós-menopausa, podendo ser ainda maior essa

perda no caso de mulheres sedentárias (GALI, 2001). A osteoporose é resultado de um inadequado acúmulo de massa óssea no período de crescimento e de maturidade, e da perda excessiva de massa óssea, ou mesmo ambos, sendo primordial a prevenção já que não há nenhuma medida efetiva para a reconstrução do esqueleto (GALI, 2001; COSTA-PAIVA *et al.*, 2003).

A inatividade física promove a perda óssea e o risco de fraturas (GALI, 2001). As candidatas à cirurgia, em grande parte de suas vidas, apresentaram inatividade física. De acordo com Costa-Paiva *et al.* (2003) os indivíduos obesos apresentam maior proteção contra osteoporose, pois o IMC se apresenta diretamente relacionado à densidade da massa óssea. Segundo os autores, “o peso corporal interage com os hormônios gonadais na manutenção da massa óssea, protegendo contra os efeitos adversos da deficiência estrogênica sobre o esqueleto” (COSTA-PAIVA *et al.*, 2003, p. 510). Como as participantes do presente estudo são candidatas à cirurgia bariátrica e, portanto, apresentarão menor peso após o tratamento cirúrgico, perderão essa proteção.

Nos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica tanto malabsortiva quanto restritiva ou com consumo inadequado de cálcio, muitas vezes manifestam deficiência de cálcio e de vitamina D e podem apresentar doença óssea decorrente da deficiente absorção e consumo desses nutrientes (GALI, 2001; FARIAS *et al.*, 2006). Dessa forma, Fujioka (2005) recomenda monitoramento do metabolismo ósseo dos indivíduos que realizaram o tratamento cirúrgico, principalmente entre os que estão em fase de crescimento e nos que estão envelhecendo.

Segundo Gali (2001), a dieta rica em sódio constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose. De acordo com Santos *et al.* (2006), o elevado consumo de sódio pode elevar a pressão arterial e aumentar a calciúria. A análise do consumo de sódio entre as participantes do presente estudo apresentou valores elevados, inclusive que ultrapassavam a UL do nutriente (tabela 7). O que pode aumentar ainda mais o risco de desenvolvimento de osteoporose no pós cirúrgico.

Quanto ao consumo de ferro e de vitamina B₁₂, foi notado, no presente trabalho, consumo inadequado pelas participantes, conforme as necessidades médias estimadas para esses nutrientes (tabela 7). Ocorre que a maioria dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade apresenta alteração

no estado nutricional, como carências de micronutrientes, principalmente relativas à vitamina B₁₂, ferro e ácido fólico (FARIAS *et al.*, 2006; FUJIOKA, 2005). Assim, as participantes do presente estudo, principalmente entre as que se tornaram obesas na infância, apresentam risco de desenvolver anemias no pós-cirúrgico.

Segundo Fujioka (2005), a deficiência de vitamina B₁₂, após um ano da cirurgia, parece aumentar a longo termo, chegando à prevalência nos pacientes bariátricos de 36% a 70%. A deficiência de ferro chega a ocorrer em 37% dos pacientes até 20 anos após a cirurgia, principalmente nas mulheres que ainda menstruam (FUJIOKA, 2005).

Com a suplementação multivitamínica, há a redução, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, na incidência de deficiência de ácido fólico, porém nem sempre de ferro e de vitamina B₁₂ (FUJIOKA, 2005; FARIAS *et al.*, 2006).

Segundo Cruz e Morimoto (2004), essas deficiências nutricionais justificam a necessidade de “intervenção” nutricional adequada. Os mesmos autores ainda concluem que “a cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, pelo contrário, é o início de um período de um a dois anos de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde” (CRUZ, MORIMOTO, 2004, p.263). Essa mudança de comportamento deverá conseguir desassociar a alimentação dos seus atributos de “alimento para emagrecer”, por isso considerado como alimento ruim ou gostoso e, portanto proibido.

A saúde é comprometida em vários aspectos e há limite para a realização de tarefas simples da vida diária

As candidatas à cirurgia relataram altas taxas de comorbidades que oferecem aumento do risco à vida, em destaque a hipertensão, as dislipidemias e o diabetes (tabela 8). Já era esperado esse resultado já que é bem estabelecido que a obesidade constitui fator de risco para várias doenças (FRANCISCHI *et al.*, 2000). Sabe-se, por exemplo, que a pressão sanguínea aumenta e que há uma maior taxa de osteoartrite com o aumento do IMC, e que o ganho de peso pode determinar o diabetes (FRANCISCHI *et al.*, 2000; GREGG *et al.*, 2004; JÄRYHOLM *et al.*, 2005).

Foi observado também, nas participantes, comorbidades que deterioram a qualidade de vida, como as artropatias, o ronco, a dispnéia de esforço, a insônia e a depressão. É bem estabelecida a relação entre IMC e qualidade de vida, a qual piora com o aumento da obesidade (WHITE *et al.*, 2004). Acredita-se que o aumento no IMC por si só já exerceria prejuízos na qualidade de vida, mesmo na ausência de comorbidades, porém as presenças das mesmas prejudicariam ainda mais a qualidade de vida (WHITE *et al.*, 2004). Nas entrevistas, esse aspecto ficou muito evidenciado.

Porto *et al.* (2002) também observaram grande freqüência de hipertensão em obesos mórbidos, chegando a 66%, e de diabetes em 13,9% de sua amostra, sendo que 78% desses obesos desconheciam ser diabéticos. Provavelmente na população do presente trabalho as freqüências de algumas comorbidades fossem mais elevadas, subestimadas, talvez, por desconhecimento da própria participante em apresentar a doença, já que os dados foram auto-referidos.

Outro aspecto que merece destaque é o que se refere à saúde mental. No presente estudo foi observado que mais de 30% das participantes relataram psicopatologia, como depressão e ansiedade, e 37,14%, insônia, sintoma também associado a condições da mente:

*“Tive problema de depressão e de pressão alta depois da morte de minha mãe.”
(mãe morreu quando ela tinha 24 anos)*

Laura, 26 anos, se tornou obesa entre 20 e 30 anos

A depressão apresenta-se bem associada com a obesidade, principalmente na mórbida, e em destaque nas mulheres (FRANCISCHI *et al.*, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2004; PEREZ, ROMANO, 2004). Goodman e Whitaker (2002), em estudos com adolescentes, observaram que a depressão se apresentava associada tanto com o desenvolvimento, quanto com a persistência da obesidade.

Além disso, sabe-se que há associação entre diabetes e depressão (GOODMAN, WHITAKER, 2002). Na população diabética, a depressão gira em torno de 15%, sendo a freqüência duas vezes maior quando comparada à população não-diabética (GOODMAN, WHITAKER, 2002). Outra associação existente é a da depressão com a hipertensão. É sabido que a depressão

constitui fator de risco para a hipertensão e para outras comorbidades associadas com a obesidade (GOODMAN, WHITAKER, 2002; PEREZ, ROMANO, 2004). No presente estudo foi observado que metade das mulheres, que apresentavam diabetes, também relatou depressão. E que quase metade das mulheres hipertensas, no presente trabalho, apresentou depressão.

Para Oliveira *et al.* (2004, p. 201), a maioria dos obesos mórbidos “que chegam à cirurgia bariátrica traz alterações emocionais. Essas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes da obesidade ou entre as conseqüências”.

Muitas comorbidades associadas à obesidade também se apresentam associadas à depressão, e ambas se relacionam entre si. A alta prevalência de distúrbios mentais pode não só estar envolvida com a obesidade, mas com as várias comorbidades presentes na obesidade (GOODMAN, WHITAKER, 2002; PEREZ, ROMANO, 2004; BAUMEISTER, HÄRPER, 2007). Não se sabe quem antecede qual, se é a depressão que seria um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade ou vice-versa. Muito menos em relação às comorbidades (BAUMEISTER, HÄRPER, 2007).

Outras psicopatologias, como o estresse, parecem estar ligadas ao aumento da obesidade abdominal, que, por sua vez, se relaciona com conseqüências metabólicas adversas, como a hipertensão, resistência à insulina e dislipidemias (GOODMAN, WHITAKER, 2002).

Não foi pesquisado, no presente estudo, há quanto tempo essas participantes apresentavam as psicopatologias relatadas. Porém Schwartz e Puhl (2003) relatam que crianças obesas já são acometidas por sintomas de depressão, de sentimentos negativos de autovalor e menor estima ao corpo quando comparadas com crianças não obesas. Sugerem, ainda, que a obesidade leva a preocupações a respeito do peso, que leva à depressão. Além disso, não apenas se sentem mal consigo mesmas, mas, quanto mais se culpam pela obesidade, pior é o sentimento como um todo (SHWARTZ, PUHL, 2003).

Outra conseqüência da obesidade é a deterioração da qualidade de vida num sentido geral: no presente estudo, quase metade das participantes apresentava dificuldade em limpar a casa, sendo que a maioria das mulheres estudadas eram administradoras do lar (tabela 9). Dificuldade em outras atividades diárias e vitais, como andar e respirar, foram relatadas. A presença de

comorbidades, como as artropatias em mais de 30% das mulheres, pode estar colaborando com algumas dessas limitações funcionais. Além disso, as dificuldades encontradas na realização de algumas tarefas provavelmente são resultados da obesidade por si e pelo fato de a maioria das participantes apresentarem comportamentos sedentários durante grande parte de suas vidas. A manutenção de um nível regular de exercícios físicos propicia a realização de tarefas diárias de uma forma melhor, com menor fadiga, mais disposição e menor problemas músculo-articulares (BARETTA, 2005).

