



**Avaliar a Satisfação com o Programa
APOLO-Bari para Pacientes Bariátricos**

Joana Morais

UMinho | 2019

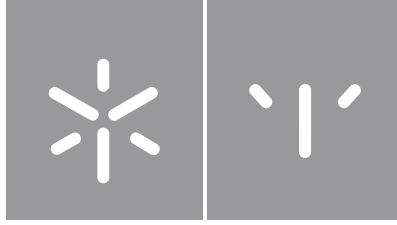


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana Rita Pereira Morais

**Avaliar a Satisfação com o Programa
APOLO-Bari para Pacientes Bariátricos**

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Joana Rita Pereira Morais

**Avaliar a Satisfação com o Programa
APOLO-Bari para Pacientes Bariátricos**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eva Conceição

junho de 2019

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgal
CC BY-NC-SA**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Agradecimentos

À Professora Doutora Eva Conceição, pela disponibilidade, pelo conhecimento, pelo incentivo, por nunca me deixar desanimar e acima de tudo por ser um exemplo tão bom daquilo que deve ser um psicólogo, um professor e um orientador. Ficar-lhe-ei para sempre grata por tudo.

À Dr.^a Marta Lourdes pela disponibilidade e apoio.

A todos os professores do meu mestrado, obrigada por me fazerem ter cada vez mais certeza da pertinência da nossa missão enquanto psicólogos.

Aos meus pais, obrigada pelo amor, pela disponibilidade, pelo apoio e por me transmitirem os melhores valores. Obrigada por me ensinarem a nunca baixar os braços e acima de tudo a ser sempre fiel à verdade.

Aos meus irmãos, pelo amor, pela amizade, pelo suporte e por me ensinarem a olhar em frente, mesmo quando é tão difícil.

À Ju, obrigada por me ter salvo.

À Marta, obrigada por estar sempre comigo.

Ao Ernesto, por ser o meu similar.

Ao Santiago, por me mostrar a definição mais pura de amor incondicional.

Ao João, pelo amor, amizade, compreensão, suporte, dedicação. Por me ter incentivado a terminar este ciclo, por nunca me deixar desistir, por nunca desanimar, e por ser sempre o meu melhor porto de abrigo.

À restante família por estarem sempre ao meu lado.

Aos Lipes pelo apoio e pelas boleias em que tanto partilhamos. Ao Filipe, pela amizade incondicional.

À Helena e ao Sandro, pela amizade, pela presença constante, por toda a alegria que juntos partilhamos.

Ao “jantarzinho super especial”, pela preocupação, incentivo, amizade. Por sermos família.

À Elsa Louro e à Barbara Pereira por serem as melhores colegas de sempre.


Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 4 de junho de 2019

Nome: Joana Rita Pereira Morais

Assinatura: 

Avaliar a satisfação com o programa APOLO-Bari para pacientes bariátricos

Joana Morais

Eva Conceição

Resumo

O APOLO-Bari é um programa complementar ao tratamento convencional, desenvolvido com o objetivo de prevenir a recuperação de peso na população bariátrica durante o período pós-operatório. É uma intervenção em grupo, de doze meses, com uma sessão mensal de uma hora. Este estudo pretende analisar a satisfação com o programa. Da amostra inicial de trinta e sete participantes ($M = 39,68$ anos, $DP = 8.249$), procedeu-se à divisão entre grupo participativo e grupo não participativo. Os momentos de avaliação foram, no início da intervenção, aos seis meses e aos doze meses.

Os resultados indicam que as participantes estão satisfeitas com o programa e com impacto dos resultados no dia-a-dia. O tema preferido foi sobre emoções, pensamentos e alimentação.

Concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo participativo e o grupo não participativo ao nível do score total do questionário de satisfação, da subescala do impacto dos resultados do dia-dia e da subescala da satisfação.

Palavras-chave: APOLO-Bari, pacientes bariátricos, satisfação.

Assessment of satisfaction with the APOLO-Bari program with bariatric patients

Joana Morais

Eva Conceição

Abstract

APOLO-Bari is a complementary program to conventional treatment, developed with the aim of preventing weight recovery in bariatric population during post-operative period. It is a group intervention of twelve months, with a monthly session of one hour. This study aims to analyze satisfaction with the program. From the initial sample of thirty-seven participants ($M = 39.68$ years, $SD = 8,249$), the group was divided between a participatory group and a non-participatory group. The moments of evaluation were, at the beginning of the intervention, at six months and at twelve months.

The results indicate that the participants are satisfied with the program and it was also found impact on the day-to-day life. The preferred theme was related to emotions, thoughts and food.

It was concluded that there are statistically significant differences between the participatory group and the non-participatory group in the satisfaction questionnaire, the subscale of impact of the results on a daily basis and the satisfaction subscale.

Keywords: APOLO-Bari; bariatric patients; satisfaction.

Índice

Avaliar a satisfação com o programa APOLLO-Bari para pacientes bariátricos.....	10
Metodologia.....	13
Design e Procedimento.....	13
Participantes	13
Instrumentos.....	13
Análise de Dados.....	16
Resultados	17
Caraterização amostra.....	17
Descrição da adesão à intervenção	17
Avaliar a Satisfação.....	18
Compreender as variáveis psicológicas e do comportamento alimentar associadas à satisfação.....	21
Discussão.....	26
Referências	30
Anexos	32
Parecer da Comissão de Ética.....	33

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Análise descritiva das subescalas impacto dos resultados no dia-dia e satisfação com o programa</i>	19
Tabela 2. <i>Correlações de Pearson do score total da satisfação e das subescalas impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação do grupo participativo com as variáveis estudadas</i>	22
Tabela 3. <i>Correlações de Pearson do score total da satisfação e das subescalas impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação do grupo não participativo com as variáveis estudadas</i>	24
Tabela 4. <i>Diferenças na satisfação nos grupos participativo e não participativos</i>	26

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Esquema ilustrativo dos questionários que integraram cada um dos momentos de avaliação</i>	14
---	----

Avaliar a satisfação com o programa APOLO-Bari para pacientes bariátricos

A obesidade é um problema de saúde pública, cuja prevalência tem vindo a aumentar e Portugal não é exceção a esta realidade. Em 2017, a Direção Geral de Saúde estimou que 5.9 milhões de portugueses têm excesso de peso, o que corresponde a 57.2% da população do nosso país (SNS, 2018). Este aumento representa um conjunto de riscos agravados para a saúde, bem como um aumento da mortalidade precoce e um aumento dos custos com o setor da saúde. Além de uma patologia por si só, a obesidade constitui um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas (SNS, 2018). Doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemia, dores e doenças músculo-esqueléticas, refluxo gastroesofágico, incontinência urinária, apneia do sono, entre outras, são bastante comuns no seio desta população (SNS, 2018). Além dos problemas descritos surgem ainda problemas do foro psicológico. A literatura aponta a presença de maior número de sintomas ansiosos, depressivos e alterações de comportamento alimentar na população obesa (Segal & Fandiño, 2002).

