

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM CIRURGIA BARIÁTRICA: A ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS EMOCIONAIS, TRABALHO, RELACIONAMENTOS E PESO CORPORAL

Psychosocial aspects in bariatric surgery: the association among emotional variables, job, relationships and body weight

Graziela A Nogueira de **ALMEIDA**, Helenice Brizolla **GIAMPIETRO**, Lídia Barbieri **BELARMINO**,
Letícia do Amaral **MORETTI**, Júlio Sérgio **MARCHINI**, Reginaldo **CENEVIVA**

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO - Racional - Operações bariátricas têm sido consideradas alternativa para o tratamento de obesidade mórbida. Alguns eventos adversos que as pessoas experimentam após o tratamento frequentemente são consequência da falta de conhecimento consistente associada a fatores psicossociais que estão relacionadas ao status pré-operatório dos pacientes. **Objetivo** - Avaliar as variáveis psicossociais de 414 candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Métodos** - Foram utilizados entrevista semi-estruturada, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Binge Eating Scale (BES). **Resultados** - IMC foi maior entre os pacientes que não tinham emprego ($p = 0,019$), do sexo feminino, os que tinham um parceiro e os pacientes com IMC $< 50 \text{ kg} / \text{m}^2$, todos eles desejando ter peso menor ($p < 0,001$). Escores do BAI foram maiores entre os pacientes que não tinham emprego ($p < 0,05$) e maior naqueles com IMC $> 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ ($p < 0,05$). BDI foram mais altos entre as mulheres ($p < 0,05$) e menores entre aqueles que tinham um emprego ($p < 0,01$). Nenhuma diferença no BES foi encontrada. **Conclusões** - Os dados sugerem que as mulheres apresentaram indicadores mais elevados de ansiedade e depressão, sugerindo que elas tinham funcionamento psicológico mais frágil com dificuldades em lidar com a angústia. Auto-percepção, assim como competências e habilidades, podem refletir aspectos internos da personalidade do indivíduo. Pacientes que tiveram um emprego antes da operação parecia ter mais recursos emocionais. Assim, eles podiam sentir menos sofrimento, porque o emprego podia protegê-los. Mulheres e aqueles que não tinham emprego eram mais propensos a apresentar sintomas de depressão. Além disso, pacientes que não tinham emprego e aqueles com IMC $> 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ foram mais propensos a apresentar sintomas de ansiedade.

DESCRITORES - Depressão. Cirurgia bariátrica. Ansiedade. Emprego.

Correspondência:

Graziela Nogueira de Almeida,
e-mail: grazielanogueiradealmeida@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 14/12/2011
Aceito para publicação: 26/04/2011

ABSTRACT- Background - Bariatric surgeries have been considered an alternative for treatment of morbid obesity. Some adverse events that people experience after the treatment frequently are the consequence of the lack of consistent knowledge associated with psychosocial factors that are related to the pre-surgery status of the patients. **Aim** - To evaluate psychosocial variables of 414 candidates for bariatric surgery from Clinical Hospital of Medical School at University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil. **Methods** - Semi-structured interview, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Binge Eating Scale (BES) were used. **Results** - BMI was higher among patients who had no employment ($p = 0.019$). Female, patients who had a partner and patients with a BMI $< 50 \text{ kg} / \text{m}^2$, all of them desired have a lower weight ($p < 0.001$). BAI scores were higher among patients who had no employment ($p < 0.05$) and higher among those with a BMI $> 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ ($p < 0.05$). BDI scores were higher among women ($p < 0.05$) and lower among those who had an employment ($p < 0.01$). No difference in BES was found. **Conclusions** - The data suggest that women showed higher indicators of anxiety and depression, suggesting that they had a more fragile psychological functioning with difficulties in coping with distress. Self-perception as well as skills and abilities, may reflect internal aspects of individual's personality. Patients who had an employment before surgery seemed have more emotional resources. So, they may feel less distress because the employment may protect them. Women and those who did not have an employment were more likely to experience depression symptoms. Furthermore, patients who did not have an employment and those with BMI $> 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ were more likely to experience anxiety symptoms.

