

Contribuição dos autores:

RB Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

MME Orientação do projeto de pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final manuscrito.

HNP Coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

MIRMO Orientação do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Contato para correspondência:

Rayli Bossa

E-mail:

raylibossa.rp@gmail.com

Conflito de interesses: Não

Financiamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) - Número do Processo 2017/23869-3

Recebido: 23/05/2019

Aprovado: 13/12/2019



Contribuição da condição ocupacional de indivíduos obesos no comportamento alimentar

Contribution of occupational condition of obese individuals in eating behavior

Rayli Bossa¹; Mayara Martins Evangelista²; Hadilan Nascimento de Paula¹, Maria Rita Marques de Oliveira²

RESUMO

Introdução: Indivíduos obesos que aguardam a cirurgia bariátrica podem apresentar alterações do comportamento alimentar, como restrição dietética, alimentação emocional, e descontrole alimentar. Esses aspectos são comumente avaliados pelo Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ-18) e, pressupõe-se, que possam ser influenciados por variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, como o desemprego. **Objetivo:** Verificar se há uma relação dos aspectos do comportamento alimentar, medidos pelo TFEQ-18, com a condição ocupacional de indivíduos obesos. **Métodos:** A amostra foi composta por 522 indivíduos de ambos os sexos, de 18 a 65 anos, com Índice de Massa Corporal ≥ 40 Kg/m² ou ≥ 35 Kg/m² com comorbidades, que aguardavam a realização da cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e TFEQ-18, bem como verificado a altura e o peso atual dos pacientes. Foi realizada análise descritiva das variáveis e as características entre os grupos foram medidas por meio do teste t independente para variáveis contínuas e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Também foi realizado o teste t para análise dos itens do TFEQ-18 entre os grupos de pacientes de acordo com a situação ocupacional. **Resultados:** A amostra foi composta por 434 mulheres e 88 homens, com idade média de 39,1•10,7 anos. Desses 522 pacientes avaliados, 267 eram do grupo ativo e 255 do grupo não ativo. A maioria dos pacientes possuíam problemas de saúde, eram sedentários e estavam em união estável ou casados. Apenas a variável idade e estrato socioeconômico apresentaram diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$). A idade foi maior no grupo não ativo, e o estrato socioeconômico foi maior no grupo ativo. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação aos fatores do comportamento alimentar. **Conclusão:** A condição ocupacional não influenciou os aspectos avaliados do comportamento alimentar de pacientes que aguardavam a cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Sistema Único de Saúde; Emprego; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Introduction: Obese individuals awaiting bariatric surgery may present behavioral alterations, such as dietary restriction, emotional eating, and binge eating. These aspects are commonly evaluated by the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18), and they may be influenced by socio-demographic and socioeconomic variables, such as unemployment. **Objective:** To verify if there is a relation between the alimentary behavior aspects, measured by the TFEQ-18, and the occupational condition of obese individuals. **Methods:** The sample consisted of 522 individuals of both genders, aged 18 to 65 years, with Body Mass Index ≥ 40 Kg/m² or ≥ 35 Kg/m² with comorbidities, who are awaiting bariatric surgery in the public Unified Health System. The sociodemographic questionnaire and the TFEQ-18 were applied as well as the current weight and height of the patients were measured. A descriptive analysis of the variables was performed and the characteristics between groups were measured using the independent t test for continuous variables and the chi-square test for categorical variables. The t-test was also performed to analyze the TFEQ-18 items among the patient groups according to the occupational situation. **Results:** The sample consisted of 434 women and 88 men, with an average age of 39.1 • 10.7 years. From the 522 patients evaluated, 267 were on the active group and 255 on the non-active group. Most of the patients showed health problems, were sedentary and were married or in stable union. Only the variables age and socioeconomic stratum showed significant differences between the groups ($p < 0.05$). There was no significant difference between groups in relation to food behavior aspects. **Conclusion:** The occupational condition did not influence the evaluated the eating behaviors of patients awaiting bariatric surgery by the public health system.

Keywords: Obesity; Bariatric Surgery; Unified Health System; Employment; Feeding Behavior.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como uma doença multifatorial que tem como característica o acúmulo excessivo de gordura, e tem crescido

em todo o mundo tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública para os países¹⁻². Sua causa está associada a fatores sociais, comportamentais, psicológicos, genéticos e

físicos³. A cirurgia bariátrica tem sido um dos principais tratamentos desta condição e de comorbidades associadas⁴.

