

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 11/08/2017.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
CÂMPUS DE BAURU – FACULDADE DE CIÊNCIAS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

JOÃO PAULO FADINI

**Seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: avaliação
da qualidade de vida, estresse e depressão**

Bauru

2016

JOÃO PAULO FADINI

**Seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: avaliação
da qualidade de vida, estresse e depressão**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

Bauru
2016

JOÃO PAULO FADINI

**Seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: avaliação
da qualidade de vida, estresse e depressão**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais

Prof.^a Dr.^a Silvia Justina Papini

Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso

Fadini, João Paulo.

Seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: avaliação da qualidade de vida, estresse e depressão / João Paulo Fadini, 2016
64 f.

Orientadora: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2016

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Qualidade de vida. 4. Estresse. 5. Depressão. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE JOÃO PAULO FADINI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS.

Aos 11 dias do mês de agosto do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profª Drª SANDRA LEAL CALAIS - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SILVIA JUSTINA PAPINI do(a) Departamento de Enfermagem / Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de JOÃO PAULO FADINI, intitulada **Seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: avaliação da qualidade de vida, estresse e depressão..** Após a exposição, o discente foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profª Drª SANDRA LEAL CALAIS

Profa. Dra. SILVIA JUSTINA PAPINI

Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que permitiu tudo ser realizado.

A todos os participantes desta pesquisa, que possam ser vitoriosos e iluminados pela beleza da vida. Que superem as adversidades implicadas por esta etapa, que nunca percam a força e a coragem.

A todos os indivíduos que de alguma forma enfrentam problemas relacionados à obesidade e aos profissionais da saúde que atuam nessa área.

A todos os pesquisadores do Brasil - inclusive os que me ajudaram nesse trabalho - que propagam a ciência sem vaidades e que estimulam o outro a enveredar por esses caminhos e na vida acadêmica.

A todos que já tiveram um momento de fraqueza, não vai doer para sempre, então não deixe isso afetar o que há de melhor em você.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que direta ou indiretamente cooperaram na realização deste trabalho. Primeiramente agradeço a Deus, fonte de força, coragem, perseverança e amor.

À Maria Santíssima, mãe, mulher e inspiração no dom de ensinar. Nossa Senhora Aparecida por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À minha Família: por todo o amor, apoio, confiança e motivação incondicional, que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

Ao meu Pai: Por tudo que o senhor me deu e me ensinou. Obrigado pela sua generosidade e simplicidade que sem dúvida sempre me serviram de exemplo, pelo seu amor incondicional, pelo carinho e afeto. Não encontro palavras que consigam lhe agradecer, simplesmente fico completamente envolvido por um enorme sentimento de gratidão. Te amo!

À minha Mãe: por todos os momentos dedicados a mim, pelas palavras, pelos conselhos e pelo amor, obrigado por fazer parte da minha história, por ser minha querida mãe. Reforço aqui que isso que estamos atravessando é somente mais uma fase ruim e logo as nuvens negras irão se dissipar. Nesse momento o que mais desejo é que você seja forte para lutar e vencer essa batalha, mesmo com todo medo, com toda dor, mesmo assustada, quero ver você lutando bravamente como sempre fez em toda sua vida, pois eu estarei do seu lado como sempre estive. Te amo!

À minha querida Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais por acreditar que eu era capaz e pela orientação, na qual sem me conhecer, abriu as portas da faculdade como uma mãe abre os braços para receber um filho. Obrigado pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho, além dos indiscutíveis ensinamentos, amizade e compreensão em momentos difíceis. Obrigado por contribuir no meu crescimento pessoal e profissional.

À turma de mestrado: pela solidariedade construída nesse tempo de convivência. Em especial aos amigos Adelson Fidelis de Moura, Andréia Barbosa de Lima, Angélica Lopes Gonçalves, Claudia Cristina de Góes, Eder Ricardo da Silva, Laila Guzzon Hussein, Laura

Moreira Borelli, Taís Chiodelli e Marina Cristina Zotesso, obrigado pelo presente de suas amigas, o qual levarei para sempre em meu coração.