HEADINGS - Depression. Bariatric Surgery. Anxiety. Employment.

INTRODUÇÃO

Obesidade nas últimas décadas tornou-se uma epidemia mundial, atingindo mais de 900 milhões de pessoas com sobrepeso e cerca de 400 milhões de pessoas definitivamente obesas¹². Estudos recentes nos EUA mostraram alta prevalência de obesidade entre homens e mulheres (32% e 36% respectivamente)⁷. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹ estimou que o excesso de peso foi observado em cerca de metade dos homens e mulheres. A obesidade foi diagnosticada em 13% dos homens e 17% das mulheres. Além disso, estima-se que 3% dos homens e 7% das mulheres já atingiu o estado de obesidade classe III ou obesidade mórbida¹⁸. Estes são números alarmantes já que a obesidade pode levar a vários problemas de saúde, trazendo limitações físicas e psicossociais.

Cirurgias bariátricas têm sido consideradas alternativa para o tratamento para a obesidade classe III. Ela pode levar as pessoas a perder quantidade significativa de peso e tem a vantagem de conduzir melhoria importante na qualidade de vida relacionada aos aspectos físicos e mentais^{1,15,23}. Só nos EUA a partir de 2006 os relatórios da Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica estima que cerca de 170 000 pessoas tiveram cirurgia bariátrica⁹.

Embora a cirurgia bariátrica seja realmente importante procedimento para o controle da obesidade classe III, é relevante destacar que alguns eventos adversos que as pessoas experimentam após o tratamento, frequentemente são consequência da falta de conhecimento consistente associada a fatores psicossociais que estão relacionados com o pré-operatório dos pacientes. Assim, em muitos pacientes podem ocorrer falhas e eventos adversos que estão associados com indesejáveis aspectos psicossociais que estão relacionadas com o funcionamento físico, mental e social, bem como ao comportamento da imagem corporal e aspectos cognitivos²⁴.

No contexto da pré-cirurgia bariátrica, são observados avaliação psicológica em estudos de carácter geral que usam variedade de instrumentos - tais como inventários de sintomas, de rastreamento, de personalidade, escalas de avaliação da qualidade de vida e avaliação de transtornos alimentares^{3,19}.

Considerando que estes instrumentos de avaliação, muitas vezes "armadilham" as possibilidades de respostas diferentes de pacientes e limitam as informações a algumas alternativas pré-definidas, o uso destes instrumentos de forma isolada pode comprometer a qualidade e precisão das respostas. Diferentes estudos mostram a utilidade desses instrumentos, como inventário de depressão de Beck que rastreia os sintomas de depressão entre pacientes que são elegíveis para a cirurgia bariátrica^{13,17}.

Outros têm avaliados e documentados aspectos relacionados à qualidade de vida e de saúde mental antes e após a cirurgia bariátrica^{14,19}. Embora o uso de escalas padronizadas aumenta a capacidade de reproduzir os resultados - uma vez que são medidas isoladas -, eles não conseguem perceber como diferentes áreas interagem entre si.

Dentro deste contexto, apesar do grande número de estudos que se concentram em tentar caracterizar o perfil psicossocial das pessoas que desejam se submeter a esta operação, há poucos estudos com o objetivo de correlacionar as diferentes variáveis decorrentes de uma entrevista semi-estruturada (tais como aspectos relacionados ao emprego, relacionamentos e peso corporal) com as variáveis resultantes da utilização de escalas ou inventários de avaliação, tais como presença ou ausência de sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar.