Sabe-se que a obesidade se apresenta associada com prejuízos na qualidade de vida em vários domínios, dentre eles na prática de atividades, no campo sexual, na auto-estima e na realização de funções relacionadas ao trabalho (WHITE *et al.*, 2004). Notou-se uma qualidade de vida bem deteriorada entre as candidatas à cirurgia, com presença de comorbidades, limitações de realização de atividades físicas e comprometimento emocional. Os dados condizem com os de Almeida *et al.* (2001) que observaram, em estudo com mulheres, que o estado de saúde como um todo se apresentava bem prejudicado nas obesas, com comprometimento no funcionamento físico e psicossocial.

Com dificuldades na realização de atividade da vida diária, inclusive nas consideradas vitais, a prática de atividade física ou mesmo de lazer se tornam quase inviáveis para os obesos, principalmente os mórbidos, e para piorar ainda mais, as condições externas (ambiente *obesogênico*) dificultam ainda mais a realização de atividades físicas e de lazer.

Assim, percebem-se na sociedade atual, certas contradições sociais presentes: apesar de a obesidade ser considerada como uma epidemia mundial, os padrões vigentes proclamam o corpo magro, sendo a sociedade ainda projetada para atender as demandas desse padrão magro (SANTOS, 2003; NÓBREGA, 2006). Dessa forma, as condições físicas dos ambientes públicos ainda não ganharam as dimensões adequadas para oferecer conforto ao indivíduo obeso (NÓBREGA, 2006; SANTOS, 2003). Com isso uma série de atividades facilmente exercidas por um indivíduo esbelto se transforma em transtorno ou obstáculos para o obeso, como as cadeiras, o cinto de segurança, o banheiro, as catracas de ônibus, os provadores de lojas, não compatíveis com pessoas com o corpo além das medidas do padrão social (SANTOS, 2003; NÓBREGA, 2006). Essas dificuldades de adaptação dos obesos são motivos de

sofrimento e de insatisfação, já que a população obesa, além de se sentir desajustada e desconfortável com seu corpo, sente-se da mesma forma com o ambiente em que vive (SANTOS, 2003; NÓBREGA, 2006). Para Santos (2003), essa situação demonstra uma lógica cruel da sociedade.

Essa estigmatização e exclusão sociais, associadas com a obesidade, geram no obeso vários sentimentos, como vergonha e culpa, que poderiam levar a desordens afetivas. Além disso, a obesidade se apresenta também relacionada à baixa auto-estima, principalmente em mulheres (GOODMAN, WHITAKER, 2002).

Assim, a confirmação em números de ocorrências, associada aos relatos das candidatas à cirurgia, evidenciou o sofrimento gerado pela percepção da saúde comprometida em vários aspectos e dos limites para a realização de tarefas simples da vida diária, impostos pela obesidade entre essas mulheres.

Uma fila que pode dar fim a uma longa história de interminável busca de solução para os problemas da obesidade

Nóbrega (2006, p. 89) afirma que mesmo “diante de um quadro sombrio e de perspectivas assustadoras, valeria a pena expor-se ao risco de submeter-se a uma cirurgia de grande porte, se o resultado final assegurasse a chance de uma vida mais longa e saudável”. No presente estudo (tabela 10), a busca pela melhoria da qualidade de vida foi o fator preponderante entre as razões relatadas pelas mulheres ao candidatarem-se para a cirurgia da obesidade:

“Nunca me preocupei com o peso, mas com a pressão alta eu tomei ciência de que precisava emagrecer para parar de tomar remédio para pressão.”

Laura, 26 anos, se tornou obesa entre os 20 e 30 anos

Na seqüência, e na mesma linha de razão, vem a facilitação para realização das atividades com o peso corporal menor. Foi considerado pelas participantes como qualidade de vida, a melhoria ou o controle das comorbidades presentes, e como facilitação do dia a dia:

“Procuro a cirurgia para facilitar meu dia a dia, pois tenho muitas dificuldades causadas pela obesidade”

Joana, 22 anos, se tornou obesa antes dos 5 anos

Metade das mulheres relata que, após a cirurgia, espera melhoria na vida social e dois terços das mulheres esperam ser menos discriminadas. Autores como Schwartz e Puhl (2003) afirmam que os obesos são discriminados e estigmatizados porque a sua condição é vista como reflexo de caráter pobre; além disso, são estereotipados como preguiçosos, incompetentes, com falta de autodisciplina e como emocionalmente doentes. É observado que, em crianças obesas, há sentimento de vergonha pelo peso, atribuindo a ele a razão por terem poucos amigos e por serem excluídos das atividades sociais. De acordo com Schwartz e Puhl (2003), 90% das crianças obesas acreditam que as provocações de seus colegas iriam acabar se eles emagrecessem, e 69% delas pensam que teriam mais amigos se fossem magros.

Não podemos esquecer que, além de o obeso sofrer discriminação da sociedade, ele próprio sofre com a sua imagem refletida no espelho, muitas vezes considerando seu corpo como grotesco, vergonhoso e feio. A constatação de que a obesidade é uma responsabilidade apenas dos indivíduos é uma prática de discriminação consolidada pela sociedade; além disso, a estigmatização dos obesos é resultado do conceito da obesidade como “anormal” (AZEVEDO, SPADOTTO, 2004; POULAIN, PROENÇA, 2004; NÓBREGA, 2006).

A imagem corporal é a representação mentalizada de nosso corpo, é uma experiência psicológica, que focaliza as atitudes e os sentimentos do indivíduo para com seu próprio corpo. Normalmente nos obesos, a imagem corporal apresenta-se distorcida da realidade, e pode influenciar até nas relações sociais. Assim, a depreciação da imagem corporal pode se converter em causa de dor crônica (AZEVEDO, SPADOTTO, 2004; NÓBREGA, 2006). A escolha da cirurgia por razão estética foi relatada por um terço das mulheres (tabela 10). O padrão estético, imposto pelas sociedades hodiernas de figuras magérrimas, pode ser considerado como uma ditadura extremamente forte e dolorosa aos indivíduos, principalmente entre os obesos. Essa ditadura foi intensificada nos anos 60, como uma crítica ao capitalismo, onde o obeso, como a própria cultura capitalista vigente, acumularia em seu corpo energia em forma de gordura; dessa forma, ele

e seu corpo começam a apresentar conotação negativa, entre outras já citadas. O obeso é visto como aquele que come mais do que deveria, como aquele que não respeita as regras sociais e que não tem lógica de redistribuição, sendo considerado inclusive com moral incorreta (CÉSAR, 2004; POULAIN, PROENÇA, 2004; NÓBREGA, 2006).

Atualmente o “normal” é considerado como um indivíduo dono de um corpo utópico, que se encaixa dentro desse padrão; porém a dificuldade para atingir esse corpo é uma realidade. Assim, as pessoas que atingem e mantêm esse padrão imposto são vistas como disciplinadas, talentosas, vencedoras (CÉSAR, 2004).

Dessa forma, as pressões socioculturais fazem nascer, ou mesmo reforçam o descontentamento e a própria distorção na imagem do corpo. A estigmatização observada nos obesos é mais prevalente entre as mulheres quando comparadas com os homens (NUNES *et al.*, 2001; ASTUDILLO *et al.*, 2002). Além das mulheres serem mais julgadas, também se interessam mais pela aparência física que os homens, sugerindo diferença da influência de fatores sociais e culturais entre os sexos (NUNES *et al.*, 2001; ASTUDILLO *et al.*, 2002).

O que se observa é um paradoxo: a mesma sociedade que pressiona, que estigmatiza, que discrimina o obeso, também dá condições para que a obesidade aumente ou mesmo permaneça. Essas condições são observadas no mundo globalizado, com o crescimento de *fast-food*, de alimentos ricos em gordura e açúcares, com a prevalência de infra-estruturas que não incentivam os indivíduos a praticarem atividades nem físicas nem de lazer, além do problema da criminalidade, aumentando ainda mais a insegurança das pessoas de realizarem atividades ao ar livre, como caminhadas (ASTUDILLO *et al.*, 2002).

Para Polito (2001, p.19), “as seqüelas da obesidade não se encontram exclusivamente em complicações médicas propriamente ditas, mas sim, em uma incisiva estigmatização social.”

A discriminação e a vergonha podem levar os indivíduos a se isolarem, e, como o ser humano busca ser reconhecido por outras pessoas como um ser amado e respeitado, os obesos buscam táticas para se esconderem ou mesmo modificarem as diferenças para a obtenção da aceitação nos ambientes sociais, sendo o tratamento cirúrgico da obesidade uma das saídas, depois de muitas

outras tentativas fracassadas, que agravaram ainda mais sua baixa auto-estima (NÓBREGA, 2006).

Essa discriminação sofrida por eles acontece em várias áreas, como na empregatícia, na educacional e nas acomodações públicas (AZEVEDO, SPADOTTO, 2004). Ainda a respeito do reconhecimento social, Polito (2001, p. 18) afirma que “este parece ser o grande esforço do indivíduo obeso que, além de lidar com questões de saúde, especificamente, elabora árdua tentativa para se esquivar do preconceito social, no que diz respeito à sua pessoa: humana e profissional.” Tal aspecto é visto nas participantes do presente estudo:

“É mais difícil conseguir emprego quando se é gordo”

Várias

“Numa entrevista de emprego em uma farmácia, me disseram que eu era qualificada para a vaga, mas como minha barriga é grande eu não poderia trabalhar lá. Simplesmente porque eu entalaria entre o balcão e o armário de remédios.”

Participante não identificada

As constatações do presente trabalho condizem com estudos como o de Nóbrega (2006), que buscou, dentre outras coisas, as razões que levaram indivíduos a buscarem a cirurgia bariátrica. Nóbrega (2006) escreve que a necessidade e a vontade de mudar foi o principal fator motivador da procura pelo tratamento cirúrgico da obesidade.

Finalizando, esses são os recortes das experiências de vida e de algumas de suas marcas. A fila de espera para a cirurgia da obesidade, para essas mulheres, traz consigo a promessa de dar fim a uma longa história de interminável busca de solução para os problemas da obesidade.