O tratamento da obesidade incluiu diversos procedimentos. O tratamento primário consiste em alterações do estilo de vida, nomeadamente, dieta, atividade física e utilização de fármacos, que conseguem reduzir clinicamente o peso corporal total numa faixa de 3-12%, todavia esta perda é muitas vezes difícil de preservar e quando estas medidas são insuficientes recorremos à cirurgia bariátrica (Malin S., & Kashyap, S. R. 2015). A cirurgia bariátrica é atualmente considerada como o tratamento mais eficaz para o tratamento da obesidade grave e congrega diferentes intervenções (Rubino., 2008). Acredita-se que os diferentes procedimentos bariátricos operam através de restrições, como a banda gástrica ajustável, ou através de processos mistos (restritivos e malabsortivos) como o *bypass* gástrico, que alteram significativamente os hábitos alimentares dos pacientes e a quantidade de alimentos que podem ser ingeridos (Conceição, Utzinger, & Pisetsky, 2015).

Apesar do sucesso verificado nesta técnica, alguns pacientes apresentam problemas no período pós-cirúrgico (Ellison & Ellison, 2007). Um número significativo de doentes recupera peso a longo prazo, principalmente entre os 12 e os 24 meses após a cirurgia e, é possível que esta recuperação seja consequência do ressurgimento pós-operatório e de comportamentos inadequados de alimentação e estilo de vida (Conceição et al., 2016). Aceitar as mudanças necessárias no estilo de vida poderá ser o grande obstáculo para estes pacientes (Sarwer DB, Dilks RJ & West-Smith L., 2014), no entanto, outros fatores como baixa autoestima, depressão ou baixo número de consultas médicas de acompanhamento e comportamentos alimentares inadequados poderão também estar associados (Odom et al. 2010).

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Posto isto, denota-se um grande interesse na investigação em realizar um trabalho de intervenção nesta população. É indispensável ter intervenções comportamentais que promovam os fatores identificados anteriormente como associados a piores resultados. A importância das intervenções pós-cirúrgicas tem sido relacionada ao aumento da adesão às necessidades de tratamento, a uma maior motivação e confiança e a maior consciencialização sobre padrões alimentares problemáticos (Van Hout, Verschure, & Van Heck, 2005).

O APOLO-Bari foi desenvolvido com o intuito de prevenir o problema de recuperação de peso na população bariátrica durante o período pós-operatório, e, ao analisar preditores prospetivos de recuperação de peso, destina-se a funcionar como uma intervenção complementar ao tratamento. A novidade e a força do programa APOLO-Bari baseiam-se na capacidade de monitorizar continuamente as principais características do paciente, apoiar e orientar os pacientes continuamente. Além disso, fornece suporte cognitivo-comportamental durante o período de acompanhamento, para melhorar os resultados ou para diminuir resultados menos favoráveis. Este projeto é pioneiro no que respeita ao desenvolvimento de um programa específico de longo prazo para pacientes de cirurgia bariátrica, bem como a testar a sua utilidade, viabilidade e eficácia a curto e a longo prazo como estratégia de cuidados posteriores (Conceição et al., 2016).

É uma intervenção em grupo, com duração de doze meses e uma sessão mensal de uma hora. Em cada sessão é explorado um tópico diferente relacionado com aspetos de impacto comprovado na cirurgia bariátrica. Inclui um manual de autoajuda, um sistema de monitorização e o contato direto com um psicólogo especializado. O manual de autoajuda inclui doze capítulos psicoeducacionais diferentes com base na Terapia Cognitivo Comportamental, nomeadamente: o ABC do pós-cirurgia – motivar para a intervenção; comportamentos alimentares problemáticos – prevenir e identificar comportamentos alimentares problemáticos; alimentação saudável – conhecer os diferentes nutrientes e leitura de rótulos; ser ativo(a) depois da cirurgia – promover um estilo de vida ativo; emoções, pensamentos e alimentação – aprender a lidar com as emoções para evitar comer em excesso; imagem corporal, autoconceito e autocuidado – aumentar a imagem corporal positiva e a autoestima; suporte social e outros significativos – promover o suporte social e estratégias para lidar com situações sociais desafiantes; *stress* e resolução de problemas – desenvolver estratégias para lidar com o stress e problemas do dia-a-dia; prevenção da recaída – prevenir a recaída em lidar com futuras situações difíceis (Conceição et al., 2016). De referir que os capítulos 3º, 4º e 5º, são mais extensos e por isso são analisados em duas sessões.

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

A segunda componente do programa, o sistema de monitorização, visa o preenchimento de um questionário durante cada sessão, e, permite avaliar comportamentos alimentares de risco. O preenchimento é feito individualmente, e o psicólogo responsável é também o responsável por trabalhar os diferentes tópicos do manual de autoajuda em cada sessão e por dar resposta ao questionário de monitorização (Conceição et al., 2016),

É o primeiro programa a desenvolver e a testar uma intervenção para monitorização e suporte a longo prazo de pacientes bariátricos e visa diminuir a carência entre os serviços clínicos e os doentes. Embora as intervenções psicológicas revelem ter resultados promissores na melhoria dos resultados pós-operatórios, nenhum estudo anterior investigou estratégias alternativas de ferramentas de prevenção de recuperação de peso. Considerando as características anteriormente descritas, e para que o objetivo do programa seja cumprido e tenha adesão por parte destes pacientes, torna-se fulcral perceber de que forma o APOLO – Bari vem colmatar as falhas existentes na área e o que traz de novo para esta população (Conceição et al., 2016).

A literatura sobre satisfação com programas de apoio a participantes com excesso de peso é muito escassa e torna-se fulcral avaliar a satisfação dos pacientes bariátricos com o programa APOLO-Bari. Segundo a sua definição, satisfação é o contentamento, um prazer resultante da realização daquilo que se espera ou do que se deseja (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006). É sabido que a satisfação é uma variável indispensável, tendo em conta que pode contribuir para a diminuição dos elevados níveis de desistência encontrados nos programas para excesso de peso e que está associada a melhores resultados ao nível da perda de peso (Camolas, Gregório, Sousa, & Graça, 2017).