Existem evidências de que o comportamento alimentar, que envolve a seleção dos alimentos, o ato de se alimentar e os sentimentos causados pela alimentação, são importantes para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade⁵⁻⁶. Indivíduos obesos que aguardam a cirurgia bariátrica podem apresentar alterações desse comportamento, aumentando seu risco de insucesso após a cirurgia⁷.

Algumas das alterações do comportamento alimentar são: restrição dietética, conhecida como a tentativa de controlar a ingestão de alimentos a fim de controlar o peso corporal; desinibição ou descontrole alimentar, definida como situações de perda de controle sobre a alimentação seguido de sentimento de culpa; e alimentação emocional, caracterizada como comer em excesso induzido pelas emoções⁸⁻⁹. Para quantificar esses aspectos do comportamento alimentar, tem sido muito utilizado o Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ) de 18 itens^{8,10}.

O comportamento alimentar pode ser influenciado pela idade, sexo, classe econômica, contexto familiar, e estado nutricional dos indivíduos⁶. Um estudo realizado com a população iraniana¹¹ sugere que estar desempregado pode influenciar no comportamento alimentar e conseqüentemente na obesidade. Outro estudo mostrou que aqueles que estão em faixas de renda mais altas ou que estão empregados têm menores taxas de obesidade do que aqueles que estão desempregados ou ganham salário mínimo¹². O desemprego poderia, por exemplo, aumentar o nível de ansiedade¹³⁻¹⁴ e levar à compulsão alimentar¹².

Diante desse cenário, esse estudo tem como objetivo verificar a relação entre alimentação emocional, restrição cognitiva e descontrole alimentar, medidos pelo TFEQ-18, com a condição ocupacional de indivíduos obesos.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal realizado com pacientes obesos que estavam na fila de espera para a realização da cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes foram recrutados no ambulatório de cirurgia geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, um hospital-escola ligado à Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP). Os dados foram coletados entre março e agosto de 2018.

Considerou-se como critério de inclusão indivíduos de ambos os sexos, de 18 a 65 anos, com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 40 Kg/m² com ou sem comorbidades ou IMC ≥ 35 Kg/m² com comorbidades, tais como diabetes mellitus, alto risco cardiovascular, e hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, e que tenham passado por tratamento clínico por no mínimo dois anos sem obterem sucesso, conforme recomenda as portarias n° 424 e 425 de março de 2013¹⁵⁻¹⁶.

Os pacientes foram convidados a participar da entrevista com duração trinta minutos. Foram incluídos na amostra do estudo todos os pacientes elegíveis e que assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi aplicado o questionário sociodemográfico, composto por questões referentes: (a) idade; (b) sexo; (c) situação conjugal (considerado sem companheiro os que eram solteiros, viúvos e divorciados/separados, e com companheiro casados e amasiados); (d) condição ocupacional (ativos, indivíduos que trabalham e estudam, e não ativos, indivíduos desempregados, aposentados, que recebem pensão/benefício, e donas de casa); (e) nível de atividade física,

que foi classificado de acordo com as categorias do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta¹⁷⁻¹⁸; (f) problema de saúde como, por exemplo, depressão, hipotireoidismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, e fibromialgia; e (g) estrato socioeconômico, que foi classificado segundo Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁹.

Para avaliar os aspectos inerentes ao comportamento alimentar, foi utilizado o TFEQ-18, validado e traduzido para o Brasil⁵. Esse instrumento é utilizado para avaliar a "restrição cognitiva", que se refere a uma tendência de controle consciente da ingestão de alimentos para controlar o peso corporal ou para proporcionar a perda de peso; o "descontrole alimentar", que retrata a propensão a comer demais, em consequência da perda de controle sobre a ingestão acompanhada de sentimentos subjetivos de fome; e a "alimentação emocional", que é a tendência de ser incapaz de resistir a contratempos emocionais negativos⁸.

No **Quadro 1**, encontra-se o instrumento TFEQ-18, que é composto por 18 itens. Seis itens são atribuídos à restrição cognitiva (2, 11, 12, 15, 16 e 18), nove itens ao descontrole alimentar (1, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14 e 17) e três itens à alimentação emocional (3, 6 e 10). As questões de 1 a 13 são compostas por respostas dicotômicas, sendo 0 (falso) e 1 (verdadeiro), as perguntas de 14 a 17 são compostas por uma escala de resposta de 4 pontos (variando de 1-4), e a questão 18 possui uma escala de resposta de 6 pontos (variando de 0-6)⁵. Também foi avaliada a aplicabilidade do TFEQ-18, sendo considerado adequado quando 80% dos participantes relatam facilidade para entender e assinalar as respostas²⁰.