7. CONCLUSÕES

- As participantes da presente pesquisa apresentaram idade entre 21 a 67 anos, com predomínio em torno dos 40 anos, IMC médio de 44,9 kg/m², que procuraram o tratamento cirúrgico principalmente no ano de 2005, e eram, em sua grande maioria, da cor branca, casadas, administradoras do lar, e, mesmo entre as mulheres que apresentavam atividades fora do lar, essas desempenhavam predominantemente atividades domésticas.
- A maioria das participantes apresentou familiares obesos, em destaque os irmãos, a mãe e os familiares maternos.
- Independente da idade de início da obesidade, em poucos momentos de suas vidas essas mulheres apresentaram alimentação “trivial”; embora fosse mais presente na infância, esse tipo de alimentação foi aos poucos substituído por comportamentos alimentares inadequados, como o hábito de “beliscar”, de consumir guloseimas e de hiperalimentar-se, numa atitude, muitas vezes desencadeada por sentimentos de ansiedade.
- As candidatas à cirurgia apresentavam atividades mais ativas na infância; já, a partir da adolescência, houve a diminuição drástica na realização dessas atividades, as quais foram substituídas por atividades mais sedentárias e pouco relacionadas ao lazer, à medida que começaram a trabalhar de forma sistemática.
- O tratamento da obesidade começou a ser realizado já na infância e toma importância na fase adulta, decaindo a partir da quarta década de idade.
- Foram realizadas mais de uma tentativa de perda de peso ou mais de um tipo de tratamento concomitante dentro de uma mesma faixa etária, prevalecendo o tratamento medicamentoso sobre o alimentar, em alguns momentos sem supervisão médica, principalmente quando já havia sido realizado anteriormente com prescrição médica.

- De maneira geral, as mulheres candidatas à cirurgia da obesidade consomem dietas com teores bem variados em energia e na sua maioria acima dos valores estimados para as necessidades.
- O consumo atual é de uma dieta rica em lipídeos, pobre em carboidrato, em fibras, sendo que as mulheres que se tornaram obesas na infância consomem atualmente maior proporção de energia proveniente de carboidratos, enquanto as mulheres com idade superior aos 30 anos consomem maior proporção de gorduras.
- O consumo atual de micronutrientes foi, na média, inadequado às necessidades estimadas em ferro, vitamina B₁₂, e de vitamina C, enquanto o consumo de cálcio e potássio foram, na média, inferiores aos valores de ingestão recomendados.
- Foi ainda observado que as mulheres consumiram quantidade de sódio além dos limites máximos estabelecidos.
- A maioria das mulheres do estudo apresentou várias comorbidades, principalmente hipertensão, dislipidemias, diabetes, artropatias, dispnéia de esforço, insônia e depressão.
- Grande parte das participantes apresentou mais de uma dificuldade relatada na execução de atividades diárias e até vitais, o que claramente mostra a deterioração do estado de saúde, da qualidade de vida e até da própria independência.
- Observou-se que, entre as razões que motivaram as participantes a escolher o tratamento cirúrgico da obesidade, a busca pela melhoria da qualidade de vida, considerada por elas como a melhora ou o controle das comorbidades presentes, foi o fator preponderante, seguida pela facilitação na realização de atividades, pela expectativa de melhoria na vida social com uma menor discriminação em relação ao peso e pela melhora da estética corporal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou localizar candidatas na fila de espera para a cirurgia bariátrica no contexto de vida particular e coletivo, relacionando as escolhas de vida quanto ao consumo alimentar, às atividades físicas e de lazer e aos tratamentos realizados para emagrecer. Não teve a pretensão de explicar a subjetividade das razões que levaram essas mulheres a realizar tais escolhas ou mesmo de compreender os seus significados. Limitou-se apenas a descrever e contextualizar os relatos. Certa distância foi necessária para que pudesse ver a dimensão da questão. Um olhar mais perto, atentado para a subjetividade de cada um dos relatos, buscando as relações que eles guardam entre si deve ser o passo seguinte.

A alimentação e a atividade física são sempre abordadas quando se fala de prevenção e controle da obesidade, porém, na maioria das vezes, sem levar em conta o contexto particular e socialmente determinado em que cada indivíduo se insere. Esse trabalho buscou trazer para a discussão a complexidade da questão e chamar a atenção para a necessidade de uma discussão mais ampla e de medidas mais abrangentes para o controle da situação.

Assim, as histórias de vida relatadas pelas candidatas à cirurgia bariátrica, principalmente de tratamentos para perda ponderal realizados, parecem aliviar essas mulheres da culpa que a sociedade, que de forma velada, lhes atribui sobre a sua condição.

É ainda preciso considerar que há um crescente grupo de pessoas com obesidade em seu grau extremo, para as quais a cirurgia tem sido a efetiva solução. Mas até que ponto os números da obesidade mórbida não representam a negligência do nosso sistema social?

As mulheres estudadas estavam na fila de espera para a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde. Não foram levantadas informações numéricas sobre o nível sócio econômico das mesmas, mas dos relatos se depreende que são de classes média baixa e baixa. Nas classes sociais mais elevadas, a cirurgia é realizada de forma bem mais rápida. Na fila de espera ou mesmo fora dela, as pessoas com obesidade mórbida não tem recebido assistência específica do SUS. O indivíduo obeso não tem sido considerado um doente a ser tratado, sendo

assistido apenas quando apresenta complicações como diabetes, hipertensão, entre outras. Estamos ainda muito distantes de cuidar da pessoa como um ser que interage com o meio em que vive.

Além disso, a estigmatização da obesidade pela sociedade, juntamente com o alto grau de comprometimento do bem estar físico e mental, pode comprometer a própria auto-valorização dessas mulheres.

Assim, o contato com as experiências de vida dessas mulheres nos leva a refletir sobre a condição humana nesse planeta ao se considerar a epidemia da obesidade, os insucessos das abordagens para tratamento e sobre como, com a globalização, pouco temos evoluído no sentido das questões que realmente importam, ou seja, na preservação da vida com qualidade para as pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E.S.; VIANA, I.C.; MORENO, R.B.; TORRES, E.A.F.S. Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 3-13, 2001.
- ALI, I. Childhood obesity, epidemiology, risk factors and consequences. **HeartWise**, v. 8, n. 1, p. 3-10, 2005.
- ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. Obesidade mórbida em mulheres - estilos alimentares e qualidade de vida. **Arch. Latinoamer. Nutr.**, v. 51, n. 4, p. 359-365, 2001.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS (AACE). AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY . Position statement on the prevention, diagnosis and treatment of obesity. **Endocrinol. Pract.**, v. 4, n. 5, p. 297-323, 1998.
- ANDERSON, D.A.; WADDEN, T.A. Treating the obese patient. **Arq. Family Med.**, v. 8, n. 2, p. 156-167, 1999.
- ANDERSON, J.W.; KONZ, E.C.; FREDERICH, R.C.; WOOD, C.L. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 74, n. 5, p. 579-584, 2001.
- ANDERSON, J.W.; VICHITBANDRA, S.; QIAN, W.; KRYSCIO, R.J. Long-term weight maintenance after an intensive weight loss program. **J. Am. Coll. Nut.**, v. 18, n. 6, p. 620-627, 1999.
- ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p.71-77, 1999.
- ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, v. 12, n.1, p.33-41, 1999.
- ASTRUP, A.; BUEMANN, B.; CHRISTENSEN, N.J.; MADSEN, J. 24 Hour energy expenditure and sympathetic activity in postobese women consuming a high-carbohydrate diet. **Am. J. Physiol.Endocrinol. Metabol.**, v. 262, p. 282-288, 1992.
- ASTUDILLO, R.B.; ARRIAGATA, M.I.S.; CASANOVA, D.Z. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. **Rev. Med. Chile**, v.133, n.12, p.1407-1414, 2005.
- ASTUDILLO, R.B.; BARRERA, M.C., MICHELOTTI, J.C. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. **Rev. Med. Chile**, v.130, n.9, 2002.

AZEVEDO, M.A.S.B.; SPADOTTO, C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas Psicol. Soc. Bras. Psicol.**, v.12, n.2, p.127-144, 2004.

BARETTA, E. **Nível de atividade física e fatores associados em indivíduos adultos de um município de pequeno porte do sul do Brasil**: um estudo de base populacional. 2005. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba.

BARRETT, S.; HERBERT, H. Modas, fraudes e charlatanismo. In SHILS, M.E.; OLSON, J.A.; SHIKE, M. *et al.* **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2003.

BARRETTO, S.A.J.; CYRILLO, D.C. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 52-59, 2001.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, p. 181-191, 2003.

BAUMEISTER, H.; HÄRPER, M. Mental disorders in patients with obesity in comparison with health probands. **International J. Obes.**, vol. 31, p. 1155-1164, 2007.

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

BIRMINGHAM, C.L.; MULLER, J.L.; PALEPU, A.; SPINELLI, J.J.; ANIS, A.H. The cost of obesity in Canada. **Can. Med. Association J.**, v. 160, n. 4, p.483-488, 1999.

BOURDIEU, P. **A ilusão biográfica**. In: FERREIRA, M.M.; AMADO, J. (orgs). Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996, p.181-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 390 de 6 de julho de 2005**. Define Unidade de Assistência em alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-390.htm>>. Acesso em: 30 maio 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**: SUS realiza três novos tipos de cirurgia para redução de estômago. 06/07/2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_s_eq_noticia=17588>. Acesso em: 25 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.2, p.254-256, 2002.

BROLIN, R.L.; ROBERTSON, L.B.; KENLER, H.A.; CODY, R.P. Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-em-Y gastric bypass. **Ann. Surg.**, v. 220, n.6, p.782-790, 1994.

BROWN, C.D.; HIGGINS, M.; DONATO, K.A.; ROHDE, F.; GARRISON, R.; BARZANEK, E. *et al.* Body mass index and the prevalence of hypertension and dyslipidemia. **Obes. Res.**, v. 8, p. 605-619, 2000.