Assim, o objetivo geral deste estudo visa analisar a satisfação com o programa. Este objetivo pode dividir-se em três objetivos específicos. O primeiro visa analisar as perceções com o impacto dos resultados no dia-a-dia e a satisfação com o programa. O segundo visa compreender se a satisfação com os resultados do programa está associada a alguma das variáveis psicológicas estudadas, nomeadamente, ansiedade, depressão e *stress*, impulsividade e psicopatologia do comportamento alimentar, diferentes índices de Massa Corporal (IMC), variáveis sociodemográficas e influência do peso. E o terceiro visa analisar se há diferenças na satisfação entre os grupos participativo e não participativo.

Metodologia

Design e Procedimento

Para começar este estudo, inicialmente foi obtida a autorização por parte da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) da Universidade do Minho (Anexo).

A amostra foi recolhida por conveniência, por chamada telefónica ou presencialmente, no Hospital de S. João e no Hospital de Braga, aquando do acompanhamento nas consultas de nutrição inserida na consulta multidisciplinar da cirurgia bariátrica. Durante o recrutamento inicial, foi explicado a cada participante o objetivo do estudo, o que seria pedido, a importância da participação e foram também assegurados a confidencialidade dos dados, a ausência de risco e o carácter voluntário da participação. Nesse momento foi também preenchido o consentimento informado e o questionário sociodemográfico.

A intervenção teve a duração de doze meses, e um período de seguimento de seis, sem acesso ao programa. O grupo de intervenção foi avaliado no início da intervenção (T0), aos seis meses (i.e., a meio da intervenção; T1) e aos doze meses (i.e., no final da intervenção; T2), neste momento foi também avaliada a satisfação.

O psicólogo que conduz as sessões terá que possuir o grau de mestre ou doutoramento e ter mais de três anos de experiência com pacientes pré e pós-bariátricos.

Participantes

Os elementos selecionados satisfizeram os critérios de inclusão para participar no programa Apolo-Bari, nomeadamente: ser do sexo feminino, ter entre dezoito e sessenta e cinco anos de idade e terem sido submetidas à cirurgia bariátrica pelo menos há doze meses e não mais que vinte e quatro meses. Esse período de tempo é usado para antecipar o momento em que os pacientes parecem estar em risco de recuperação do peso (doze a vinte e quatro meses de pós-operatório).

Os critérios de exclusão específicos são a presença de doença psiquiátrica, o consumo de drogas, o tratamento simultâneo de perda de peso além do tratamento usual e gravidez.

Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados são de autorrelato. Podem ser consultados na Figura 1 os questionários administrados em cada momento de avaliação.

Figura1. Esquema ilustrativo dos questionários que integraram cada um dos momentos de avaliação.

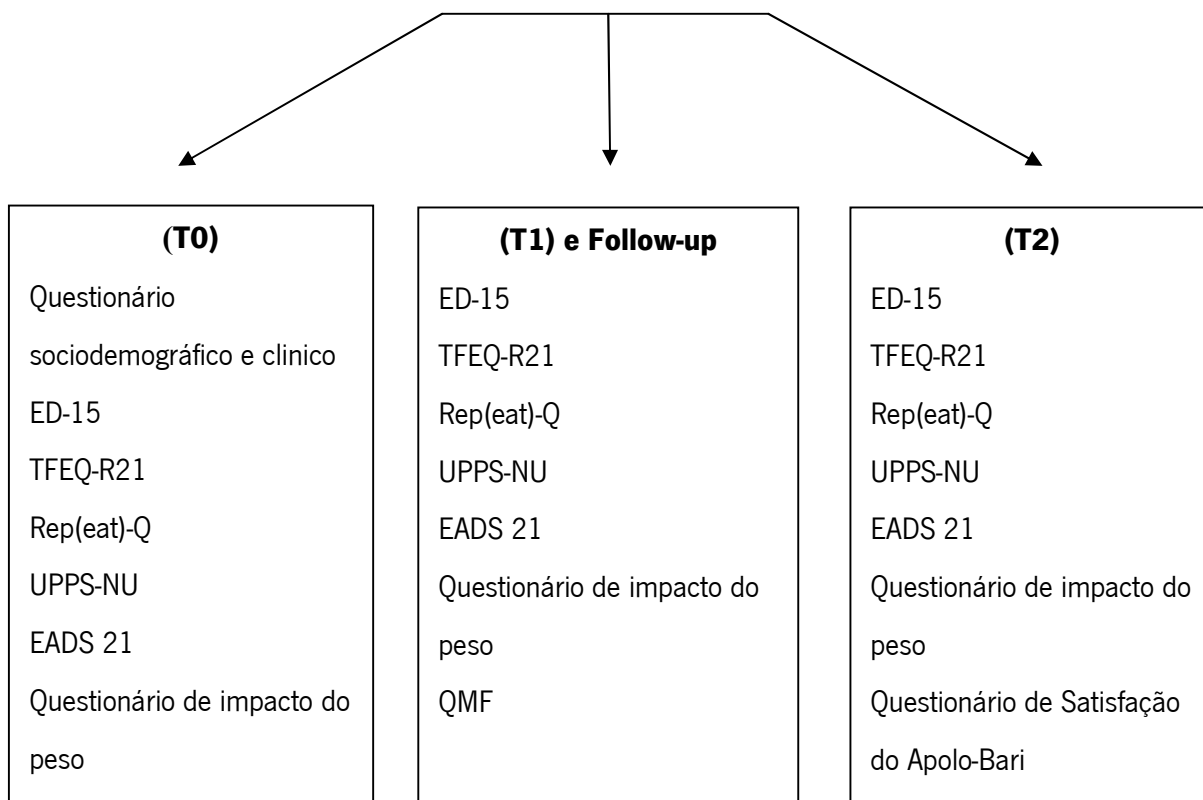


Figura 1. Esquema ilustrativo dos questionários que integraram cada um dos momentos de avaliação. Questionário sociodemográfico e clínico; Questionário de impacto do peso; QMF – questionário de monitorização frequente; Questionário de Satisfação do Apolo-Bari; ED-15: subescala da preocupação com o peso e forma corporal e subescala da preocupação com a alimentação; TFEQ_R21 – subescala do comer emocional e subescala da restrição cognitiva e subescala de comer de forma descontrolada; Rep(eat)-Q - subescala para o subtipo compulsivo e subescala para o subtipo não compulsivo; UPPS-NU - subescala da urgência negativa; EADS 21- subescala da ansiedade e subescala da depressão e subescala do stress.