Às amigas de longa data: Jéssica Romero Lopes, Mayara Santini e Manuelle de Oliveira e Paula, mais que amigas, a família que Deus me permitiu escolher, muito obrigado por sempre estarem junto de mim, me apoiando e ajudando nas minhas decisões. Obrigado pela amizade de sempre, por me ajudarem nos problemas e a somar as alegrias, independentemente dos rumos da vida. Ainda aos amigos Vanessa Momesso e Wilson Scota, pessoas que eu conheci nesse momento de mudança e de experienciar o novo. Obrigado pela amizade, por acreditarem em mim quando eu achei difícil acreditar em mim mesmo. Obrigado por compartilharem tantas coisas boas e por marcarem tantas lembranças sobre nós.

Ao Hospital Amaral Carvalho, em especial ao Serviço de Cirurgia Bariátrica e a todos os profissionais engajados nessa equipe. Obrigado pela abertura e pelo precioso apoio na realização deste trabalho.

Pelas contribuições realizadas a esse trabalho: Ao Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso, pessoa a qual tenho um apreço imenso desde a graduação, sempre pronto a me ajudar e auxiliar em qualquer situação; uma grande pessoa, minha eterna gratidão. À Prof.^a Dr.^a Silvia Justina Papini, pessoa que conheci por meio do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Amaral Carvalho e que agradeço muito a oportunidade de trabalhar e fazer parte de um projeto magnífico que é desenvolvido nessa instituição. Obrigado por tudo e quero que saibam que escolha melhor para a Banca Examinadora deste trabalho não haveria.

A todos os participantes dessa pesquisa, obrigado pelo carinho e dedicação, principalmente nos momentos da coleta dos dados. À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – mediante a concessão de bolsa de mestrado, com período de vigência de agosto de 2014 a março de 2016.

Só tenho a agradecer às pessoas que durante esses dois anos passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si. A todos, os meus sinceros agradecimentos.

“É difícil levantar mais de 100 kg toda manhã, ainda mais quando o peso é do seu próprio corpo...”.

(M.I.S.V)

"A obesidade está entre as poucas doenças em que o paciente é responsabilizado por ter. Precisamos mudar esta visão! Precisamos tratar a obesidade com seriedade".

Maria Edna de Melo - Diretora da ABESO.

“Porque cada um, independente das habilitações que tenha, ao menos uma vez na vida fez ou disse coisas muito acima da sua natureza e condição, e se a essas pessoas pudéssemos retirar do quotidiano pardo em que vão perdendo os contornos, ou elas a si próprias se retirassem de malhas e prisões, quantas mais maravilhas seriam capazes de obrar, que pedaços de conhecimento profundo poderiam comunicar, porque cada um de nós sabe infinitamente mais do que julga e cada um dos outros infinitamente mais do que neles aceitamos reconhecer.”

(José Saramago)

RESUMO

Qualidade de vida (QV) implica não somente em ausência de doença, mas também ter boa capacidade física, bem-estar psicológico e funcionamento social adequado. Indivíduos que estão sob condição de estresse costumam apresentar baixa QV. Quando a condição estressora se faz presente em muitos momentos da vida de alguém, pode levá-la a exibir sintomas depressivos. Essa associação acarreta grandes problemas à saúde do indivíduo, fazendo-se necessário o estudo detalhado no âmbito clínico e geral, com o propósito de trazer novos benefícios e perspectivas. Na atualidade, a obesidade está associada com diversas condições de patologia não somente física, mas também psicológica tais como o estresse e a depressão. Uma possibilidade de reverter a obesidade é por meio da cirurgia bariátrica. O objetivo do presente estudo foi descrever e comparar a QV, indicadores de estresse e depressão do paciente obeso no período anterior e após cirurgia bariátrica. A pesquisa de caráter longitudinal contou com uma amostra de 32 pessoas, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e que se submeteram à cirurgia bariátrica. Os inventários aplicados foram o Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), o inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp (ISSL) e a Escala Baptista de Depressão Versão Hospital/Ambulatório (EBADEP/HOSP-AMB), em avaliação pré-cirúrgica e em acompanhamento pós-cirúrgico em dois e seis meses. Todos os cuidados éticos foram tomados e os dados foram analisados estatisticamente e tratados pelo teste Kruskal-Wallis para investigar diferenças de médias de respostas nos instrumentos entre três ou mais grupos, considerando as diferenças significativas para valores de $p < 0,05$. Foi feita análise inferencial e descritiva por meio de frequência e porcentagem e estatística não paramétrica, para possíveis diferenças de médias de respostas entre grupos e correlações. Constatou-se que a QV dos participantes submetidos à cirurgia bariátrica apresentou piora significativa em todos os domínios avaliados no acompanhamento de seis meses, apresentando resultados inferiores à primeira e segunda avaliações. Em relação ao estresse, os dados indicaram elevação no último acompanhamento de modo significativo se comparados às duas primeiras avaliações. No que corresponde à depressão, os participantes acometidos pela obesidade e candidatos a cirurgia bariátrica possuíam sintomas leves. Sugere-se novos estudos sobre a obesidade que apresenta consequências prejudiciais tanto para a saúde física do indivíduo quanto para seu bem-estar psicossocial.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Qualidade de Vida; Estresse; Depressão