BRUNO, M.L.M. **Três formas de intervenção para a adesão ao tratamento dietético da obesidade em cardiologia**: estudo comparativo. 2005. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BUCHWALD, H.; WILLIAMS, S.E. Bariatric surgery worldwide 2003. **Obes. Surg.**, v. 14, n. 9, p. 1157-1164, 2004.

CALLE, E.E.; RODRIGUEZ, C.; WALKER-THURMOND, K.; THUN, M.J. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. **New England J. Med.**, v. 348, n. 17, p. 1625-1638, 2003.

CAMBRAIA, R.P.B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, v.17, n.2, p.217-225, 2004.

CAPELLA, J.F.; CAPELLA, R.F. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? **Am. J. Surg.**, v. 171, p. 74-79, 1996.

CARNEIRO, J. R.I.; KUSHNIR, M.C.; CLEMENTE, E. L.S.; BRANDÃO, M. G.; GOMES, M. B. Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 44, n. 5, p.390-396, 2000.

CARRASCO, N.F.; KLAASSEN L.J.; PAPAPIETRO, V.K.; REYES, S.E.; RODRÍGUEZ, H.L.; CSENDES, J.A. *et al.* Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Año 2004. **Rev. Med. Chile**, v. 133, n. 6, p. 699-706, 2005.

CAVALCANTI, A.P.R.; DIAS, M.R.; COSTA, M.J.C. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. **Estud. Psicol.**, v. 10, n.1, p.121-129, 2005.

CÉSAR, S. **O peso da forma**: cotidiano e uso de drogas entre fisioculturistas. 2004. 366 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n.4, p. 319-327, 2004.

COLLAÇO, J.H.L. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. **Campos-Rev. Antropol. Social**, v. 4, p. 171-194, 2003.

COSTA, A.G.V.; PRIORE, S.E.; SABARENSE, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C. Questionário de frequência de consumo alimentar e recordatório de 24 horas: aspectos metodológicos para avaliação da ingestão de lipídeos. **Rev. Nutr.**, v.19, n.5, p.631-641, 2006.

COSTA-PAIVA, L.; HOROVITZ, A.P.; SANTOS, A.O.; CARVASAN, G.A.F.; PINTO NETO, A.M. Prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 7, p. 507-512, 2003 .

CRAWFORD, D.; BALL, K. Behavioural determinants of the obesity epidemic. **Asia Pacific J. Clin. Nutr.**, v. 11, suppl 8, p. 718–721, 2002.

CRUZ, M.R.R.; MORIMOTO, I.M.I. Intervenção nutricional no trabalho cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr.**, v.17, n.2, p.263-272, 2004.

CUEVAS, M.A.; REYES, M.S. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? **Rev. Med. Chile**, v. 133, n. 6, p. 713-722, 2005.

CYPRESS, M. Looking upstream. **Diabetes Spectrum**, v. 17, p. 249-253, 2004.

DALMAZ, C.; ALEXANDRE NETTO, C. A memória. **Ciênc. Cult.**, v.56, n.1, p.30-31, 2004.

DIETZ, W.H. Critical periods in childhood for the development of obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 59, p. 955-959, 1994.

DIETZ, W.H. Periods of risk in childhood for the development of adult obesity-what do we need to learn? **J. Nutr.**, v. 127, n.9, p.1884-1886, 1997.

DOLL, H.A.; PETERSEN, S.E.K.; STEWART-BROWN, S.L. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 Questionnaire. **Obes. Res.**, v. 8, p. 160-170, 2000.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, v. 24, p. 213-225, 2004.

ENGEL, S.G.; CROSBY, R.D.; KOLOTKIN, R.L.; HARLEY, G.G.; WILLIAMS, G.R.; WONDERLICH, S.A. *et al.* Impact of weight loss and regain on quality of life: mirror image or differential effect? **Obes. Res.**, v. 11, n. 10, p. 1207-1213, 2003.

ESCODA, M.S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.219-226, 2002.

FARIAS, L.M.; COELHO, M.P.S.S.; BARBOSA, R.F.; SANTOS, G.S.; MARREIRO, D.N. Aspectos nutricionais em mulheres obesas submetidas à gastroplastia vertical com derivação gastro-jejunal em Y-de-Roux. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 21, n. 2, p.98-103, 2006.

FERRARIS, A.O. Hora de chantagem. **Mente & Cérebro**, n.11, p. 14-17, 2007.

FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. São Paulo: Manole, 2005. 350 p.

FISCHLER, C. *L'omnivore*. Paris: Odile Jacob, 1990. Apud OLIVEIRA, S.P.; THÉBAUD-MONY, A. Modelo de consume agro-industrial: homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares? **Cad. Debate**, v.4, p. 1-13, 1996.

FLIGENSPAN, F.B. Ganhos e perdas no Mercado de trabalho no real: uma revisão por posição na ocupação. **Rev. Econ. Contemp.**, v. 9, n.1, p.187-210, 2005.

FOBI, M.A. Surgical treatment of obesity: a review. **J. Natl. Med. Assoc.** v. 96, n. 1, p. 61-75, 2004.

FONTAINE, K.R.; FAITH, M.S.; ALISSON, D.B.; CHESKIN, L.J. Body weight and health care among women in the general population. **Arch. Family Med.**, v. 7, n. 4, p. 381-384, 1998.

FOSTER, G.D. Principles and practices in the management of obesity. **Am. J. Respiratory Crit. Care Med.**, v. 168, p. 274-280, 2003.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPPER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P. *et al*. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; LANCHÁ JUNIOR, A.H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev. Paul. Educ. Físic.**, v. 15, n. 2, p. 117-140, 2001.

FRANK, J.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Rememoração, subjetividade e as bases neurais da memória autobiográfica. **Psicol. Clin.**, v. 18, n.1, p.35-47, 2006.

FUJIOKA, K. Follow-up of nutritional and metabolic problems after bariatric surgery. **Diabetes Care**, v. 28, n.2, p. 481-484, 2005.

GALI, J.C. Osteoporose. **Acta. Ortop. Bras.**, v. 9, n. 2, p. 53-62, 2001.

GARCIA, R.W.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 4, p. 483-492, 2003.

GIBBONS, L.M.; SARWER, D.B.; CRERAND, C.E.; FABRICATORE, A.N.; KUEHNEL, R.H.; LIPSHUTZ, P.E. *et al.* Previous weight loss experiences of bariatric surgery candidates: how much have patients dieted prior to surgery? **Obes.**, v.14, suppl.2, p.70-76, 2006.

GIGANTE, D.P.; BARROS, F.C.; POST, C.L.A.; OLINTO, M.T.A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.3., p.236-246, 1997.

GILES-CORTI, B.; MACINTYRE, S.; CLARKSON, J.P.; PIKORA, T.; DONOVAN, R.J. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. **Am. J. Health Promot.**, v. 18, n. 1, p. 93-102, 2003.

GOODFRIEND, T.L.; CALHOLN, D.A. Resistant hypertension, obesity, sleep apnea, and aldosterone. **Hypertension**, v. 43, p. 518-524, 2004.

GOODMAN, E.; WHITAKER, R.C. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. **Pediatrics**, v. 109, n. 3, p.497-504, 2002.

GREGG, E.W.; CADWELL, B.L.; CHENG, Y.J.; COWIE, C.C.; WILLIAMS, D.E.; GEISS, L.; *et al.* Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the U.S. **Diabetes Care**, v. 27, p. 2806-2812, 2004.

GUTIERREZ, G.L. **Lazer e prazer: questões metodológicas e alternativas políticas.** Campinas – SP: Autores associados, 2001. 125p.

GUTTIERRES, A.P.M.; ALFENAS, R.C.G. Efeitos do índice glicêmico no balanço energético. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v.51, n.3, p.382-388, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary Reference Intakes: applications in dietary assessment.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2000a.

_____. **Dietary Reference Intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamina D, and fluoride.** Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.

_____. **Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (Macronutrients).** Washington, D.C.: National Academy Press, 2005.

_____. **Dietary Reference Intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamina B12, pantothenic acid, biotin, and choline.** Washington, D.C.: National Academy Press, 1998.

_____. **Dietary Reference Intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2000b.

_____. **Dietary Reference Intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2000c.

_____. **Dietary Reference Intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil municipal de Piracicaba.** Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 12 novembro 2007.

JÄRYHOLM, B.; LEWOLD, S.; MALCHAU, H.; VINGARD, E. Age, bodyweight, smoking habits and the risk of severe osteoarthritis in the hip and knee in men. **Eur. J. Epidemiol.**, v. 20, n. 6, p. 537-542, 2005.

JEBB, S.A. Dietary determinants of obesity. **Obes. Reviews.**, v. 8, suppl. 1, p. 93-97, 2007.

KELNER, G. Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico. **Estudos de psicanálise**, n.27, p. 33-44, 2004.

KOLANOWSKI, J. Surgical treatment for morbid obesity. **Br. Med. Bull.**, v. 53, n. 2, p. 433-444, 1997.

KORNER, J.; ARONNE, L.J. Pharmacological approaches to weight reduction therapeutics targets. **J. Clin. Endocrin Metabol**, v. 89, n.6, p.2616-2621, 2004.

KORNER, J.; ARONNE, L.J. The emerging science of body weight regulation and its impact on obesity treatment. **J. Clin. Invest.**, v. 111, p. 565-570, 2003.
KUMANYIKA, S.K.; OBARZANEK, E. Pathways to obesity prevention: report of a National Institutes of Health workshop. **Obes. Res.**, v. 11, p. 1263-1274, 2003.

LACERDA, E.M.A.; LEAL, M.C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 2, p. 187-200, 2004.

LAITINEN, J.; POWER, C.; JÄRVELIN, M.R. Family social class, maternal body mass index, childhood boy mass index, and age of menarche as predictors of adult obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 74, n. 3, p. 287-294, 2001.