Eating Disorders-15 (ED-15). Desenvolvida por Tatham, et al. (2015). Este é um instrumento desenvolvido para medir atitudes e comportamentos alimentares, tendo em consideração o último mês. É constituído por 10 itens atitudinais, respondidos numa escala de *Likert* de seis pontos (em que zero corresponde a “nada” e seis a “sempre”), e por cinco itens comportamentais, respondidos numa escala intervalar. Este questionário permite o cálculo de duas subescalas: “preocupação com o peso e forma corporal” e “preocupação com a alimentação”.

Three Factors Eating Questionnaire Revised-21 (TFEQ-R21). Desenvolvida por Stunkard & Messick (1985). Trata-se de um instrumento com 21 itens que compõe três subescalas separadas, nomeadamente, “comer de forma descontrolada”, “restrição cognitiva” e “comer emocional”. Para os itens 1-20 as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (em que zero corresponde a “completamente verdadeiro” e quatro corresponde a “completamente falso”). Já para o item 21 a resposta é dada através de uma escala de oito pontos. A escala “comer de forma descontrolada” avalia a tendência do sujeito para perder o controlo sobre o que come quando exposto a estímulos externos ou quando sente fome. A “escala de restrição cognitiva” avalia a tendência para controlar a ingestão de alimentos, com o objetivo de influenciar o peso corporal e a forma do corpo. Por fim, a escala “comer emocional”, mede a propensão do sujeito para comer em excesso, associado a estados de humor negativos, como por exemplo, quando se sente deprimido ou ansioso.

Repetitive Eating Questionnaire (Repeat_Q). Desenvolvido por Conceição et al. (2014), é constituído por doze itens que avaliam o padrão de petisco contínuo, tendo em consideração o último mês. As respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de seis pontos (em que zero corresponde a “nunca” e seis corresponde a “todos os dias”). O questionário fornece três pontuações, nomeadamente, pontuação total, petisco contínuo compulsivo e petisco contínuo não compulsivo. Valores mais elevados indicam a presença de um padrão de petisco contínuo.

Escala de Impulsividade do Comportamento (UPSS). Desenvolvido por Whiteside & Lynam, (2001), é um instrumento organizado em cinco subescalas (Urgência Negativa, Falta de Premeditação, Falta de Perseverança, Procura de Sensações e Urgência Positiva) constituído por 59 itens. As respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (em que um corresponde a “completamente de acordo” e quatro corresponde a “discordo completamente”). Neste estudo apenas se utilizou a escala de “Urgência Negativa”, de 12 itens, que avalia a tendência do indivíduo para ceder a fortes impulsos, especialmente quando acompanhados por emoções negativas como depressão, ansiedade ou raiva.

Depression Anxiety Stress Scales Depression (DASS-21). Desenvolvido por Henry & Crawford, (2005) e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal (2004). Este questionário de vinte e um itens avalia sintomas experienciados na última semana e gera três subescalas: depressão, ansiedade e *stress*. As respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (em que zero corresponde a “não se aplicou nada a mim” e três corresponde “a maior parte das vezes”).

Questionário Sociodemográfico e Clínico. Explora variáveis sociodemográficas, como a idade, o peso atual, o peso mais elevado, o peso mais baixo, a escolaridade e o emprego. Quando aplicado ao grupo de intervenção, explora ainda questões relativas à cirurgia (e.g., data e tipo de cirurgia).

Questionário de impacto do peso. Desenvolvido pela equipa de investigação, este instrumento de doze itens analisa a influência do peso nas diferentes áreas da vida do participante.

Questionário de satisfação. Desenvolvido pela equipa de investigação, este questionário de dezanove itens aborda a utilidade e a viabilidade do programa na perspetiva do participante acerca da frequência e duração das sessões e da utilidade dos temas abordados. Além disso foram construídas duas subescalas, nomeadamente o "impacto dos resultados do dia-a-dia", e "satisfação com o programa". A subescala "impacto dos resultados do dia-a-dia" contém oito tópicos que avaliam a aplicabilidade do programa no dia-a-dia das participantes (e.g. "as dicas dadas ao longo das sessões em grupo ajudaram-me a lidar com os meus problemas"). A subescala "satisfação como programa", contém oito tópicos que pretendem avaliar as perceções de satisfação com os resultados do programa e com o funcionamento do programa (e.g., "senti que a informação transmitida nas sessões em grupo foi clara."). As questões das subescalas "impacto dos resultados no dia-a-dia" e "satisfação com o programa" pressupõem uma resposta numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (em que zero corresponde a "nada" e quatro corresponde "extremamente").

Questionário de Monitorização Frequente. Desenvolvido pela equipa de investigação, este questionário de dez itens permite monitorizar mensalmente comportamentos alimentares de risco.

Análise de Dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (IBM® SPSS®), versão 25.0.

Inicialmente foi conduzida uma análise exploratória para descrever a amostra ao nível das variáveis demográficas e antropométricas e a adesão à intervenção. Foram utilizadas médias, desvios-padrão, frequências e percentagens. De seguida pretendeu-se descrever as perceções de satisfação com o programa. Para isso dividiram-se os itens do questionário de satisfação e foram utilizadas estatísticas descritivas. De forma a compreender se havia associação entre a satisfação com o programa e o número de sessões integradas, optou-se por dividir a amostra entre sujeitos participativos e não participativos e correlacionar com as variáveis estudadas. Considerou-se como "participativos" os que integraram seis ou mais sessões e os "não participativos" os que participaram até cinco sessões.

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Para avaliar as possíveis associações entre a satisfação e variáveis estudadas foi utilizado o teste de *Correlação de Pearson*, assim como para analisar as possíveis diferenças entre a satisfação de pacientes que integraram mais sessões comparativamente as que integraram menos.

Para finalizar, utilizou-se o *teste T* para amostras independentes, para averiguar se existem diferenças significativas entre o grupo participativo e não participativo ao nível da satisfação com o programa.

Resultados

Caraterização amostra

A amostra inicial foi constituída por trinta e sete participantes, vinte e cinco do Hospital de S. João do Porto e doze do Hospital de Braga.