ABSTRACT

Quality of life (QOL) implies not only absence of disease but also good physical ability, psychological well-being and adequate social functioning. Individuals who are under stress condition usually have low QOL. When the stressful condition is present at many times in someone's life, it can lead to depressive symptoms. This association causes great problems to the health of the individual, making necessary the detailed study in the clinical and general scope, in order to bring new benefits and perspectives. At present, obesity is associated with several conditions of not only physical but also psychological pathology such as stress and depression. One possibility of reversing obesity is through bariatric surgery. The objective of the present study was to describe and compare the QOL, indicators of stress and depression of the obese patient in the previous period and after bariatric surgery. The longitudinal research consisted of a sample of 32 people of both sexes, aged over 18 years and who underwent bariatric surgery. The inventories applied were the Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), the Lipp Adult Stress Symptom Inventory (ISSL) and the Hospital / Ambulatory Depression Baptist Scale (EBADEP / HOSP-AMB) Surgical and post-surgical follow-up in two and six months. All ethical care was taken and data were statistically analyzed and treated by the test for two groups Kruskal-Wallis to investigate differences in means of responses in the instruments between three or more groups, considering the significant differences for values $p < 0,05$. Inferential and descriptive analysis was performed by means of frequency and percentage and non - parametric statistics, for possible differences between means of responses between groups and correlations. It was verified that the QOL of the participants submitted to bariatric surgery presented significant worsening in all domains evaluated in the six-month follow-up, presenting inferior results to the first and second evaluations. Regarding stress, the data indicated a significant increase in follow-up in a significant way when compared to the first two evaluations. Concerning depression, participants with obesity and candidates for bariatric surgery had mild symptoms. Further studies on obesity are suggested that have detrimental consequences for both the individual's physical health and his / her psychosocial well-being.

Keywords: Obesity; Bariatric surgery; Quality of life; Stress; Depression

LISTA DE SIGLAS

- ABESO - Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
- DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DRS - Departamento Regional de Saúde
- DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
- EBADEP HOSP/AMB - Escala Baptista de Depressão versão Hospital Ambulatório
- ECNT - Enfermidades Crônicas não Transmissíveis
- HHA - Hipotálamo-hipófise-adrenal
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC - Índice de Massa Corporal
- ISSL - Inventário de Sintomas de Stress de Lipp
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
- QV - Qualidade de vida
- WHOQOL BREF - World Health Organization Quality of Life - Abreviado

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1.	Fluxograma das avaliações dos participantes.....	37
Tabela 1.	Dados sociodemográficos da amostra total da pesquisa.....	38
Tabela 2.	Resultados obtidos em relação à Qualidade de Vida e depressão nos três momentos da avaliação.....	39
Tabela 3.	Resultados obtidos em relação ao estresse nos três momentos da avaliação....	41
Tabela 4.	Qualidade de Vida, estresse e depressão segundo o Teste de Kruskal-Wallis nos três momentos de avaliação.....	42
Tabela 5.	Correlação entre os instrumentos aplicados na condição pré-cirúrgica.....	43
Tabela 6.	Correlação entre os instrumentos aplicados na condição pós-cirúrgica com três meses de cirurgia.....	44
Tabela 7.	Correlação entre os instrumentos aplicados na condição pós-cirúrgica com seis meses de cirurgia.....	45

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Carta de Aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa.....	60
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
Anexo C. Questionário Sociodemográfico.....	63
Anexo A. Correlação entre os instrumentos aplicados na condição pós-cirúrgica com 45seis meses de cirurgia.....	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Qualidade de Vida.....	17
1.2. Estresse.....	19
1.3. Depressão.....	22
1.4. Obesidade.....	24
1.5. Cirurgia Bariátrica.....	26
2. OBJETIVO	33
3. MÉTODO	33
3.1. Aspectos éticos.....	33
3.2. Local e caracterização do serviço.....	33
3.3. Participantes	34
3.4. Instrumentos	34
3.4.1 Questionário Sociodemográfico.....	34
3.4.2. World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref.....	34
3.4.3. Inventário de Sintomas de Stress de Lipp – ISSL.....	35
3.4.4. Escala Baptista de Depressão – Ebadep – Hospital/Ambulatório.....	35
3.5. Procedimento	36
3.6. Análise dos dados	37
4. RESULTADOS	37
5. DISCUSSÃO	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	60