O uso de entrevistas no contexto da avaliação psicossocial em cirurgia bariátrica tem sua relevância na medida em que pode fornecer informações sobre as variáveis específicas relacionadas à negação de problemas, dificuldades na modulação de pensamentos, sentimentos e comportamentos, e outras distorções cognitivas¹⁰. Na maioria das vezes usadas apenas como fonte de dados complementares ou de dados sócio-demográficos⁴, as entrevistas mais amplas podem ser muito úteis na avaliação pré-operatória psicológica, facilitando a comparação e confirmação dos resultados de avaliação decorrentes de inventários padronizados.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo avaliar variáveis psicossociais a partir de inventários padronizados de depressão, ansiedade e compulsão alimentar em relação às características derivadas de uma entrevista semi-estruturada.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Noventa e cinco por cento de todos os pacientes do Hospital foram avaliados, correspondente a 414 participantes. Todos eles tinham clínica de diagnóstico de obesidade classe III, ou seja, com índice de massa corporal (IMC) > 40 kg / m². Eles eram candidatos à cirurgia bariátrica e durante esta avaliação foram submetidos aos exames pré-operatórios.

Entre os pacientes, 79% eram do sexo feminino e 22% do masculino. A idade média foi de 39 anos (+ 10 anos), o IMC médio foi de 51 kg / m² (+ 7 kg / m²) para mulheres e 54 kg / m² (+ 7 kg / m²) para os homens. Sessenta e um por cento dos homens e 49% das mulheres tinham algum emprego. Importante, neste caso, a palavra "emprego" se referia a qualquer atividade remunerada.

Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados: uma entrevista semi-estruturada, que visava não só coletar dados sócio-demográficos, mas também compreender aspectos profissionais e de relacionamento, bem como aspectos relacionados ao peso; Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI)⁵, que teve como objetivo fazer um traço de sintomas psicológicos relacionados à depressão e ansiedade; escala de compulsão alimentar (BES)⁸ para avaliar a presença de sintomas de compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.

Coleta de dados

A avaliação psicológica foi realizada logo que os pacientes tinham sido considerados elegíveis pela equipe médica para começar a avaliação pré-operatória. Em geral, esta avaliação psicológica ocorreu por volta de dois ou três meses antes da operação.

Embora essas avaliações fazem parte da rotina do centro de cirurgia bariátrica, os pacientes foram convidados a participar do protocolo de pesquisa, que incluiu uma avaliação abrangente. Assim, é importante ressaltar que os dados aqui apresentados são parte de uma ampla avaliação.

Ao aceitar participar, os pacientes foram então avaliados por um psicólogo do centro de cirurgia bariátrica. Essas avaliações ocorreram em uma sessão e foram individuais, que durava aproximadamente uma hora e meia a duas horas.

É importante ressaltar que após cada avaliação, codificação e análise dos resultados, todos os pacientes receberam uma breve entrevista que visou dar os resultados de sua avaliação.

Tratamentos de dados

As entrevistas foram lidas e, em seguida, as respostas foram categorizadas de acordo com temas: sexo, peso, altura, IMC, estado civil, emprego e peso desejado.

Em relação aos outros instrumentos, os dados foram codificados de acordo com específicas recomendações de cada instrumento e, em seguida, a análise deles prosseguiu.

Tratamentos de dados foram feitos usando pacote estatístico SPSS 17.0 e teste t de Student.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os valores médios e desvios-padrão do IMC de acordo ao sexo, estado civil e emprego. O IMC foi significativamente menor entre os pacientes que relataram trabalhar no momento da avaliação do que aqueles que não estavam trabalhando ($p = 0,019$). Em relação ao sexo e estado civil não houve diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 2 mostra que as mulheres relataram

TABELA 1 - Média e desvio-padrão de IMC de acordo com sexo, estado civil e emprego

Característica	IMC		
	Média	SD	
Gênero	Feminino (n = 325)	51	7
	Masculino (n = 89)	54	7
Estado civil	Com o parceiro (n = 237)	51	7
	Nenhum parceiro (n = 177)	53	7
Emprego	Sim (n = 213)	51 *	7
	Não (n = 201)	52 *	8

$p < 0,01$ (Teste de Student)

TABELA 2 - Média e desvio-padrão de peso desejado de acordo com sexo, estado civil e IMC