Assim, observou-se que no T0 as participantes tinham idades compreendidas entre os 22 e os 58 anos ($M = 39.68$ $DP = 8.249$), vinte e cinco eram casadas ou viviam em união de facto (67.6%), sete eram solteiras (18.9%), quatro divorciadas (10.8%) e uma viúva (2.7%). A maioria encontrava-se numa situação profissional ativa, ou seja, vinte e seis das participantes estavam empregadas (70.3%), oito estavam desempregadas (21.6%) e apenas uma (2.7%) era doméstica, verificou-se ainda que duas (5.4%) assinalaram “outro” como situação de emprego. Quanto ao nível de escolaridade completos, a maioria tinha concluído o ensino secundário (46.0%), por sua vez o 9º foi o segundo nível de escolaridade com mais participantes (21.6%), segue-se o 6º ano (13.5%), o ensino superior (8.1%), duas das participantes tinham o ensino pós-graduado (5.4%) e outras duas, o 4º ano (5.4%).

Relativamente às variáveis antropométricas, verificou-se que, no início da intervenção, o valor médio atual de IMC foi de 26.5 ($DP = 3.81$) e o valor de IMC mais baixo desde a idade adulta anterior à cirurgia foi de 27.1 ($DP = 5.39$). No que se refere ao peso associado à intervenção cirúrgica, nomeadamente, o IMC mais baixo desde a cirurgia, o valor médio foi de 25.8 ($DP = 3.23$) e o valor médio de IMC no momento da cirurgia foi de 41.8 ($DP = 4.15$).

Quanto ao tipo de intervenção cirúrgica, verificou-se que foi de dois tipos, Sleeve-Gástrico e o *By-pass* Gástrico. Assim, 59.5% ($n=22$) das participantes foram sujeitas a Sleeve-Gástrico e 40.5% ($n=15$) a *By-pass* Gástrico.

Descrição da adesão à intervenção

Da amostra inicial ($n=37$) do grupo de intervenção do APOLO-Bari, procedeu-se à divisão entre as participantes que integraram mais sessões e as participantes que integraram menos sessões, e,

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

para isso utilizou-se como critério o número total de sessões do programa. Tal como supramencionado, o programa é constituído por 12 sessões e desta forma, a amostra que integrou até cinco sessões foi denominado de “não participativo”, $n = 18$ (48.6%), e o grupo que integrou de seis a 12 sessões foi denominado “participativo”, $n = 19$ (51.4%). Para estas, o número médio de sessões que participaram foi de 8.9.

Face a esta divisão verificou-se que, as sessões com menos adesão, do grupo não participativo, foram durante os primeiros seis meses, nomeadamente: a sessão número um (22.7%) e nas sessões número dois e cinco (18.2% em cada). Imediatamente após o afastamento do programa, as participantes foram contactadas por telefone para se apurar o motivo de desistência. Desta forma, os motivos mais mencionados foram a incompatibilidade com o horário de trabalho, referido por $n = 3$ (16.7%), e gravidez também indicado por $n = 3$ (16.7%), de seguida $n = 2$ (11.1%) referiu razões económicas, $n = 1$ (5.5%) desistência por motivos de assistência familiar e $n = 1$ (5.5%) por depressão. Verificou-se ainda que $n = 2$ (11.1%) passou para acompanhamento *online*. De notar que para $n = 6$ (33.4%) não houve nenhum contacto estabelecido com sucesso e por isso não foi possível averiguar o motivo de desistência.

Avaliar a Satisfação

O nosso trabalho incide especificamente no estudo da satisfação com o programa APOLO-Bari. Desta forma pretende-se avaliar as perceções do grupo participativo com o impacto dos resultados no dia-a-dia e a satisfação com o programa.

A Tabela 1 apresenta os resultados descritivos das subescalas do Questionário de Satisfação do APOLO-Bari do grupo participativo.

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Tabela 1

Análise descritiva das subescalas “impacto dos resultados no dia-a-dia” e “satisfação com o programa”

Descrição dos itens	Frequência de respostas		
	Nada/ligeiramente	Moderadamente	Muito/extremamente
	N (%)		
Impacto resultados no dia-a-dia			
1. Participar neste grupo de apoio foi importante para mim.	1 (6.2)	1 (6.2)	14 (87.6)
4. Participar neste grupo de apoio permitiu-me ter mais confiança no meu processo de perda de peso.	1 (6.2)	3 (18.8)	12(75)
5. Participar neste grupo de apoio contribuiu para que sentisse mais motivação para manter a minha perda de peso.	1 (6.2)	4 (25.0)	11 (68.8)
6. Com a participação neste grupo de apoio, consegui alterar alguns comportamentos menos saudáveis que tinha.	2 (12.4)	8 (50.0)	6 (37.6)
7. Participar neste programa facilitou a manutenção da minha perda de peso.	2 (12.4)	5 (31.3)	9 (56.3)
8. Participar neste programa fez com que me sentisse mais acompanhado.	1 (6.2)	1 (6.2)	14 (87.6)
10. As dicas dadas ao longo das sessões em grupo ajudaram-me a lidar com os meus problemas.	1 (6.2)	2 (12.4)	13 (81.4)

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

11. Aprendi estratégias novas com a minha participação neste grupo de apoio.	1 (6.2)	3 (18.8)	12 (75.0)
Satisfação com o programa			
2. Considero que as dicas dadas nas sessões em grupo foram úteis e apropriadas.	1 (6.2)	2 (12.4)	13 (81.4)
3. Senti que a informação transmitida nas sessões em grupo foi clara.	0	0	16 (100)
9. Considero que este grupo de apoio foi um complemento útil às consultas que tenho no hospital.	1 (6.2)	1 (6.2)	14 (87.6)
12. Sinto necessidade de continuar a usar estes grupos de apoio.	2 (12.4)	6 (37.6)	8 (50.0)
13. Voltaria a participar neste programa de apoio à cirurgia de obesidade.	1 (6.2)	3 (18.6)	12 (75.2)
14. Recomendaria este grupo de apoio a outras pessoas que fizeram cirurgia bariátrica.	1 (6.2)	0	15 (93.8)
15. No geral, sinto-me satisfeito com estas sessões.	1 (6.2)	0	15 (93.8)
16. Achei que a participação neste grupo de apoio foi uma perda de tempo.	14 (87.6)	0	2 (12.4)

Face à análise da Tabela 1, verificou-se que a maioria dos elementos do grupo participativo referiram sentir-se muito ou extremamente satisfeitos com o programa (item15), e todos indicaram sentir-se muito ou extremamente satisfeitos com os conteúdos transmitidos (item 3).

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

De uma forma global, é possível concluir que a maioria das participantes se posicionou entre muito e extremamente quer nos itens relativos ao impacto dos resultados no dia-a-dia, quer nos itens relativos à satisfação com o programa. Os resultados apenas diferem quando se explora o item “com a participação neste grupo de apoio, consegui alterar alguns comportamentos menos saudáveis que tinha” (item 6), pelo que 50% reporta moderadamente, 37.6% de muito a extremamente e 12.4% entre nada e ligeiramente.