LAMOTTE, M.; ANNEMANS, L.; LEFEVER, A.; NECHELPUT, M.; MASURE, J. A health economic model to assess the long-term effects and cost-effectiveness of orlistat in obese type 2 diabetic patients. **Diabetes Care**, v. 25, p. 303-308, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p.775-782, 2003.

LEMES, S.O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005, p.95-106.

LIMA, L.P.; SAMPAIO, H.A.C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p.1011-1020, 2007.

LINDE, J.A.L.; JEFFERY, R.W.; FINCH, E.A.; NG, D.M.; ROTHMAN, A.J. Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? **Obes. Res.**, v. 12, n. 3, p. 569-576, 2004.

LUMENG, J.C.; GANNON, K.; CABRAL, H.J.; FRANK, D.A.; ZUCKERMAN, B. Association between clinically meaningful behavior problems and overweight in children. **Pediatrics**, v.112, n. 5, p. 1138-1145, 2003.

MANTEROLA, C.; PINEDA, V.; VIAL, M.; LOSADA, H.; MUÑOZ, S. Surgery for morbid obesity: selection of operation based on evidence from literature review. **Obes. Surg.**, v. 15, n. 1, p. 106-113, 2005.

MARQUES-LOPES, I.; MARTI, A.; MORENO-ALIAGA, M.J.; MARTÍNEZ, A. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 3, p.327-338, 2004.

MATTOS, L.L.; MARTINS, I.S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.1, p. 50-55, 2000.

MELLO, M.T.; FERNANDEZ, C.; TUFIK, S. Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 6, p.119-124, 2000.

MELO, H.P. **O serviço doméstico remunerado no Brasil: de criadas a trabalhadoras**. Rio de Janeiro: IPEA, 1998. p.1-28.

MENDONÇA, C.P.; DOS SANTOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.698-709, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Reginaldo Di Piero. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1971.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **The practical guide: identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults**. NIH Publication, n. 00-4084, 2000.

NEVES, M.F.; THOMÉ E CASTRO, L. Comportamento do consumidor e novo consumidor de alimentos. In: NEVES, M.F.; THOMÉ E CASTRO, L. **Marketing e estratégia em agronegócios e alimentos**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 368p.

NEVES, M.F.; THOMÉ E CASTRO, L.; CÔNSOLI, M.A. Serviços e Marketing em empresas de alimentação. In: NEVES, M.F.; THOMÉ E CASTRO, L. **Marketing e estratégia em agronegócios e alimentos**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 368p.

NICKLAS, T.A.; BARANOWSKI, B.; CULLEN, K.W.; BERENSON, G. Eating patterns, dietary quality and obesity. **J. Am. Coll. Nutr.**, v. 20, n. 6, p. 599-608, 2001.

NOBRE, L.N.; RESENDE, J.B.M. Determinantes dietéticos da ingestão alimentar e efeito na regulação do peso corporal. **Arch. Latinoam. Nutr.**, v.53, n.3, p.243-250, 2003.

NÓBREGA, A.G.S. **Vivências e significados da obesidade e do emagrecimento através da cirurgia bariátrica**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de Fortaleza. Ceará.

NÓBREGA, F.J.; CAMPOS, A.L.R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe / filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 70 p.

NUNES, M.A.; OLINTO, M.T.A.; BARROS, F.C.; CAMEY, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares inadequados. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 1, p.21-27, 2001.

OLIVEIRA, A.M.A.; CERQUEIRA, E.M.M.; SOUZA, J.S.; OLIVEIRA, A.C. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 47, n. 2, p.144-150, 2003.

OLIVEIRA, C.L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003

OLIVEIRA, G.M.M.; KLEIN, C.H.; SOUZA e SILVA, N.A. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 2, p.85-93, 2006.

OLIVEIRA, S.P.; THÉBAUD-MONY, A. Modelo de consumo agro-industrial: homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares? **Cad. Debate**, v.4, p.1-13, 1996.

OLIVEIRA, V.M.; LENARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clin.**, v.31, n.4, p.199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília-DF: (Organização Pan-Americana da Saúde), 2003. 60p

PAIVA, L.M. Neurociência psicossomática: anorexia, bulimia e obesidade. **Rev. Assoc. Bras. Med. Psicossom.**, n.1, p. 54-65, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, Nutrition, and physical activity**. In: 132nd Session of the Executive Committee. Washington, D.C., USA, 23-27 jun 2003. 19p.

PEREIRA, L.O.; FRANCISCHI, R.P.; LANCHE JUNIOR, H.A. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 47, n.2, p.111-127, 2003.

PEREZ, G.H., ROMANO, W. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 14, n.4, p.544-550, 2004.

PINHEIRO, A.B.V.; BENZECRY, E.H.; LACERDA, E.M.A.; GOMES, M.C.S.; COSTA, V.M. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 81p.

PIQUET, R. A reestruturação da economia brasileira: desnacionalização e desemprego. In: RIBEIRO, A.C.T. **El rostro urbano de América Latina**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2004.

PIZZINATTO, V.T. **Obesidade infantil: processo psicossomático evolutivo**. São Paulo: Sarvier, 1992. 153 p.

POLITO, F.M. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento**. 2001. 310 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

POOBALAN, A.; AUCOTT, L.; SMITH, W.C.S.; AVENELL, A.; JUNG, R.; BROOM, J. *et al.* Effects of weight loss in overweight/obese individuals and long – term lipid outcomes – a systematic review. **Obes. Rev.**, vol. 5, n. 1, p. 43-50, 2004.

PORTO, M.C.V.; BRITO, I.C.; CALFA, A.D.F.; AMORAS, M.; VILLELA, N.B.; ARAUJO, L.M.B. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v.46, n.6, p.668-673, 2002.

POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.P.C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.**, v. 16, n.4, p. 365-386, 2003.

PROGRAMA DE APOIO À NUTRIÇÃO. Versão 2.5. Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina [software]. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. São Paulo; 2000.

REICHEMBACH, M.T. A refeição em família: um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem. **Cogitare Enfermag.**, v. 9, n. 2, p. 53-65, 2004.

REIDPATH, D.D.; CRAWFORD, D.; TILGNER, L.; GIBBONS, C. Relationship between body mass index and the use of healthcare services in Austrália. **Obes. Res.**, v. 10, p. 526-531, 2002.

ROMANELLI, G. **A entrevista antropológica:** troca e alteridade. In: ROMANELLI, G.; ALVES, Z.M.M.B. (Orgs). Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, p.119-133.

ROMO, M.; CASTILHO, C. Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. **Rev. Chil. Nutr.**, v.29, n.1, p. 14-22, 2002.

ROSADO, E.L.; MONTEIRO, J.B.R. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Rev. Nutr.**, v. 14, n.2, p.145-152, 2001.

SALVE, M.G.C. Obesidade e peso corporal: riscos e conseqüências. **Movimento & Percepção**, v.6, n.8, p. 29-48, 2006.

SANTOS, A.M. Obesidade infantil: excessos na sociedade. **Boletim da Saúde**, v.17, n1, p.98-104, 2003.

SANTOS, C.R.B.; PORTELLA, E.S.; AVILA, S.S.; SOARES, E.A. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. **Rev. Nutr.**, v. 19, n.3, p.389-401, 2006

SCAGLIUSI, F.B.; LANCHÁ JUNIOR, A.H. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. **Rev. Nutr.**, v.16, n.4, p.471-481, 2003.

SCHWARTZ, M. B.; PUHL, R. Childhood obesity: a societal problem to solve. **Obes. Rev.**, v. 4, p. 57-71, 2003.

SENAUER, B. **The food consumer in the 21st century:** new research perspectives. In: 71st EAAE Seminar: The Food Consumer in the 21st Century. Zaragoza, Spain. April 18-20, 2001.

ENN, M.C.M. E idade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, s. pl. 18, p. 3- 11, .

NEDECOR, G.W., COCHRAN, W.G. *Statistical methods*. 2ª ed. Iowa: The Iowa State University Press, 1980. 500 p. p d IN TITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary Reference Intakes: applications in dietary assessment**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1980. 400 p.

TEIN, C.J.; COLDI, G. . The epidemic of obesity. **J. Clin. Endocrinol. Metabol.** v. 89, n. 6. p. 5 - 5 5, 4.

TIGGER, M.P. **Esporte, lazer e estilos de vida: um estudo etnográfico**. Campinas: Autores associados, 1998. 59p.

WINBURG, B.; EGGER, G.; RIZZO, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 9, p. 563-570, 1999.

WINBURG, B.; EGGER, G. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. **BMJ**, v. 319, p. 36- 39, 4.

TRIDIDO, J.P.; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 1, n. 1, p.11 -14, 6.

TRICHE, R. M; GIUGLIANI, E.R.J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p.541-548, 5.

TURATO, E. Introdução da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Rev. Port. Psicossom.**, v. 1, n.1, p.93-118, 1998.

TURATO, E. **Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 686p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação (NEP /UNICAMP). **Tabela brasileira de composição de alimentos**. Campinas- SP, 1994. 404 p.

VIANNA CONCELO, F. .G. Tendências históricas dos estudos dietéticos no Brasil. **História, Ciências e Saúde**, v.14, n.1, p.19 - 19, 1998.

VIEIRA, M. .; TIHÊ, R.D.; OLIVEIRA, R.C.; DAMIANI, D.; ETIENNE, N. . desão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. **Pediatria**, v. 6, n.4, p. 4 - 46, 4.

WADDEN, T. .; BERKOWITZ, R.L.; WOMBLE, L.G.; RYER, D.B.; RYLAND, M.E.; TEINBERG, C.M. Effects of sibutramine plus orlistat in obese women following 1 year of treatment by sibutramine alone: a placebo-

controlled trial. **Obes. Res.**, v. 8, p. 431-43 , .

WHITE, M. .; O'NEIL, P.M.; KOLOTKIN, R.L.; BYRNE, T.K. Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. **Obes. Res.**, v. 1 , n. 6, p. 949-955, 4.