Característica	Peso desejado		
	Média	SD	
Gênero	Feminino (n = 325)	72 **	11
	Masculino (n = 89)	86 **	14
Estado civil	Com o parceiro (n = 237)	74 *	12
	Nenhum parceiro (n = 201)	76 *	14
IMC	< 50 kg / m ² (n = 197)	72 **	11
	> 50 kg / m ² (n = 217)	77 **	14

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste t de Student)

desejo de peso significativamente menor do que os homens ($p < 0,001$). Pacientes que tinham um parceiro também relataram o desejo de peso significativamente menor do que aqueles que não tinham companheiro ($p < 0,05$). Pessoas com um IMC inferior a 50 kg / m² relataram desejo de ter peso significativamente menor em comparação com aqueles com IMC maior que 50 kg / m² ($p < 0,001$).

A Tabela 3 mostra a média e o desvio-padrão na pontuação dos pacientes no BDI instrumentos, BAI e BES em relação ao sexo, estado civil, emprego e IMC. Escores do BAI foram significativamente maiores entre os pacientes que não tinham emprego, em comparação com aqueles que trabalharam ($p < 0,05$). Pontuações no BAI foram significativamente maiores entre aqueles com IMC > 50 kg / m² ($p < 0,05$). Houve diferença significativa dos escores do BDI indicando escores mais altos entre as mulheres ($p < 0,05$). BDI foram significativamente menores entre os que estavam trabalhando, em comparação com aqueles que não trabalhavam ($p < 0,01$). Quanto ao BES diferenças estatisticamente significativas nas comparações não foram observadas.

TABELA 3 - Média e desvio-padrão da BAI, BDI e BES acordo com o sexo, estado civil, emprego e IMC

Característica	BAI		BDI		BES		
	Média	SD	Média	SD	Média	SD	
Gênero	Feminino	11	8	15 *	9	14	8
	Masculino	9	7	13 *	6	14	8
Estado civil	Com o parceiro	10	8	15	8	15	8
	Nenhum parceiro	10	7	13	8	13	8
Emprego	Sim	9 *	7	13 **	7	14	8
	Não	11 *	8	16 **	9	14	9
IMC	< 50 kg / m ²	10 *	7	13	8	14	9
	> 50 kg / m ²	11 *	8	15	9	15	8

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (Teste t de Student)

DISCUSSÃO

O presente estudo tem por objetivo investigar a presença de variáveis psicológicas em candidatos à cirurgia bariátrica comparando os resultados obtidos com o uso de inventários estandarizados e uma entrevista semi-estruturada.

Os resultados obtidos mostram que as mulheres com obesidade mórbida apresentaram escores mais elevados no BDI em relação aos homens, sugerindo maior presença de sintomas de depressão entre as mulheres. Dados normativos da Cunha⁵ mostram que a pontuação no BDI > 12 pode ser um indicador que sugere a presença de depressão leve.

Neste caso, embora ambos os homens e mulheres com sinais sugestivos de depressão leve, em média, as mulheres tinham diversidade significativamente maior de sintomas. A literatura indica a presença de sintomas depressivos entre as pessoas com obesidade mórbida em geral^{2,16,22}. No entanto, estes estudos não fazem comparações de resultados entre os sexos. Como visto, essa diferenciação parece ser muito importante e refletir sobre as razões que levam as mulheres a sentir os sintomas depressivos.

O presente estudo mostrou que as mulheres também queriam ter peso significativamente inferior aos dos homens. Se considerar-se esses dois aspectos, pode-se pensar que essas mulheres podiam estar passando por pressões internas e externas que são muito difíceis de lidar. Uma delas refere-se à exigência de ter um corpo diferente em comparação com o atual. Considerando que o peso médio dessas mulheres foi de 138 kg, atingir peso de 71 kg (valor equivalente ao peso desejado por mulheres) parece ser realmente muito difícil de ser alcançado, mesmo com a cirurgia bariátrica. A outra razão está relacionada com a exigência para ter corpo que devesse respeitar os padrões de beleza e estética que são transmitidas pela sociedade. Se considera que os parâmetros sócio-culturais podem influenciar a percepção da imagem corporal e, portanto, a auto-imagem, a valorização da aparência externa, assim como sentimentos de satisfação com o peso corporal pode ir além do tamanho do corpo real, mostrando também associação com outras variáveis, tais como as condições de saúde física e fatores psicossociais¹.