Foram aferidos altura e peso atual do paciente. Para a aferição da altura, foi utilizado um estadiômetro portátil vertical (Sanny com extensão de 210cm). Os pacientes foram orientados a ficarem descalços, em posição ereta, olhando para o infinito, sem roupas pesadas, distribuindo seu peso igualmente entre os pés, e os braços relaxados ao lado do corpo com as palmas das mãos viradas para o corpo, o calcanhar, nádegas e costas encostados na superfície posterior do estadiômetro. Para a aferição do peso corporal, foi utilizada a balança eletrônica digital (Filizola capacidade para 300kg). Os pacientes foram orientados a usar o mínimo de roupa possível, sem sapatos, sem acessórios e sem objetos nos bolsos, mantendo os dois pés em paralelo e o peso distribuído em ambos os pés, ereto e olhando para o infinito. Após aferir o peso e altura foi calculado o IMC e realizou-se a classificação do estado nutricional de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)²¹.

O cálculo da amostra foi realizado para atender o objetivo do estudo²². O TFEQ-18 tem 18 parâmetros (18 itens, 18 erros e três correlações entre os fatores latentes), assim, o tamanho estimado da amostra foi de 195 a 390 indivíduos. Considerando um absenteísmo de 30%, esse valor foi corrigido para 254 a 507 indivíduos. No entanto, vale ressaltar que um total de 522 indivíduos responderam os instrumentos e foram incluídos na amostra do estudo.

Foi testada e confirmada a normalidade e homogeneidade dos dados pelas medidas de forma (assimetria e curtose). A análise descritiva foi realizada, e apresentada em frequência (n) e porcentagem (%). As características entre os grupos foram medidas por meio do teste t independente para variáveis contínuas e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Também foi realizado o teste t para análise dos itens do TFEQ-18 entre os grupos de pacientes de acordo com a situação ocupacional. As análises foram realizadas utilizando o software SPSS versão 21, e para todos cálculos foi estabelecido nível de significância em 5%.

Quadro 1. Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ-18) por SANTANA (2016).

Itens do Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ 18)	Opções de Respostas
Restrição Cognitiva	
Item 2- Eu como intencionalmente pequenas quantidades como um meio de controlar meu peso.	Falso Verdadeiro
Item 11- Conscientemente, contendo-me nas refeições para não ganhar peso.	Falso Verdadeiro
Item 12- Não consumo alguns alimentos porque eles me fazem engordar.	Falso Verdadeiro
Item 15- Com que frequência você evita "armazenar" alimentos tentadores?	Quase nunca Raramente Geralmente Quase sempre
Item 16- Qual a probabilidade de você conscientemente comer menos do que você quer?	Improvável Pouco provável Moderadamente provável Muito provável
Item 18- Numa escala de 0 a 5, onde 0 significa nenhuma restrição em comer (come o que você quer e quando você quer) e 5 significa restrição total (constantemente limita a ingestão de alimentos e nunca cede), que número você daria a si mesmo?	Come o que quer, quando quer Geralmente come o que quer, quando quer Come muitas vezes o que quer, quando quer Muitas vezes limita o que come, mas muitas vezes cede Geralmente limita o que come, raramente cede Limita constantemente o que come, nunca cede
Descontrole Alimentar	
Item 1- Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou vejo um pedaço de carne suculento ou um alimento gostoso, acho muito difícil privar-me de comer, mesmo que tenha acabado de realizar uma refeição.	Falso Verdadeiro
Item 4- Estar com alguém que está comendo em excesso, muitas vezes me deixa com fome suficiente para comer também.	Falso Verdadeiro
Item 5- Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar.	Falso Verdadeiro
Item 7- Quando vejo uma verdadeira iguaria, muitas vezes fico com tanta fome que preciso comer imediatamente	Falso Verdadeiro
Item 8- Fico com tanta fome que meu estômago, muitas vezes, parece um poço sem fundo.	Falso Verdadeiro
Item 9- Estou sempre com fome, portanto, é difícil para mim parar de comer antes de terminar a comida no meu prato.	Falso Verdadeiro
Item 13- Estou sempre com fome suficientemente para comer a qualquer momento	Falso Verdadeiro
Item 14- Com que frequência você sente fome?	Só na hora das refeições Às vezes entre as refeições Frequentemente entre as refeições Quase sempre
Item 17- Você continua a comer compulsivamente embora não esteja com fome?	Nunca Raramente Às vezes Pelo menos uma vez na semana
Alimentação Emocional	
Item 3- Quando sinto-me ansioso (a), eu me pego comendo.	Falso Verdadeiro
Item 6- Quando sinto-me triste, muitas vezes como em excesso.	Falso Verdadeiro
Item 10 - Quando sinto-me sozinho, eu como para me consolar.	Falso Verdadeiro

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP com CAAE: 64495417.1.0000.5426 e Parecer n° 1.986.553.