APRESENTAÇÃO

Conhecer aspectos da qualidade de vida dos pacientes que apresentam a obesidade pode contribuir para a formulação de estratégias que promovam a percepção do próprio bem-estar e favoreçam a mudança de comportamento, levando ao controle da obesidade. Hoje se sabe que o estresse acompanha as diferentes dificuldades exibidas pelas pessoas e a obesidade pode ser uma delas. Também se apresenta nos dias atuais, grande frequência de casos depressivos, doença crônica e recorrente, responsável por incapacitações que requerem tratamento adequado para evitar recaídas.

Esta associação de obesidade, estresse e depressão pode agravar o prognóstico das comorbidades, com baixa aderência aos tratamentos e aumento do comprometimento físico, funcional e psicossocial de pacientes. A presença de depressão e do estresse pode interferir no tratamento da obesidade e nas mudanças comportamentais necessárias para um novo planejamento alimentar e para atividade física.

Devido ao agravamento das condições de obesidade, a cirurgia bariátrica pode ser uma possibilidade real de interromper o processo e trazer resultados satisfatórios para os acometidos pela obesidade. Ainda, se faz necessária a assistência multidisciplinar, integrando a rede de atenção à saúde pública. Este trabalho, feito na interface Medicina e Psicologia, pretende contribuir para a área tanto de uma como de outra. Também porque há poucos estudos longitudinais que consideram o tempo após cirurgia para verificar como ficou o paciente operado.

A pesquisa inicia-se com um levantamento de trabalhos científicos sobre qualidade de vida, estresse, depressão, obesidade e cirurgia bariátrica. Após a parte introdutória é apresentado o objetivo da pesquisa seguido pelo método, na qual são descritos os aspectos éticos, o local e caracterização do serviço em cirurgia bariátrica, os participantes e os materiais utilizados na pesquisa. O Procedimento diz respeito à forma como a pesquisa foi realizada e qual foi a análise de dados escolhida. Nos Resultados há a caracterização sociodemográfica dos participantes e os dados obtidos em cada instrumento. Após a apresentação dos resultados segue-se com a discussão dos dados a partir da literatura científica da área e anunciada na introdução, finalizando com as Referências e Anexos, sendo eles a Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética, o TCLE e o Questionário Sociodemográfico.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Qualidade de vida - QV

Logo após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de qualidade de vida (QV) estava diretamente relacionado a variáveis econômicas capitalistas, considerando a obtenção de bens materiais para avaliar seu nível nos sujeitos. Aos poucos o conceito foi sendo ampliado e passou a integrar também outros aspectos sociais, como educação, saúde e lazer; estando inclusive intimamente ligado ao movimento da promoção de saúde, iniciado em 1974, no Canadá (MELO et al., 2015).

Com o crescente avanço tecnológico e a consequente desumanização das práticas de cuidado, a discussão acerca da QV se mostrou ainda mais importante e a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar o construto como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se, portanto, de um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolve os componentes essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (WHOQOL GROUP, 1995; RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010; MELO et al., 2015).

Ainda assim, pode-se afirmar que a percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto sociocultural, incluindo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é um importante aspecto da QV. Intimamente relacionada ao bem-estar pessoal a QV abarca o estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida do ser humano. Indica o nível das condições básicas e suplementares da pessoa e estas condições envolvem desde o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, os relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, a educação e outros parâmetros que afetam a vida humana (SILVA et al., 2006; MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Para Germano et al. (2016) são várias as tentativas de delimitar o construto QV, porém nenhuma delas se restringiu ao fato de ter-se alcançado um consenso amplo, podendo assim considerar sua complexidade, envolvendo fatores temporais, objetivos e subjetivos. Porém, dentre as diversas definições a subjetividade, a multidimensionalidade e os aspectos positivos e negativos envolvidos no estado da pessoa sempre foram cruciais para seu entendimento. Embora haja divergências entre os diferentes pesquisadores a respeito do construto, esses três aspectos são consensuais nos estudos que tratam do tema.