É também importante o fato de que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no resultado do traço de ansiedade, depressão e compulsão alimentar relacionadas com o estado civil.

No entanto, os pacientes que tinham um parceiro no momento da avaliação queriam chegar a menor peso, apesar de terem, em média, IMC mais baixo comparado com aqueles sem um parceiro.

O fato de que essas pessoas tinham um parceiro poderia dar-lhes alguma paz de espírito e até mesmo levar a alguma acomodação. Mas eles pareciam sentir

maior necessidade e/ou o desejo de diminuir o tamanho do corpo. Talvez, porque eles estavam sob pressão de seu parceiro ou por outras demandas inerentes ao casamento que não podiam ser facilmente satisfeitas por causa do excesso de peso.

Questões de lado, o que chama a atenção é a presença de insatisfação com o corpo, comum entre essas pessoas independentemente de suas condições de vida. Em outras palavras⁶, o julgamento sobre o corpo de uma pessoa pode ir além da forma física. Quando as pessoas têm personalidade mais estruturada e bons recursos de funcionamento mental, eles podem experimentar melhor compreensão sobre a sua atratividade física. Sugere-se, portanto, que a percepção da imagem corporal parece ir além da percepção tamanho, peso e forma. Ele também parece refletir a organização interna do indivíduo, especialmente relacionadas com a forma como o indivíduo se sente sobre ele / ela mesma.

Outra descoberta muito interessante refere-se ao fato de que a maioria dos pacientes (51,4%) estava trabalhando, ou seja, eles estavam tendo algum tipo de atividade remunerada antes da operação. Este achado se opõe ao que foi encontrado em outro estudo que relacionam baixo nível de emprego entre os candidatos à cirurgia bariátrica²⁵.

É importante destacar que o IMC dos pacientes que tinham um emprego foi de 61% dos homens e 49% das mulheres, o que é nível muito acima do que já é considerado gravemente obesas. Assim, apesar de todas as limitações físicas e dificuldades diferentes vividas por excesso de peso, eles ainda estavam ativos em termos de funcionamento ocupacional. Entre os pacientes que não trabalhavam o IMC médio foi de 52 kg / m², reforçando a ideia de que quanto mais obesa a pessoa, mais difícil de trabalhar.

Além disso, eles mostraram indicadores mais elevados de ansiedade e depressão em comparação com aqueles que tinham um emprego. Tê-lo é considerado fator protetor para o desenvolvimento de transtornos emocionais¹. Uma pessoa que trabalha, em geral, tem experiências de auto-estima de forma mais positiva e se sente mais confiante. Para os pacientes que trabalham pode-se supor que eles tinham condições emocionais de fazê-lo, apesar das dificuldades físicas.

Em um estudo que comparou os aspectos emocionais das mulheres em diferentes classes de IMC, o autor constatou que mulheres com obesidade classe III mostraram mais esforços para se adaptar ao ambiente em comparação a mulheres com obesidade grau I¹. Apesar da dificuldade em auto-aceitação e auto-valorização, estes dados sugerem que as pessoas com obesidade classe III mostraram esforço em busca de se adaptar a seu meio ambiente. Estes pacientes podem buscar o reconhecimento através de outros atributos, tais como melhor utilização dos seus recursos cognitivos. Assim, a suposta presença desses recursos pode estar protegendo as suas experiências

de angústia em relação aos indivíduos que têm um emprego. Neste sentido, esses pacientes podem sentir menos sofrimento antes da operação, porque eles têm um emprego que os protege.