RESULTADOS

A pesquisa incluiu um total de 522 pacientes, sendo 267 (51,1%) pacientes do grupo ativo, 434 (83,1%) mulheres e 88 (16,9%) homens, com idade média de 39,1±10,7 anos (ativo:37,9±9,2; não ativo: 40,5±12,0), e IMC médio de 47,2±7,1 Kg/m² (ativo: 46,6 ±6,8; não ativo: 47,9±7,3).

Na Tabela 1, encontram-se a frequência e a porcentagem de todas as características dos pacientes. A maioria dos pacientes possuíam problema de saúde, eram sedentários e estavam em união estável ou casados. O estrato socioeconômico comparado entre o grupo ativo e não ativo predominou a classificação C2, que corresponde a menos de R\$1.625,00 e D/E, que corresponde a menos de R\$768,00, respectivamente. Apenas as variáveis idade e estrato socioeconômico apresentaram diferença significativa entre os grupos (p<0,05). A idade foi maior no grupo não ativo, e o estrato socioeconômico foi maior no grupo ativo.

Tabela 1. Descrição das características dos pacientes que aguardam na fila de espera para a realização da cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS). São José do Rio Preto/SP, Brasil. 2019.

Características	Ativos (n=267) Não ativos (n=255)		p-valor
	n (%)	n (%)	
Idade			0,006
Adulto jovem (18 a 40 anos)	164 (61,4)	131 (51,4)	
Adulto maduro (41 a 65 anos)	103 (38,6)	124 (48,6)	
Sexo			0,405
Feminino	215 (80,5)	219 (85,9)	
Masculino	52 (19,5)	36 (14,1)	
Situação conjugal			0,941
Sem companheiro	94 (35,2)	86 (33,7)	
Com companheiro	173 (64,8)	169 (66,3)	
Estrato socioeconômico			0,024
A (R\$20.888,00)	9 (3,4)	1 (0,4)	
B1 (R\$9.254,00)	15 (5,6)	16 (6,3)	
B2 (R\$4.852,00)	28 (10,5)	27 (10,6)	
C1 (R\$2.705,00)	68 (25,5)	34 (13,3)	
C2 (R\$1.625,00)	83 (31,1)	59 (23,1)	
D/E (R\$768,00)	58 (21,7)	109 (42,7)	
Não respondeu	6 (2,2)	9 (3,5)	
Nível de atividade física			0,741
Muito ativo	3 (1,1)	0	
Ativo	24 (9)	17 (6,7)	
Insuficientemente ativo A	40 (15)	40 (15,7)	
Insuficientemente ativo B	42 (15,7)	33 (12,9)	
Sedentário	158 (59,2)	165 (64,7)	
Doença/problema de saúde			0,555
Sim	195 (73)	198 (77,6)	
Não	72 (27)	57 (22,4)	
IMC (kg/m ²) / Diagnóstico nutricional			0,112
35-39,9/Obesidade grau II	43 (16,1)	20 (7,8)	
≥40/Obesidade grau III	224 (83,9)	235 (92,2)	

Foi realizado teste t independente para variáveis contínuas e teste qui-quadrado para variáveis categóricas e foi considerado nível de significância p<0,05.

Aplicabilidade do TFEQ-18 foi testada e um total de 81,0% dos pacientes consideraram fácil assinalar as respostas e 76,8% entenderam facilmente os itens do TFEQ-18.

As alterações em relação aos fatores do comportamento alimentar (restrição cognitiva, descontrole alimentar e alimentação emocional) não foram significativamente diferentes quando comparadas em pacientes do grupo ativo e não ativo. É possível verificar que o fator do comportamento alimentar que apresentou maior média foi a restrição cognitiva, ou seja, os pacientes diminuem a ingestão alimentar para reduzir ou manter seu peso de forma consciente e isso ocorreu igualmente entre os grupos (Tabela 2). Para evitar a redundância, não foram apresentados os resultados das análises individuais de cada item do questionário, pois esses também foram realizados e não apresentaram nenhuma diferença entre os grupos.