Diante de tais aspectos, torna-se evidente que a noção de QV propõe uma quebra de paradigmas, buscando englobar elementos complexos e difíceis de serem mensurados. Além disso, contribui com a construção de uma clínica ampliada e com o conceito de saúde biopsicossocial, na qual podem ser ressaltados todos os aspectos essenciais nos processos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde em casos de agravamento da QV (MELO et al., 2015).

Muitas são as justificativas que englobam a qualidade de vida na problemática da obesidade. Para Bennedetti (2003) existe uma estreita relação entre obesidade e o declínio na QV, pois a diminuição ou extinção da atividade física é um dos fatores resultantes de comorbidades para aqueles que não seguem nenhum tipo de tratamento. Nos últimos anos, os estudos desenvolvidos no campo da obesidade têm se preocupado com a compreensão da QV do paciente obeso, pois havendo deterioração da saúde, haverá alterações sobretudo na capacidade física, no bem-estar psicológico e no funcionamento social. Para Almeida, Loureiro e Santos (2001), a QV dos obesos pode estar comprometida quando há associação com outras comorbidades, gerando distúrbios emocionais e psicológicos causados por prejuízo e discriminação.

Cuenca (2014) observou que nas últimas décadas a atividade física de pessoas obesas vem diminuindo gradativamente, sendo considerada uma população eminentemente sedentária, permitindo vários impactos em sua vida e alterações no seu bem-estar. A pessoa acometida pela obesidade apresenta diversas dificuldades ao desenvolver atividades físicas, sendo elas corriqueiras ou não, comprometendo assim sua saúde, além de contribuir para formulação de crenças distorcidas.

O exercício físico é uma das variáveis determinantes do grau de QV, embora existam outras igualmente importantes, como a alimentação, a saúde mental, o combate ao estresse, a interação social, entre outros. É considerado um fator de prevenção, sua prática regular e devidamente prescrita apresenta relação direta com a diminuição dos fatores de riscos no desenvolvimento de várias doenças, além de atuar na manutenção do peso corporal total, nas funções neuromusculares e atuar diretamente no bem-estar desses indivíduos (CASTRO FILHA et al., 2016).

Tavares, Nunes e Santos (2010), Kanoski (2012), Malta et al. (2014) e Silva et al. (2014) acreditam que no estágio da obesidade mórbida, considerando o indivíduo com índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/ m², pode-se desencadear um grande número de comorbidades. Doenças como o diabetes melito tipo II, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia e aterosclerose, entre outras, contribuem para o

aumento de mortalidade por doenças cardiovasculares e outras complicações patológicas, reduzindo assim, a qualidade de vida do indivíduo obeso.

Além das comorbidades na obesidade, outro fator que pode piorar a qualidade de vida é o estresse. Devido às mudanças no estilo de vida das pessoas, com pouco tempo para o lazer, preocupações econômicas, alimentação inadequada, o estresse parece fazer parte da vida das pessoas, na atualidade, deixando-as debilitadas e vulneráveis. Percebe-se que os efeitos do estresse excessivo e contínuo podem ser preditores para o desenvolvimento de inúmeras doenças, e ocasionando prejuízo para a QV do ser humano (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

1.2. Estresse

O termo estresse é de origem latina e foi utilizado pela primeira vez no século XVII, mas foi Hans Hugo Bruno Selye em 1926 que denominou estresse como um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para se adaptar, causando angústia e tristeza, identificando-o em alguns pacientes que sofriam de doenças diferentes, reações não específicas, porém, sintomas semelhantes. Chamou inicialmente esse conjunto de reações de “síndrome geral de adaptação” ou “síndrome de estresse biológica” (LIPP; NOVAES, 2000; LIPP; MALAGRIS, 2001; LIPP, 2003).

O estresse é, portanto, um conjunto de reações físicas e psicológicas em adaptação às situações novas, um desgaste geral do organismo causado por alterações que podem ser de ordem física ou psicológica, advindo da forma como a pessoa se vê forçada a enfrentar uma situação. O excesso de estresse pode gerar envelhecimento precoce, uma série de doenças e até a morte. É uma reação do organismo que ocorre quando o indivíduo deve lidar com situações que exijam grande esforço emocional para serem superadas (LIPP, 2000a).