Em relação aos pacientes com níveis mais elevados de obesidade, tomando como referência as observações de Al-Et Sarlio Lahteenkorva²¹, é possível levantar algumas hipóteses. Considerando os danos psicossociais que essas pessoas experimentam, como a associação entre excesso de peso e características negativas, pode-se supor que a falta de emprego não acontece apenas por limitações físicas, mas também por constrangimentos internos. Em outras palavras, talvez essas pessoas não têm recursos cognitivos que sejam o suficiente para conter as experiências de ansiedade, bem como para contrariar as atitudes de discriminação e preconceito de que pessoas obesas estão expostas. Em geral, elas são vistas como preguiçosas, desleixadas, repugnantes e poucos acreditam em suas competências cognitivas, condições físicas, sociais e psicológicas^{1,20,21}.

Assim, a condição emocional dos pacientes que não trabalham é de extrema importância. Como anteriormente referido, a auto-percepção, assim como competências e habilidades, podem refletir os aspectos internos da personalidade do indivíduo. Considerando que essas pessoas apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão, pode-se inferir que elas tinham funcionamento psicológico mais frágil com dificuldades em lidar com a angústia. Em um estudo que foi realizado apenas com mulheres que foram submetidas à cirurgia bariátrica, o autor observou que elas mostraram indicadores de dificuldade de lidar com a angústia antes da operação, apesar da presença de recursos positivos da personalidade organização¹.

Os dados encontrados mostram que as pessoas que estavam trabalhando antes da operação pareciam ter mais recursos emocionais, uma vez que elas foram significativamente melhores do que o grupo de pessoas que não tinham emprego. É questionável se essas pessoas eram melhores só porque elas tinham um emprego ou se o trabalho em si estava servindo como fator protetor.

Além disso, poderia também ser considerado um fator de proteção para recuperação mais rápida e eficaz da operação, fato que esses pacientes tem melhor ponto de vista psicológico se possuem emprego. Para responder a estas perguntas mais pesquisas devem ser realizados para tentar encontrar correlações positivas entre essas variáveis. Também seria de grande importância a realização de estudos que procurem caracterizar o papel da ocupação (emprego / trabalho) na recuperação do paciente que superou a cirurgia bariátrica. Mais estudos nesta área serão necessários para que eles possam investigar questões relativas ao trabalho e aspectos emocionais dentro de metodologia longitudinal, a fim de tentar compreendê-los dentro de um tempo contínuo.

Este estudo não utilizou inventários apenas, mas

também uma entrevista semi-estruturada que deu informações importantes sobre os pacientes. Este estudo caracterizou a relação entre os aspectos emocionais, relacionamentos, peso corporal e do emprego ou ocupação que era importante compreender algumas limitações desses pacientes e seus recursos emocionais e dificuldades. No entanto, esta entrevista não é validada ainda. Assim, sugere-se necessidade de ter ferramenta que vai ser um instrumento específico e validado para avaliar os candidatos à cirurgia bariátrica e que ele vai dar informações sobre algumas áreas relacionadas, que precisam ser avaliados.

CONCLUSÕES

Pacientes do sexo feminino e aqueles que não têm emprego são mais propensos a apresentar sintomas de depressão. Além disso, pacientes que não têm emprego e aqueles que têm IMC > 50 kg / m² são mais predispostos a apresentar sintomas de ansiedade e mais propensos a ter IMC mais elevados. Pacientes que tinham um parceiro desejavam menor peso do que aqueles que não tinham. Ambos, os pacientes do sexo feminino e pacientes com IMC 50 kg < / m², desejavam menor peso. Além disso, quando se considera a perda do peso esperado após a operação, é mais provável supor que pacientes com IMC mais baixo são mais propensos a querer peso menor.