Tabela 2. Influência da condição ocupacional nos fatores inerentes do comportamento alimentar. São José do Rio Preto/SP, Brasil. 2019.

Fatores do Comportamento Alimentar	Ativos (n=267)	Não ativos (n=255)	p-valor
Alimentação Emocional	1,5281	1,3961	0,202
Descontrole Alimentar	7,0674	6,8353	0,482
Restrição Cognitiva	8,6929	8,6667	0,927

Foi realizado teste t e considerado nível de significância p<0,05

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível identificar que a condição ocupacional não influenciou nos aspectos inerentes ao comportamento alimentar de pacientes obesos que estavam na fila de espera para a realização da cirurgia bariátrica no SUS. O estado emocional influencia o comportamento alimentar, isso porque muitos indivíduos tendem a aumentar sua ingestão alimentar em resposta as emoções negativas e positivas²³, como também em resposta ao estresse, depressão e ansiedade²³⁻²⁴. No entanto, em nosso estudo, foi observado que não houve diferença significativa no comportamento alimentar de obesos entre os grupos ativos e não ativos. Isso talvez porque a condição de desemprego não se apresente como um conflito ao obeso na fila de espera. A maioria desses pacientes relataram problemas de saúde, como dores articulares, fibromialgia, hipertensão arterial, hipotireoidismo, diabetes, o que pode tê-los excluído do mercado de trabalho, o que poderia tirar o trabalho do rol de preocupação desses mesmos.

Para ajudar a explicar a importância da condição ocupacional no comportamento alimentar, um estudo realizado no Irã¹¹ mostrou maior prevalência de obesidade em indivíduos adultos desempregados, sugerindo que a falta de trabalho pode ser um fator influenciável para o comportamento alimentar e consequentemente para a obesidade. O alto nível de estresse no ambiente de trabalho pode contribuir para desordens do comportamento alimentar^{25,26-27}, como mostra um estudo realizado com funcionários públicos brasileiros²⁶, em que aqueles com alta exigência no trabalho, e consequentemente maior estresse psicossocial, apresentaram prevalência de compulsão alimentar.

Por outro lado, o fato de o estudo não ter previsto um grupo controle não obeso, fica difícil saber se uma maior prevalência dos transtornos do comportamento alimentar entre obesos não permite discriminar os efeitos de outros fatores, como no caso a situação de desemprego. Fatores como o estado de saúde, a demora pelo atendimento no SUS e a própria carga da obesidade podem ter levado o grupo como um todo a uma maior prevalência dos comportamentos avaliados.

Vale ressaltar como ponto forte da nossa pesquisa a homogeneização dos dados entre os grupos ativo e não ativo, exceto idade e estrato socioeconômico. Este último teve sua coleta comprometida em alguns casos, devido à resistência de pacientes em relatar sua condição econômica. Além disso, o estudo é relevante, pois foi desenvolvido com pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema oferece

o tratamento cirúrgico da obesidade para aqueles que entram nos critérios estabelecidos¹⁸, porém a taxa de cirurgias é inferior a demanda, que é alta, o que resulta numa fila de espera longa, o que pode acabar levando as pessoas a esperarem por até 7 anos²⁸⁻²⁹. Portanto, compreender as condições de vida dos que aguardam a cirurgia é de extrema importância para estratégias que minimizam o sofrimento dessas pessoas. O nosso estudo nos leva a refletir e mostra a importância de mais pesquisas nessa área para esclarecer melhor o comportamento alimentar em pacientes obesos que aguardam a cirurgia bariátrica e os fatores relacionados, pois na literatura consultada foram encontrados poucos estudos relacionados a isso.