Por último 87.6% posicionaram-se entre nada e ligeiramente na resposta ao item, “achei que a participação neste grupo de apoio foi uma perda de tempo” (item 16).

No que se refere à utilidade dos temas abordados, constatou-se que o tema considerado mais útil pela maioria das participantes foi o correspondente ao quinto mês de participação (referido por 46.7% das participantes), intitulado “emoções, pensamentos e alimentação”, em que o objetivo é ensinar as participantes a lidar com as emoções e assim evitar comer em excesso. De seguida, 33.3% identificaram como mais útil o tema referente ao terceiro mês, “alimentação saudável” em que o objetivo visa dotar as participantes de conhecimento acerca os diferentes nutrientes e leitura de rótulos. Por sua vez, o tema que foi escolhido como mais útil por menos participantes, foi o abordado no nono mês, “prevenção da recaída, identificado por 26.7% e que tinha como objetivo prevenir a recaída e lidar com futuras situações difíceis.

Compreender as variáveis psicológicas e do comportamento alimentar associadas à satisfação

Depois de analisar que as perceções de satisfação foram, em geral, positivas, era fulcral compreender se a satisfação com os resultados do programa estaria associada a alguma das variáveis estudadas nos grupos participativo e não participativo. As correlações da satisfação e das subescalas impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação, do grupo participativo com as variáveis ansiedade, depressão e *stress*, impulsividade e psicopatologia do comportamento alimentar, diferentes IMC, variáveis sociodemográficas e influência do peso estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Correlações de Pearson do score total (ST) da satisfação e das subescalas “impacto dos resultados no dia-a-dia” e “satisfação” do grupo participativo com as variáveis estudadas.

	ST		
	Satisfação	Impacto dia-a-dia	Satisfação
Variáveis Psicológicas			
EADS			
Depressão	.621*	.598*	.608*
Stress	.542	.626*	.411
Ansiedade	.545	.533	.522
Comportamento alimentar			
ED- 15 Total	-.309	-.303	-.295
Preocupação com a comida	-.274	-.279	-.251
Preocupação com o peso	-.284	-.272	-.279
Rep(eat) Total	-.321	-.339	-.280
Comer Compulsivo	-.302	-.326	-.255
Comer Repetidamente	-.321	-.332	-.288
TFEQ – comer emocional	-.710**	-.746*	-.638*
TFEQ – restrição cognitiva	-.313	-.422	-.187
TFEQ – comer descontrolado	-.573	-.566	-.551
UPPS	-.667*	-.653*	-.637*
IMC			
Mais baixo da idade adulta	-.168	-.160	-.172
Mais baixo desde a cirurgia	-.442	-.386	-.486
No momento da cirurgia	-.063	-.033	-.092
Atual	-.409	-.355	-.452
Variáveis Sociodemográficas			
Idade	.258	.258	.250
Estado Civil	.360	.322	.388

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Anos de Escolaridade Completos	.164	.120	.206
Situação de emprego	-.629*	-.618*	-.618*
Influência do Peso	-.473	-.513	-.398

ST Satisfação – Score Total do Questionário de Satisfação; Impacto dia-a-dia – Score Total da Subescala dos Itens Impacto dos resultados no dia-a-dia; Satisfação – Score Total da Subescala dos Itens de Satisfação; IMC – Índice de Massa Corporal; ED-15: subescala da preocupação com o peso e forma corporal e subescala da preocupação com a alimentação; TFEQ_R21 – subescala do comer emocional e subescala da restrição cognitiva e subescala de comer de forma descontrolada; Rep(eat)-Q - subescala para o subtipo compulsivo e subescala para o subtipo não compulsivo; UPPS-NU - subescala da urgência negativa; EADS 21- subescala da ansiedade e subescala da depressão e subescala do *stress*; * $p < .05$; ** $p < .10$

Com a análise das tabelas 2, e no que concerne ao grupo participativo, verifica-se uma correlação positiva da variável depressão e situação de emprego com o score total da satisfação, a subescala impacto dos resultados no dia-a-dia e a subescala satisfação com o programa. Ou seja, denota-se que valores mais elevados de satisfação, impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação com o programa, associam-se a valores mais elevados de depressão e situação de emprego. Por outro lado, verifica-se uma correlação negativa entre a variável comer emocional, a escala de urgência negativa com a subescala do score total da satisfação e as subescalas impacto dos resultados no dia-a-dia e da satisfação com o programa. Assim, para valores mais elevados de comer emocional e urgência negativa, associam-se valores mais baixos de satisfação, impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação com o programa.

No que concerne às restantes variáveis psicológicas, ansiedade e *stress*, variáveis comportamentais, diferentes IMC, variáveis sociodemográficas e influência do peso, não se verifica correlação com a satisfação.

De seguida são apresentadas as correlações da satisfação e das subescalas impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação, do não grupo participativo, com as variáveis ansiedade, depressão e *stress*, impulsividade e psicopatologia do comportamento alimentar, diferentes IMC, variáveis sociodemográficas e influência do peso.

Tabela 3

Correlações de Pearson do score total (ST) da satisfação e das subescalas “impacto dos resultados no dia-a-dia” e “satisfação” do não grupo participativo com as variáveis estudadas.

	ST		
	Satisfação	Impacto dia-a-dia	Satisfação
Variáveis Psicológicas			
EADS			
Depressão	.017	.246	.246
Stress	-.821	-.136	-.337
Ansiedade	.232	-.448	-.614
Comportamento alimentar			
ED- 15 Total	.323	.371	.169
Preocupação com a comida	.592	.161	.057
Preocupação com o peso	-.154	.555	.261
Rep(eat) Total	.587	.081	.284
Comer Compulsivo	.566	.208	.408
Comer Repetidamente	.576	.010	.254
TFEQ – comer emocional	-.442	-.778	-.233
TFEQ – restrição cognitiva	-.067	.358	-.286
TFEQ – comer descontrolado	-.648	-.908	-.464
UPPS	.199	.581	.63
IMC			
Mais baixo da idade adulta	-.370	-.232	-.291
Mais baixo desde a cirurgia	-.135	-.487	-.734*
No momento da cirurgia	.494	-.548	-.596
Atual	-.126	-.536	-.752*
Variáveis Sociodemográficas			
Idade	.010	.354	.085

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Estado Civil	.061	.419	.137
Anos de Escolaridade Completos	.392	-.178	-.125
Situação de emprego	-.165	.118	-.153
Influência do Peso	.406	.190	.490