WING R.R.; HILL J.O. Accessible weight loss maintenance. **Ann. Rev. Nutr.**, v. 1, p. 33-341, 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva; 1998. (Report of a WHO Consultation on Obesity, 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: 3, (Report of a Joint WHO/F O Expert Consultation).

YANOVSKI, Z.; YANOVSKI, J. Obesity. **New England J. Med.**, v. 346, n. 8, p. 591-6 , .

ZEBOTTO, C.B.; VIANINI, R.P.T.; GIL, M.F. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos: tentativas e porções**. Goiânia: Nepa-Unicamp, 1996. 1 p.

ZAGO, N. **A entrevista e seu processo de construção**: reflexão com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. T. Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A, 3.

ZIMERMANN, D.E. **Fundamentos psicanalíticos** - teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999. 48p.

ZISS, C. .; HERRING, J.H.; TEVEN, J.; CREY, T. . Bariatric surgeries in North Carolina, 1990 to 1991: a gender comparison. **Obes. Res.**, v. 11, n. 1 , p. 1519-1525, 3.



APÊNDICES

APÊNDICE 1. “Linha do tempo”

	-5 anos	5-1 anos	1 -15 anos	15- anos	-3 anos	3 -4 anos	4 -5 anos	5 -6 anos	6 - anos
Peso									
Alimentação									
Atividade física e lazer									
Tratamentos									

APÊNDICE 2. Questionário auto-aplicável utilizado na reunião

Dados pessoais

Nome: _____ Data nasc _____ Idade _____ Estado Civil _____
 Oc pação _____ Sexo ()M ()F Cor pele _____
 R a _____ nº _____ Bairro _____ Cid
 ade _____ Fone _____ Recado _____

Marque um X nos familiares que apresentam obesidade:

- Pai Tios paternos vô paterno vó paterna
 Mãe Tios maternos vô materno vó materna
 Irmãos

Quais razões o (a) levaram a optar pela cirurgia bariátrica?

- Q alidade de vida Vida social melhorada
 Me deixar mais atraente Facilidade de emagrecimento
 Facilitar me dia a dia Menor discriminação com me peso

o tros: _____

Marque um X ao lado das doenças que você tem:

<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Esofagite
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Diarréia
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre
<input type="checkbox"/>	Triglicérides alto	<input type="checkbox"/>	Dispnéia de esforço
<input type="checkbox"/>	Ronco	<input type="checkbox"/>	Depressão
<input type="checkbox"/>	Doença no intestino	<input type="checkbox"/>	Insônia
<input type="checkbox"/>	Doença no estômago	<input type="checkbox"/>	Problema de pele
<input type="checkbox"/>	Refl xo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	Câncer
<input type="checkbox"/>	Hérnia de hiato	<input type="checkbox"/>	

Marque um X ao lado das atividades que você apresenta dificuldades em realizar:

<input type="checkbox"/>	andar	<input type="checkbox"/>	subir / descer do ônibus
<input type="checkbox"/>	Dormir	<input type="checkbox"/>	Passar na catraca do ônibus
<input type="checkbox"/>	sentar	<input type="checkbox"/>	subir / descer escadas
<input type="checkbox"/>	Levantar da cama	<input type="checkbox"/>	Tomar banho
<input type="checkbox"/>	Levantar da cadeira	<input type="checkbox"/>	Trocar de roupa
<input type="checkbox"/>	amarrar calçado	<input type="checkbox"/>	Limpar a casa
<input type="checkbox"/>	Falar e respirar ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	

APÊNDICE 3. Recordatório de 24 horas

Nome: _____

Refeição	Recordatório de 24 horas									
	Dia semana _____ Dia: / /									
	Alimento/preparo			Quantidade			cod.			
D										
IM										
A										
IT										
J										
C										
OBS										
	Kcal	CHO	g	%	Pr	g	%	G	g	%

APÊNDICE 4. Roteiro e orientação de aplicação da “Linha do tempo”

“Linha do tempo” deve ser preenchida por faixas etárias e não por tópicos a serem levantados. Antes de ser aplicada, é importante explicar à voluntária, a respeito dos objetivos, da importância e da forma de aplicação do instrumento, além da apresentação do instrumento em si à entrevistada. Dessa forma, possivelmente haverá maior cooperação da participante, além da diminuição das barreiras entre o entrevistador e a entrevistada.

1 Peso

- Na idade (citar a faixa etária na qual está sendo investigado o peso) como era seu peso?
- Não se lembra de relatos da sua família ou mesmo fotos e a ajudem a lembrar?
- Chegava a ser obesa ou apresentava excesso de peso/sobrepeso (caso a candidata relatasse e era gorda)

2 Alimentação

- Na idade (citar a faixa etária na qual está sendo investigada a alimentação) como era sua alimentação?
- E em relação a quantidade de comida consumida e aos hábitos alimentares nessa época, como eram?

3 Atividades físicas e lazer

- Na idade (citar a faixa etária na qual está sendo investigada a prática de atividades) você praticava alguma atividade física?
- E qual era seu lazer?
- Costumava brincar? Com quem e frequência? Eram brincadeiras agitadas ou mais tranquilas?
- Por que parou de brincar? (Caso tenha relatado e não brincava mais na época investigada).
- Por que diminuiu a prática de atividades? (Caso tenha relatado ter diminuído a prática de atividades).

4. Tratamentos realizados para perda de peso

-Na idade (citar a faixa etária na qual está sendo investigada a procura por tratamentos para emagrecimento) procurou algum tratamento para perda de peso?

- Qual tipo de tratamento procurou? (Caso tenha relatado a procura).

-Teve supervisão de algum profissional da saúde?

-Qual profissional?

-Procurou mais outros tipos de tratamento nessa faixa etária?

APÊNDICE 5. Quadros de história de vida, conforme idade de início da obesidade

Legenda dos quadros:

Observação - Quando na coluna dos tratamentos estiver escrito:

1) **e**, por exemplo: Alimentar-Médico e Nutricionista, quer dizer que a participante teve mais de uma tentativa, porém com diferença no tratamento ou na supervisão de algum profissional da saúde, ou mesmo fez por conta, ou seja, sem supervisão.

2) **+**, por exemplo, Medicamentoso-Médico + Alimentar-por conta, quer dizer que a participante realizou dois tipos de tratamentos para perda de peso associados.

3) **Intermitente**, quer dizer que a participante realizou mais de uma vez, na mesma faixa etária, o tipo de tratamento especificado na coluna.

Quadro 4. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas até os 10 anos de idade (n=4)

Faixa etária	Nome	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
0 a 5 anos (n=4)	Ílvia	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não procuro
	Carolina	obrepeso	Hiperfagia	Q ieta, Brincava sozinha	Não procuro
	Regina	Obesidade	Não lembra	Brincava	Não procuro
	Joana	Obesidade	Beliscava, Gloseima	TV	Não procuro
5 a 10 anos (n=4)	Ílvia	Obesidade	Hiperfagia, Gloseima	Brincava	Não procuro
	Carolina	Obesidade	Hiperfagia	Q ieta, Brincava sozinha	Não procuro
	Regina	Obesidade	Trivial	Brincava	limenar-Médico
	Joana	Obesidade	Hiperfagia, Gloseima	TV	Não procuro
10 a 15 anos (n=4)	Ílvia	Obesidade	Hiperfagia	Trabalhava	Não procuro
	Carolina	Obesidade	Hiperfagia	Diminui -doença	Não procuro
	Regina	Obesidade	Trivial	Brincava	Medicamentosos-Médico
	Joana	Obesidade	Beliscava e Gloseima	C idava casa, Lazer-comer fora	Medicamentosos-Médico e limenar- por conta
15 a 20 anos (n=4)	Ílvia	Obesidade	Hiperfagia	Diminui, via FD	Não procuro
	Carolina	obrepeso	Diminui, nsiedade	Brincava	Medicamentosos-Médico
	Regina	Obesidade	Hiperfagia	C idava casa, em lazer	Não procuro
	Joana	obrepeso	Diminui	Q ieta, C idava casa	Medicamentosos-Médico
20 a 30 anos (n=4)	Ílvia	Obesidade	Hiperfagia, Beliscava, nsiedade	Televisão, sem lazer	Medicamentosos-Médico
	Carolina	Obesidade	nsiedade	Caminhava	limenar-N tricionista
	Regina	Obesidade	Hiperfagia	Caminhava, Cost rava	Medicamentosos- por conta
	Joana	Obesidade	Beliscava, Gloseima	em lazer	Medicamentosos-Médico
30 a 40 anos (n=1)	Carolina	Obesidade	nsiedade	Caminhava pouco	Não procuro