CONCLUSÃO

A condição ocupacional não influenciou os aspectos avaliados do comportamento alimentar de pacientes que aguardavam a cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde. Isso suscita a investigação de outros fatores preponderantes para o comportamento alimentar desse grupo.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization – WHO [homepage na Internet]. 2019 [acesso em 2018 Nov 26]. Obesity; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO [homepage na Internet]. [acesso em 2018 Nov 26]. Mapa da obesidade; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>
- Mensorio MS, Costa Junior AL. Obesidade e estratégias de enfrentamento: o que destaca a literatura? *Psicol Saúde Doenças*. 2016;17(3):468-82. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170313>
- Camolas J, Santos O, Moreira P, Carmo I. Indivíduo: results from a patient-centered lifestyle intervention for obesity surgery candidates. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11(4):475-88. doi: 10.1016/j.orcp.2016.08.003.
- Santana MS. Contribuição da insatisfação corporal e de variáveis demográficas e acadêmicas no comportamento alimentar de estudantes universitários brasileiros e portugueses [dissertação]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2016.
- Mostafavi SA, Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Eshraghian MR, Hosseini S, Chamari M, et al. The reliability and validity of the persian version of three-factor eating questionnaire-R18 (TFEQ-R18) in overweight and obese females. *Iran J Psychiatry*. 2017;12(2):100-8.
- Jesus AD, Barbosa KB, Souza MF, Conceição AM. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obes Nutr Emagrecimento*. 2017;11(63):187-96.
- Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Inter J Obesity*. 2000;24(12):1715-25.
- Jáuregui-Lobera I, García-Cruz P, Carbonero-Carreño R, Magallares A, Ruiz-Prieto I. Psychometric properties of Spanish version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Tfeq-Sp) and its relationship with some eating- and body image-related variables. *Nutrients*. 2014;6(12):5619-35. doi: 10.3390/nu6125619
- Taboada D, Navio M, Jurado R, Fernández V, Bayón C, Alvarez MJ, et al. Factor structure and psychometric properties of the TFEQ in morbid obese patients, candidates to bariatric surgery. *Psicothema*. 2015;27(2):141-50. doi: 10.7334/psicothema2014.46
- Asgari F, Biglarian A, Seifi B, Bakhshi A, Miri HH, Bakhshi E. Using quadratic inference functions to determine the factors associated with obesity: findings from the STEPS Survey in Iran. *Ann Epidemiol*. 2013;23(9):534-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.07.006
- Husky MM, Mazure CM, Ruffault A, Flahault C, Kovess-Masfety V. Differential associations between excess body weight and psychiatric disorders in men and women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018;27(2):183-90. doi: 10.1089/jwh.2016.6248
- Martins AE, Jesus SN. Crise financeira e desemprego: análise do seu impacto psicológico. *OMNIA*. 2018;8(3):61-6.
- Araujo PP, Araújo TM. Ansiedade entre desempregados como foco em diferenciais de gênero. In: *Anais Seminário de Iniciação Científica – Periódicos*; 2019; Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS; 2019.
- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília (DF) [acesso em 2018 Nov 22]. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; [aproximadamente 6 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília (DF) [acesso em 2018 Nov 22]. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
- Centro Coordenador do IPAC no Brasil – CELAFISCS [homepage na internet]. [acesso em 2018 Nov 22]. Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4974643/mod_resource/content/1/Classificacao-NivelAF-IPAQ2007.pdf
- Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física Saúde [periódico na Internet]*. 2001 [acesso em 2018 Nov 27];6(2):5-18. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP [homepage na Internet]. 2008 [acesso em 2018 Nov 27]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: file:///C:/Users/30062/Downloads/07_cceb_2008_em_vigor_em_2008_base_lse_2005.pdf
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO [homepage na internet]. 4. ed. São Paulo: ABESO; 2016 [acesso em 2018 Nov 22]. Diretrizes brasileiras de obesidade; [aproximadamente 94 telas]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
- Hair JF, Black WC, Babin B, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. Prentice Hall; 2005.
- Gelinas BL, Delporte CA, Wright KD, Hart R. Problematic eating behaviors among bariatric surgical candidates: a psychometric investigation and factor analytic approach. *Eat Behav*. 2015;16:34-9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.018
- Penaforte FRO, Matta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra*. 2016;11(1):225-37. DOI: 10.12957/demetra.2016.18592
- Hjarnoe L, Leppin A. A risky occupation? (Un)healthy lifestyle behaviors among Danish seafarers. *Health Promot Int*. 2019;29(4):720-9. doi: 10.1093/heapro/dat024
- Gralle APBP. Associação entre estresse psicossocial no trabalho e compulsão alimentar: resultados da linha de base ELSA-Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- Santana-Cárdenas S. Relationship of work stress with eating behavior and obesity: theoretical and empirical considerations. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2016;7(2):135-43. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):261-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400008>
- Rasera I, Luque A, Junqueira SM, Brasil NC, Andrade PC. Effectiveness and safety of bariatric surgery in the public healthcare system in Brazil: real-world evidence from a high-volume obesity surgery center. *Obes Surg*. 2017;27(2):536-40. DOI: 10.1007/s11695-016-2439-y