ST Satisfação – Score Total do Questionário de Satisfação; Impacto dia-a-dia – Score Total da Subescala dos Itens Impacto dos resultados no dia-a-dia; Satisfação – Score Total da Subescala dos Itens de Satisfação; IMC – Índice de Massa Corporal; ED-15: subescala da preocupação com o peso e forma corporal e subescala da preocupação com a alimentação; TFEQ_R21 – subescala do comer emocional e subescala da restrição cognitiva e subescala de comer de forma descontrolada; Rep(eat)-Q - subescala para o subtipo compulsivo e subescala para o subtipo não compulsivo; UPPS-NU - subescala da urgência negativa; EADS 21- subescala da ansiedade e subescala da depressão e subescala do *stress*; * $p < .05$

Com a análise da tabela 3, verifica-se uma correlação negativa entre o IMC mais baixo desde a cirurgia e o IMC atual com a subescala satisfação com o programa do grupo não participativo. O que prediz que valores mais altos de IMC associam-se a valores mais baixos da subescala satisfação com o programa.

No que concerne aos restantes valores de IMC, variáveis psicológicas: a ansiedade, depressão e *stress*, impulsividade, psicopatologia do comportamento alimentar, variáveis sociodemográficas e influência do peso, não se verifica correlação com o score total e subescalas da satisfação.

Face ao exposto torna-se premente averiguar se existem diferenças na satisfação entre o grupo participativo e não participativo. Para isso utilizou-se o teste t para amostras independentes.

Os resultados dos valores do teste testão apresentados na tabela 4.

Tabela 4

Diferenças na satisfação nos grupos participativo e não participativo

	Participativos	Não participativos	t (22)
Satisfação	(n = 16)	(n = 8)	
	Média (DP)	Média (DP)	
ST Satisfação	2.972 (.857)	1.906 (1.242)	-2.157*
Impacto dia-a-dia	2.960 (.898)	1.906 (1.242)	-2.339*
Satisfação	2.984 (.851)	1.906 (1.242)	-2.386*

ST Satisfação – Score Total do Questionário de Satisfação; Impacto dia-a-dia – Score Total da Subescala dos Itens Impacto dos resultados no dia-a-dia; Satisfação – Score Total da Subescala dos Itens de Satisfação; * $p < .05$

Para uma melhor interpretação da tabela quatro, é fundamental referir que o motivo pelo qual o teste t não incluiu o $n = 37$ (grupo não participativo $n = 18$ e o grupo participativo, $n = 19$), prende-se com os casos omissos ($n = 13$) de resposta ao questionário de satisfação.

Após a análise da tabela 4, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo participativo ($n = 16$) e o grupo não participativo ($n = 8$) ao nível do score total do questionário de satisfação, $t(22) = -2.157$, $p = .044$, da subescala do impacto dos resultados do dia-dia, $t(22) = -2.339$, $p = .026$ e da subescala da satisfação $t(22) = -2.286$, $p = .029$.

O teste não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância associada ao teste t foi superior a 0,05).

Discussão

O APOLO-Bari é uma intervenção em grupo, com duração de um ano, que visa prevenir a recuperação de peso na população bariátrica durante o período pós-operatório. Este programa inclui um manual de autoajuda, com doze capítulos psicoeducacionais diferentes, com base na Terapia Cognitivo Comportamental, um sistema de monitorização, e o contato direto com um psicólogo especializado. Desde já é possível corroborar a pertinência da estrutura do programa com o descrito na literatura, que aponta a importância da terapia cognitiva comportamental na intervenção com pacientes bariátricos. Seja para os ajudar a avaliar o seu progresso ou para utilizar técnicas comportamentais no apoio às mudanças de comportamento saudáveis (Newson & Flint, 2011).

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

O APOLO-Bari baseia-se na capacidade de monitorizar continuamente as principais características do paciente e Saperstein e colaboradores (2007), referem que as intervenções são mais eficazes se forem personalizadas às necessidades dos pacientes. Além disso, a literatura descreve a importância de intervenções psicológicas ou de grupo para promover a perda de peso (Conceição et al., 2016).

O primeiro objetivo específico deste estudo visa analisar as percepções de satisfação com o programa e com o impacto dos resultados no dia-a-dia. Em geral, conclui-se que as participantes estão satisfeitas com o programa e o capítulo psicoeducacional favorito foi “emoções, pensamentos e alimentação”. Esta análise vai de encontro à literatura existente, que reforça a pertinência do papel do psicólogo no apoio aos pacientes a lidar com as emoções que são comuns após a cirurgia (Newson & Flint, 2011).

No que se refere ao impacto do programa no dia-a-dia, a maioria considera que a participação no grupo de apoio foi importante e que facilitou a manutenção da perda de peso. Por outro lado, as participantes admitem conseguir “moderadamente” alterar alguns comportamentos menos saudáveis que tinham. Este facto pode dever-se a terem conseguido obter resultados positivos com outras componentes no programa, por exemplo, com a influência que as dicas dadas ao longo das sessões em grupo tiveram no momento de lidar com os problemas.

Como enunciado, o APOLO-Bari trata-se de uma intervenção complementar ao tratamento, o que se revelou pertinente para as pacientes, pois, quando questionadas se consideravam este grupo de apoio como um complemento útil às consultas, a maioria das participantes reportou entre muito a extremamente.

O segundo objetivo específico, visa compreender se a satisfação com os resultados do programa está associada a alguma das variáveis estudadas, nomeadamente, a ansiedade, depressão e *stress*, impulsividade e psicopatologia do comportamento alimentar, diferentes IMC, variáveis sociodemográficas e influência do peso. Analisou-se que, no grupo participativo, valores mais elevados de satisfação, impacto dos resultados no dia-a-dia e satisfação com o programa, associam-se a valores mais elevados de depressão. Estas conclusões são interpretadas tendo por base o acompanhamento que é feito no programa. Assim, as participantes que revelam mais sintomatologia depressiva, sentem-se mais acompanhadas e por isso revelam maior satisfação.

Por outro lado, avalia-se uma correlação negativa entre a satisfação e a variável comer emocional e a escala de urgência negativa, ou seja, a tendência do indivíduo para ceder as fortes impulsos. A literatura indica-nos que estes comportamentos alimentares são frequentes em doentes

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

com obesidade grave que foram ou estão a ser submetidos a cirurgia bariátrica (Conceição, et al., 2014). Assim, é esperado, e tal como revela o nosso estudo, que na presença destes comportamentos desadaptativos a satisfação diminua.