Quadro 5. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas entre 10 a 20 anos de idade (n=7)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
0 a 5 anos (n=7)	Melissa	E trófica	G loseima	tiva	Não proc ro
	Mariellen	E trófica	Não lembro	Brincava	Não proc ro
	Eliana	E trófica	Hiperfagia	Não lembro	Não proc ro
	Noelle	E trófica	Hiperfagia	C idava casa	Não proc ro
	Diana	obrepeso	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Jer sa	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	Mônica	obrepeso	Hiperfagia	tiva	Não proc ro
5 a 10 anos (n=7)	Melissa	obrepeso	Trivial	Dimin i	Não proc ro
	Mariellen	obrepeso	G loseima	Dimin i	Não proc ro
	Eliana	obrepeso	Hiperfagia	Q ieta	Não proc ro
	Noelle	obrepeso	Trivial	Dimin i -doença	Não proc ro
	Diana	obrepeso	Trivial	tiva,Ed. Física	Não proc ro
	Jer sa	obrepeso	Dimin i	Brincava	Não proc ro
	Mônica	obrepeso	G loseima	Q ieta	Não proc ro
10 a 15 anos (n=7)	Melissa	Obesidade	G loseima	Caminhava, Ed.Física	Não proc ro
	Mariellen	Obesidade	Dimin i	cademia	Medicamentoso-Médico
	Eliana	Obesidade	Hiperfagia, G loseima	Caminhava, Trabalhava	Não proc ro
	Noelle	Obesidade	Beliscava	Caminhava,Trabalhava, em lazer	Medicamentoso-Médico e limentar- por conta
	Diana	Obesidade	Trivial	Igreja	Não proc ro
	Jer sa	Obesidade	Hiperfagia	Trabalhava	Fitoterápicos
	Mônica	Obesidade	G loseima	Dança-F	Não proc ro
15 a 20 anos (n=7)	Melissa	Obesidade	G loseima	Dimin i	Não proc ro
	Mariellen	obrepeso	Hiperfagia,G loseima	cademia,Piscina, Bicicleta	Medicamentoso-Médico e por conta
	Eliana	Obesidade	Hiperfagia, G loseima	Caminhava	Não proc ro
	Noelle	Obesidade	Beliscava	Caminhava, Livro	Não proc ro
	Diana	Obesidade	Trivial	Igreja	Medicamentoso-Médico e por conta
	Jer sa	obrepeso	Hiperfagia, Beliscava	Trabalhava, aia F	Não proc ro
	Mônica	Obesidade	Hiperfagia	C idava casa	Não proc ro
20 a 30 anos (n=7)	Melissa	Obesidade	Hiperfagia	Igreja, Livro	Medicamentoso-Médico + limentar-N tri
	Mariellen	Obesidade	Dimin i	Caminhava, em lazer	Não proc ro
	Eliana	Obesidade	Hiperfagia, G loseima	Dimin i	limentar- por conta e Médico
	Noelle	Obesidade	Hiperfagia, nsiedade	Trabalhava	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Diana	Obesidade	Dimin i	Dimin i	Não proc ro
	Jer sa	obrepeso	Hiperfagia,Beliscava	C idava casa, Visitava parente	Não proc ro
	Mônica	Obesidade	Hiperfagia, G loseima	Trabalhava	limentar- por conta e Médico

Quadro 5. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas entre 10 a 20 anos de idade (n=7)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
30 a 40 anos (n=5)	Eliana Noelle Diana Jerusa Mônica	Obesidade Obesidade Obesidade Obesidade Obesidade	Diminuição ansiedade ansiedade Diminuição ansiedade, Gloseima	Cuidava casa Trabalhava Trabalhava Visitava parente Trabalhava, Visitava parente	Não procurou Não procurou Não procurou Alimentar- por conta, intermitente Não procurou
40 a 50 anos (n=3)	Noelle Diana Jerusa	Obesidade Obesidade Obesidade	Beliscava, ansiedade ansiedade Gloseima	Cuidava casa Cuidava casa Visitava parente	Não procurou Alimentar- por conta Não procurou
50 a 60 anos (n=1)	Jerusa	Obesidade	Diminuição	Igreja	Alimentar- por conta e Nutri, intermitente

Quadro 6. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos (n=13)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
0 a 5 anos (n=13)	Márcia	E trófica	Trivial	Brincava sentada	Não proc ro
	La ra	E trófica	Comia obrigada	tiva,Brincava	Não proc ro
	Elisângela	E trófica	Não lembro	Não lembro	Não proc ro
	Flávia	E trófica	Comia obrigada	Q ieta	Não proc ro
	Marcela	E trófica	Trivial	tiva,Brincava,Caminhava	Não proc ro
	Maria	E trófica	Hiperfagia	tiva,Brincava	Não proc ro
	Fernanda	E trófica	Trivial	tiva,Brincava,Babá	Não proc ro
	Isabelle	E trófica	Hiperfagia	tiva,Brincava	Não proc ro
	L zia	obrepeso	Hiperfagia	tiva,Brincava	Não proc ro
	Vera	obrepeso	Hiperfagia	tiva,Brincava,Bicicleta	Não proc ro
	Patrícia	obrepeso	Comia obrigada	tiva,Brincava	Não proc ro
	Lilian	obrepeso	Hiperfagia	tiva,Brincava,Esporte	Não proc ro
	olange	Não lembro	Hiperfagia	tiva,Brincava	Não proc ro
5 a 10 anos (n=13)	Márcia	obrepeso	Hiperfagia	tiva	Não proc ro
	La ra	E trófica	Beliscava	tiva	Não proc ro
	Elisângela	E trófica	G loseima	Brincava	Não proc ro
	Flávia	E trófica	Comia obrigada	Brincava,Esporte	Não proc ro
	Marcela	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Maria	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Fernanda	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Isabelle	E trófica	Po co	Brincava	Não proc ro
	L zia	E trófica	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	Vera	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	Patrícia	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	Lilian	obrepeso	Hiperfagia	Brincava,Esporte	Não proc ro
	olange	obrepeso	Hiperfagia	Q ieta	Não proc ro
10 a 15 anos (n=13)	Márcia	Obesidade	Hiperfagia	Trabalhava	Não proc ro
	La ra	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava, nsiedade	Dimin i	Não proc ro
	Elisângela	E trófica	Hiperfagia	Q ieta,Dimin i ,Trabalhava	Não proc ro
	Flávia	E trófica	Comia obrigada	Brincava	Não proc ro
	Marcela	Obesidade	Hiperfagia	Brincava,Trabalhava	Não proc ro
	Maria	E trófica	Beliscava	Brincava,Trabalhava	Não proc ro
	Fernanda	E trófica	Trivial	Trabalhava	Não proc ro
	Isabelle	E trófica	Trivial	em lazer	Não proc ro
	L zia	Obesidade	Hiperfagia	Brincava,Ed.Física	Não proc ro
	Vera	Obesidade	Hiperfagia,G loseima	Dimin i	Medicamentoso-Médico
	Patrícia	Obesidade	G loseima	Esporte	limentar-por conta
	Lilian	E trófica	Hiperfagia	Ed.Física,Esporte	Não proc ro
	olange	Obesidade	G loseima	TV	Medicamentoso+ limentar-por conta

Quadro 6. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas entre 20 e 30 anos (n=13)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
15 a 20 anos (n=13)	Márcia	obrepeso	Hiperfagia	Trabalhava	Medicamentoso-Médico, intermitente
	La ra	obrepeso	Hiperfagia,Beliscava	Lazer-comer fora	Não proc ro
	Elisângela	obrepeso	Hiperfagia,G loseima	Trabalhava,Caminhava	Não proc ro
	Flávia	obrepeso	Beliscava	Trabalhava,C idava casa,Esporte	Medicamentoso-Médico e por conta
	Marcela	obrepeso	Hiperfagia,G loseima	Trabalhava	Não proc ro
	Maria	obrepeso	em horário	Trabalhava	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Fernanda	E trófica	Hiperfagia,Beliscava, nsiedade	C idava casa,Visitava parente	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Isabelle	obrepeso	Hiperfagia	em lazer	Não proc ro
	L zia	obrepeso	Beliscava	Ed.Física, aia F	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Vera	obrepeso	Hiperfagia,G loseima	Trabalhava, Lazer-comer fora	Não proc ro
	Patrícia	obrepeso	Beliscava	Dimin i	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Lílian	obrepeso	Dimin i	Trabalhava	limentar-por conta
	olange	obrepeso	G loseima	Trabalhava, Lazer- comer fora	Medicamentoso-Médico e por conta
20 a 30 anos (n=13)	Márcia	Obesidade	nsiedade	Trabalhava	Não proc ro
	La ra	Obesidade	Hiperfagia, nsiedade	C idava casa	limentar- por conta
	Elisângela	Obesidade	Beliscava	Paro trabalhar, C idava casa	Não proc ro
	Flávia	Obesidade	Hiperfagia,G loseima, nsiedade	cademia	Medicamentoso-Médico e por conta
	Marcela	Obesidade	Hiperfagia	Trabalhava	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Maria	Obesidade	em horário	Trabalhava, Dançava F	limentar-por conta
	Fernanda	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava	C idava casa,Visitava parente	Não proc ro
	Isabelle	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava	em lazer	Não proc ro
	L zia	Obesidade	Dimin i	Caminhava po co	limentar-N tri e Medicamentoso-Médico
	Vera	Obesidade	Beliscava, nsiedade	Visitava parente	limentar-conta e Medicamentoso-Médico
	Patrícia	Obesidade	Beliscava	Cost rava, C idava casa	Medicamentoso-Médico, intermitente
	Lílian	Obesidade	Hiperfagia,G loseima	Trabalhava	limentar-N tri e Medicamentoso-Médico
	olange	Obesidade	G loseima	Trabalhava, cademia	limentar - Médico
30 a 40 anos (n=10)	Márcia	Obesidade	nsiedade	Paro trabalhar,C idava casa	Medicamentoso-Médico
	Elisângela	Obesidade	Beliscava	Caminhava po co	Não proc ro
	Flávia	Obesidade	G loseima	Lazer-comer fora,Visitava parente	Medicamentoso-Médico e por conta
	Marcela	Obesidade	Dimin i	Trabalhava,Caminhava,Igreja	Não proc ro
	Maria	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava	aia F	Não proc ro
	Fernanda	Obesidade	Hiperfagia	C idava casa,Visitava parente	Medicamentoso-Médico
	Isabelle	Obesidade	Beliscava,G loseima, nsiedade	em lazer	limentar-por conta
	Patrícia	Obesidade	Hiperfagia	Trabalhava, Dançava F	Fitoterápicos
	Lílian	Obesidade	Dimin i	Trabalhava, Lazer-comer fora	Medicamentoso- por conta
	olange	Obesidade	Dimin i	C idava casa, Caminhava	Não proc ro
40 a 50 anos (n=3)	Maria	Obesidade	Hiperfagia	TV	Medicamentoso-Médico
	Fernanda	Obesidade	Hiperfagia, nsiedade	Q ieta,Visitava parente	Medicamentoso- por conta
	Lílian	Obesidade	Dimin i	aia e Dançava F	Medicamentoso e limentar - por-conta