REFERÊNCIAS

1. Almeida GAN. A imagem corporal los Mulheres: Aspectos psicossociais eA Cirurgia de restrição gástrica. Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.
2. Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e Qualidade de Vida los UMA maostra brasileira de obesos mórbidos. Avaliação Psicológica de 2008, 7 (2): 235-247.
3. Bauchowitz UA, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME et al. Avaliação psicossocial dos candidatos à cirurgia bariátrica: Um levantamento das práticas atuais. *Psicossoma Med.* 2005, 67:825-32.
4. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. preditores psicossociais da perda de peso e ajustamento psicológico após a cirurgia bariátrica e um programa de perda de peso: o papel mediador de comer emocional. *International Journal of Eating Disorders* 2009, 42 (2): 109-17.
5. Cunha JA. Manual da english version das Escalas Beck. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.
6. Fisak-Jr B, Tantleff-Dunn b S, Petersonb RD. Informações personalidade: Será que a influência avaliações atratividade de tamanhos diferentes do corpo? *Corpo Imagem* de 2007, 4 (2): 213-7.
7. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL et al. Prevalência e tendências na obesidade entre os adultos dos EUA, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303 (3): 235-41.
8. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W et al. Tradução e Adaptação para o inglês da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001, 23 (4): 215-20.
9. Gainesville, FL. Cirurgia metabólica deve desempenhar papel mais importante no tratamento da diabetes tipo 2 e outras doenças metabólicas. *Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica* 2007.
10. Glinski J, S Wetzler, Goodman E. A Psicologia da cirurgia bypass gástrico. *Cirurgia de Obesidade* de 2001, 5: 581-8.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008-2009. Antropometria e Estado nutricional de Crianças, adolescentes e Adultos no Brasil.
12. Kelly T, W Yang, Chen CS et al. Carga global de obesidade em 2005 e projeções para 2030. *International Journal of Obesity* 2008; 32: 1431-7.
13. Krukowski RA, Friedman KE, Applegate KL. O Utilitário do Inventário de Depressão de Beck em uma População Cirurgia Bariátrica. *Cirurgia da obesidade* 2010, 20 (4): 426-31.
14. Malone M, Alger-Mayer Estado Binge S. e Qualidade de vida após a cirurgia de bypass gástrico: Um Estudo de um ano. *Obesidade Research* 2004, 12: 473-81.
15. Mamplekou E, Komesidou V, Bissias C et al. Condição psicológica e Qualidade de Vida em Pacientes com Obesidade Mórbida Antes e Depois da perda de peso Cirúrgica. *Cirurgia de Obesidade de* 2005; 15 (8): 1177-1184.
16. Matos MI, Aranha LS, NA Faria et al. Binge eating disorder, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes de obesidade grau III. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002, 24 (4): 165-9.
17. Munoz DJ, Chen E, Fischer S et al. Considerações para o uso do Inventário de Depressão de Beck na avaliação do peso lossurgery-pacientes que procuram. *Cirurgia da obesidade* 2007, 17 (8): 1097-1101.
18. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade em o Unido . Estados, 1999-2004 *JAMA* 2006; 295 (13): 1549-55.
19. Oliveira JAI, Yoshida EMP. Avaliação psicológica de obesos Grau III os antes e depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia Reflexão e Crítica* 2009, 22 (1): 12-19.
20. Paulo R, Brownell KD. Preconceito, discriminação e obesidade. *Obesidade Research* 2001, 9 (12): 788-805.
21. Sarlio Lahteenkorva-S, Stunkard A, fatores Rissanen A. Psicossocial e qualidade de vida na obesidade. *International Journal of Obesity e Distúrbios Metabólicos* 1995, 19: S1-S5.
22. Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações parágrafo Realização das Operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002, 24 (suppl.3): 68-72.
23. van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FAM et al. Funcionamento psicossocial após Cirurgia Bariátrica. *Cirurgia de Obesidade de* 2006, 16 (6): 787-94.
24. van Hout GCM, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological Perfil da obesidade mórbida. *Cirurgia de Obesidade de* 2004, 14: 579-88.
25. Velcu LM, Adolphine R, R Mourelo et al. Perda de peso, qualidade de vida e situação de emprego após Roux-en-Y bypass gástrico: 5 anos de análise. *Surg Obes Relat Dis* 2005, 1:413-6;