Em relação ao grupo não participativo, concluiu-se que há correlação negativa entre as subescalas satisfação com o programa e os IMC mais baixo desde a cirurgia e atual. Estes resultados predizem o descrito na literatura, uma vez que Finch e et al. (2005), concluíram que a satisfação está associada a melhores resultados ao nível da perda de peso.

O terceiro objetivo específico, visa analisar se existem diferenças na satisfação entre os grupos participativos e não participativos. Tal como supramencionado, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo participativo e o grupo não participativo ao nível do nível do score total do questionário de satisfação, da subescala do impacto dos resultados do dia-dia e da subescala da satisfação.

Apesar disso o nosso estudo apresenta limitações. A primeira prende-se com o tamanho da amostra e a segunda limitação com a adesão à intervenção. A menor adesão verificou-se após a primeira sessão, cujo tema da sessão foi: “O ABC do pós-cirurgia – Motivar para a intervenção”. Esta circunstância pode dever-se a ser uma sessão na qual foi abordado um tema mais geral, que não corresponde às necessidades/problemáticas individuais das participantes. No entanto, é possível analisar isso por outro ângulo, nomeadamente, pelo facto de a primeira sessão ser vista pelas participantes como uma obrigação, não existindo na realidade motivação intrínseca para integrar o programa.

Em programas futuros esta pode ser uma alteração a ser considerada e para isso, seria pertinente aceder às perceções de satisfação de uma forma mais qualitativa, por exemplo, através de uma entrevista com os participantes, em que se pretendia perceber quais as suas expectativas quando iniciaram o programa e se foram ou não atingidas.

Outra recomendação para futuras intervenções está relacionada com o início do programa. O período crítico para recuperação de peso é entre os doze e os vinte e quatro meses, em que um número significativo de doentes recupera peso a longo prazo, principalmente entre os doze e os vinte e quatro meses após a cirurgia (Conceição et al., 2016). O período imediatamente após a cirurgia é relatado pelos pacientes como um dos mais difíceis e é neste momento que a intervenção psicológica é de extrema importância (Franques, 2003). Assim, seria pertinente intervir antes dos doze meses para antecipar esse período e com isto poderia verificar-se maior adesão e conseqüentemente maior satisfação.

SATISFAÇÃO COM O APOLO-BARI

Como conclusão deste estudo, observou-se que em geral as participantes estão satisfeitas com o programa e que se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo participativo e não participativo ao nível da satisfação.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition*. (Artmed, Ed.) (5th ed.). United States: American Psychiatric Association.
- Camolas, J., Gregório, M. J., Sousa, S. M., & Graça, P. (2017). Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde.
- Conceição, E. M., Machado, P. P. P., Vaz, A. R., Pinto-bastos, A., Ramalho, S., & Silva, C. (2016). APOLO-Bari, an Internet-based Program for Longitudinal Support of Bariatric Surgery Patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1246-z>
- Conceição, E., Mitchell, J., Engel, S., Machado, P., Lancaster, K., & Wonderlich, S. (2014). What is “grazing” ? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes and proposing a standardized definition. *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*, 1550-7289.
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization , assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, *9*. <https://doi.org/10.1002/erv.2397>
- Dicionário da Língua Portuguesa (2006). Porto, Porto Editora.
- Ellison, S. R, Ellison, S. D. (2008).Bariatric Surgery: a review of the available procedures and complications for the emergency physician, *The Journal of Emergency Medicine*, *1*, 21-32
- Finch, E. A., Linde, J. A., Jeffery, R. W., Rothman, A. J., King, C. M., & Levy, R. L. (2005). The effects of outcome expectations and satisfaction on weight loss and maintenance: Correlational and experimental analyses — A randomized trial. *Health Psychology*, *24*(6), 608–616. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.608>
- Franques (2003). Sobre o Comportamento e cognição. In: Arruda RTC (ed) *Obesidade mórbida e intervenção*, ESETEC Editores Associados, pp. 335, 2003.
- Malin S., & Kashyap, S. R. (2015). Differences in Weight Loss and Gut Hormones: Rouen-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy surgery. *Current Obesity Report*, *4*(2), 279–286. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0151-1>.
- Newson, L., & Flint, B. (2011). Applied psychology and Obesity Management. In Obesity Working Group, *Obesity in the UK: A Psychological Perspective*. British Psychological Society.
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., & Chengelis, D. L. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *20*,

349- 356. doi: 10.1007/s11695-009-9895-6

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da Adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Rubino, F., (2008). Is type 2 diabetes an operable intestinal disease? A provocative yet reasonable hypothesis. *Diabetes Care*, 31 Suppl 2(2), S290-296. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L351435672%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=19355548&id=doi:&atitle=Is+type+2+diabetes+an+operable+intestinal+disease%3F+A+provocative+yet+reasonable+hypothesis.&s>
- Saperstein, S. L., Atkinson, N. L., & Gold, R. S. (2007). The impact of Internet use for weight loss. *Obesity Reviews*, 8(5), 459–465. <https://doi.org/10.1111/j.1467789X.2007.00374.x>
- Sarver D.B., Dilks R. J., West Smith L,. (2014). Dietary intake and eating behaviour after bariatric surgery: threats weight loss maintenance and strategies for success.
- SNS (2018). Retrato da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas - Bariatric surgery indications and contraindications. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 68–72.
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, Psychometric Properties and Preliminary Clinical Validation of a Brief, Session-by-Session Measure of Eating Disorder Cognitions and Behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 00-00.
- Van Hout GCM, Verschure SKM, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005;15:552–60. doi:10.1381/0960892053723484.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.

Anexos

Parecer da Comissão de Ética



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 018/2015

Título do projeto: *Mind the gap: The efficacy of an internet based program as a post-care strategy for bariatric surgery patients*

Investigador(a) responsável: Doutora Eva Conceição, da Escola de Psicologia, da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Braga

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado "Mind the gap: The efficacy of an internet based program as a post-care strategy for bariatric surgery patients".

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 21 de abril de 2015.

A Presidente

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Digitally signed by MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
DN: cn=PT, ou=Centro de Ciências da Saúde, ou=Ciência, ou=Faculdade de Ciências, ou=UNIVERSIDADE DO MINHO, ou=ESTRELA LEÃO, ou=MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO, ou=UNIVERSIDADE DO MINHO, ou=ESTRELA LEÃO, ou=MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
Date: 2015.04.21 14:04:36 +0100

(Maria Cecilia de Lemos Pinto Estrela Leão)