Quadro 7. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos de idade (n=11)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
0 a 5 anos (n=11)	Pa la	Não lembro	Hiperfagia	Q ieta	Não proc ro
	Rafaela	obrepeso	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Priscilla	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	Gisela	E trófica	Hiperfagia	tiva	Não proc ro
	Letícia	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Marta	E trófica	Não lembro	Brincava	Não proc ro
	lana	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Leda	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Br na	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Lídia	E trófica	Po co	Caminhava	Não proc ro
	Natália	E trófica	Trivial	tiva	Não proc ro
5 a 10 anos (n=11)	Pa la	E trófica	Hiperfagia	Q ieta, C idava casa, Babá	Não proc ro
	Rafaela	E trófica	Trivial	Ed. física	Não proc ro
	Priscilla	E trófica	em horário	C idava casa	Não proc ro
	Gisela	E trófica	Trivial	Brincava, C idava casa	Não proc ro
	Letícia	E trófica	Trivial	Brincava, Praia	Não proc ro
	Marta	obrepeso	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
	lana	E trófica	Comia obrigada	Brincava, Caminhava, C idava casa	Não proc ro
	Leda	E trófica	Hiperfagia	Brincava, Caminhava., C idava casa	Não proc ro
	Br na	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Lídia	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Natália	E trófica	Hiperfagia	Brincava	Não proc ro
10 a 15 anos (n=11)	Pa la	E trófica	Beliscava, G loseima	C idava. casa, Trabalhava, em lazer	Não proc ro
	Rafaela	E trófica	Trivial	Brincava	Não proc ro
	Priscilla	E trófica	Hiperfagia	C idava casa, Trabalhava	Não proc ro
	Gisela	E trófica	Hiperfagia	C idava casa, Ed Física	Não proc ro
	Letícia	E trófica	Trivial	tiva, C idava casa	Não proc ro
	Marta	obrepeso	Dimin i	Trabalhava	Não proc ro
	lana	E trófica	Trivial	Caminhava, Trabalhava	Não proc ro
	Leda	E trófica	Beliscava	Caminhava, Trabalhava	Não proc ro
	Br na	E trófica	Trivial	Brincava, Caminhava	Não proc ro
	Lídia	E trófica	Trivial	Trabalhava	Não proc ro
	Natália	E trófica	Hiperfagia	Dimin i , Trabalhava	Não proc ro

Quadro 7. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos de idade (n=11)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
15 a 20 anos (n=11)	Pa la	obrepeso	Hiperfagia	Q ieta	limentar-por conta
	Rafaela	E trófica	Trivial	Trabalhava	Não proc ro
	Priscilla	E trófica	Dimin i	Ed cação Física	Não proc ro
	Gisela	obrepeso	Hiperfagia, nsiedade	Trabalhava, Lazer-comer fora	Não proc ro
	Leticia	obrepeso	Hiperfagia, G loseima	C idava casa,Dança F	Não proc ro
	Marta	E trófica	Po co	Trabalhava,Piscina,Dança F	Não proc ro
	lana	E trófica	Trivial	Dimin i , Trabalhava	Não proc ro
	Leda	obrepeso	Beliscava	Dimin i doença,Trabalhava,C idavaCasa	Não proc ro
	Br na	E trófica	Hiperfagia,Beliscava,G loseima	C idava casa	limentar-por conta
	Lidia	E trófica	Trivial	C idava casa,Trabalhava	Não proc ro
	Natália	obrepeso	Trivial	C idava casa, em lazer	Não proc ro
20 a 30 anos (n=11)	Pa la	obrepeso	Dimin i	Trabalhava,Caminhava po co	Medicamentoso - Médico
	Rafaela	obrepeso	Beliscava	C idava casa	Não proc ro
	Priscilla	obrepeso	Hiperfagia	C idava.casa,Visitava parente	Não proc ro
	Gisela	obrepeso	G loseima	Trabalhava	Não proc ro
	Leticia	obrepeso	Hiperfagia, G loseima	Paro trabalhar,Lazer-comer fora	limentar-por conta
	Marta	obrepeso	G loseima	Trabalhava,Dança F	Não proc ro
	lana	obrepeso	em horário	Dimin i	Medicamentoso-Médico e Fitoterápico
	Leda	obrepeso	Trivial	Caminhava,Trabalhava	Não proc ro
	Br na	obrepeso	Hiperfagia,Beliscava,G loseima	Cost rava	Medicamentoso-Médico
	Lidia	obrepeso	Hiperfagia	Paro trabalhar,C idava casa, em lazer	Medicamentoso-Médico
	Natália	obrepeso	Trivial	Cost rava,C idava casa,Dimin i Doença	Não proc ro
30 a 40 anos (n=11)	Pa la	Obesidade	Dimin i	Cost rava,Caminhava po co	Medicamentoso-Médico
	Rafaela	Obesidade	Beliscava	Cost rava	Medicamentoso Médico e por conta
	Priscilla	Obesidade	Hiperfagia, em horário	áia F	Medicamentoso-Médico
	Gisela	Obesidade	Hiperfagia,G loseima, nsiedade	Trabalhava	Medicamentoso-Médica e por conta
	Leticia	Obesidade	Dimin i	Piscina,Caminhava	Não proc ro
	Marta	Obesidade	G loseima	Dimin i	Medicamentoso- por conta e Médico
	lana	Obesidade	em horário	Caminhava,Trabalhava	Não proc ro
	Leda	Obesidade	Hiperfagia, Beliscava	Paro e Volto trabalhar	Medicamentoso-Médico
	Br na	Obesidade	Hiperfagia, nsiedade	Cost rava, em lazer	limentar-por conta e Médico
	Lidia	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava	Trabalhava,Caminhava	limentar-por conta
	Natália	obrepeso	Trivial	Dimin i -Doença	Não proc ro

Quadro 7. História de vida reconstruída pelos relatos de candidatas à cirurgia bariátrica que se tornaram obesas em idade superior a 30 anos de idade (n=11)

Faixa etária	Nomes	Peso	Alimentação	Atividade Física e de Lazer	Tratamentos para perda de peso
40 a 50 anos (n=8)	Paíla	Obesidade	Diminuí	Trabalhava	Medicamentoso-Médico
	Priscilla	Obesidade	Diminuí	Igreja	Medicamentoso-Médico
	Marta	Obesidade	Gloseima	Qíeta,Igreja	Medicamentoso-Médico
	Iana	Obesidade	Diminuí	Caminhava por academia, aia F	Medicamentoso-Médico
	Leda	Obesidade	Beliscava		Não procurou
	Bruna	Obesidade	Beliscava,Gloseima, ansiedade	Diminuí, em lazer	Medicamentoso-Médico
	Lídia	Obesidade	Diminuí	em lazer	liminar- por conta
	Natália	obrepeso	Trivial	Qíeta,Cidava casa	Medicamentoso-Médico
50 a 60 anos (n=5)	Paíla	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava, ansiedade	Qíeta, em lazer	Medicamentoso-Médico
	Leda	Obesidade	Beliscava	Trabalhava	Fitoterápicos
	Bruna	Obesidade	ansiedade	Caminhava por academia	Não procurou
	Lídia	Obesidade	Diminuí	Paro trabalhar	Não procurou
	Natália	Obesidade.	Trivial	Qíeta	Não procurou
60 a 70 anos (n=2)	Leda	Obesidade	Hiperfagia,Beliscava, ansiedade	em lazer	Não procurou
	Bruna	Obesidade	ansiedade	em lazer	Não procurou

ANEXOS

ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

E _____, RG _____, Estado
 Civil _____, Idade ____ anos, Residente na _____, nº _____,
 Bairro _____
 Cidade _____, Telefone _____

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por finalidade conhecer a história de peso e de tratamentos, além das doenças e das dificuldades das pessoas da fila de espera para a cirurgia da obesidade;
 - . minha participação como voluntário deverá ter a duração de 3 encontros, sendo o primeiro a presença na reunião na qual fui convidado (a) e os demais encontros agendados com o pesquisador; caso venha a ter eventuais visitas à clínica fora de rotina terei ressarcidas as despesas com transporte;
3. Deverei voltar à clínica todas as vezes e solicitar solicitação do médico e dos pesquisadores deste projeto através de agendamentos prévios não necessitarei ser ressarcido com transporte, mas a vez e será realizada mediante consulta com orientações também visando o meu bem-estar, exceto nos casos de visitas fora de rotina, como citado no item 2;
4. Terei apenas as despesas com transporte, mas não serei ressarcido - exceto nos casos de visitas fora de rotina, conforme citado no item 2 - já e junto com a entrevista, mesmo não concordando em participar do estudo, recebi gratuitamente a orientação nutricional e faz parte dos procedimentos da clínica anteriores à cirurgia;
5. Os procedimentos aos quais serei submetido não provocarão danos físicos ou financeiros e por isso não haverá a necessidade de ser indenizado por parte da equipe responsável por esse trabalho da Instituição (FCFar/UNEP);
6. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade e se desejar, deverei ser informado sobre os resultados dessa pesquisa;
 - . Poderei me recusar a participar ou mesmo retirar meu consentimento a qualquer momento da realização dessa pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização, isto é, sem interrupção do meu tratamento;

8. Quando houver dúvida ou solicitação de esclarecimentos, poderei entrar em contato com a equipe científica pelos telefones: Maria Rita Marques de Oliveira, (19) 314-1583; Noa Pereira Prada de Souza, (19) 3434-9930 Clínica Bariátrica, (19) 341-9111.
9. Para notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, e não poder ser resolvida pelos pesquisadores deverei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Campus de Araraquara da UNESP, pelo telefone (XX16) 331-6891.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária (o), do estudo “Evolução da obesidade da infância até a vida adulta entre os indivíduos da fila de espera para a cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde”.

Piracicaba, _____ de _____

assinatura do Voluntário

Noa Pereira Prada de Souza