O estresse, por outro lado, também pode ser considerado um mecanismo necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de dificuldade. Ainda para os autores, é impossível eliminar completamente o estresse, porém faz-se necessário reduzir seus efeitos danosos que a sociedade e as situações proporcionam e sensibilizar os indivíduos a administrar melhor os estressores do cotidiano (LIPP, 2000b)

Em seu livro “Stress: a tensão da vida” Selye em 1959 salienta que toda doença tem como elemento próprio o estresse, e esse produz alterações estruturais e químicas no organismo. Assim, diante da necessidade de adaptação, diversos sintomas são emitidos delimitando a síndrome em três fases. Primeira fase, a de alerta, diz respeito às sensações

características experimentadas pelo indivíduo ao se deparar com o estressor, como suor excessivo, respiração ofegante, taquicardia, entre outros. Neste momento ocorre a perda do equilíbrio interno (homeostase), porém, tais reações além de necessárias são indispensáveis para a sobrevivência do indivíduo. A segunda fase é a de resistência, nesta etapa se gasta muita energia e aparecem vários indícios de desgaste como cansaço excessivo, esquecimento e dúvida, pois o organismo busca recuperar o desequilíbrio sofrido, o que se torna possível quando consegue adaptar-se ou eliminar os estressores. A terceira fase é a de exaustão, na qual a impossibilidade de recuperar a harmonia interna faz com que os sintomas da fase de alerta reapareçam de modo mais acentuado gerando comprometimento físico, possibilitando o aparecimento de doenças como gastrite, úlcera, problemas dermatológicos, hipertensão arterial, depressão, ansiedade, dificuldades sexuais, entre outras (LIPP; NOVAES, 2000).

Posteriormente, Lipp (2003) acrescenta ao modelo trifásico proposto por Selye, a fase de quase-exaustão entre a resistência e a exaustão, por identificar que as pessoas não chegam inopinadamente à exaustão, oferecendo o modelo quadrifásico do estresse. As fases deste modelo são, portanto, alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A resposta do organismo é medida pela interpretação do sujeito, a maneira como ele filtra o estímulo é que rompe a homeostase interna e, por conseguinte gera a necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. Para Feitosa (2014), embora sejam mais comuns os estudos com o foco nos eventos negativos, os eventos de vida positivos tanto quanto os negativos podem desencadear estresse pelo esforço de adaptação ao novo desafio.

Pellegrini, Calais e Salgado (2012) em seu estudo apontaram as alterações que caracterizam o estresse, dividindo-o em três níveis: autonômico-fisiológico, somático-comportamental e cognitivo-afetivo. O nível cognitivo diz respeito à avaliação sobre o grau de ameaça que o estímulo oferece à pessoa. Ocorre na dimensão afetiva e de acordo com o repertório comportamental são avaliadas as capacidades de enfrentamento que auxiliam na seleção da resposta ao estressor, incitando então os recursos comportamentais e fisiológicos em função dessa escolha. No nível comportamental, os autores consideram que existem três respostas básicas aos estressores: enfrentamento, evitação ou passividade, e a resposta selecionada, por sua vez, define os recursos fisiológicos a serem mobilizados. No nível fisiológico, o hipotálamo coordena alterações cardiovasculares, como a elevação da pressão arterial, taquicardia, dentre outros.

Essas alterações aumentam a oxigenação dos músculos e do cérebro. Para aumentar a captação de oxigênio, ocorre a dilatação dos brônquios e taquipneia, sendo o oxigênio transportado pelo sistema circulatório mais rapidamente. Quando a ameaça está sob controle,

a superprodução de adrenalina cessa; se a ameaça persiste, ocorre aumento da glicogênese. Como resultado, diante da duração e da frequência desses mecanismos fisiológicos pode ocorrer esgotamento dos recursos do sujeito e o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos (PELLEGRINI; CALAIS; SALGADO, 2012).

Para Lipp (2004) algumas pesquisas realizadas no Brasil têm procurado averiguar a contribuição do fator estresse para a condição de adoecer, buscando alternativas para o tratamento e prevenção como estratégia para redução do risco de uma série de doenças. Sadir, Bignotto e Lipp (2010) referem que do ponto de vista físico podem surgir possíveis doenças devido à baixa do sistema imunológico; essas respostas psicofisiológicas do organismo ocorrem porque existe ligação dos sistemas neurológico, imunológico e endócrino para a realização das funções regulatórias do organismo e controle perante estímulos internos e externos.

Estudos empregando o estresse físico e mental relacionados à obesidade mostram um aumento da secreção de cortisol, sugerindo um aumento da sensibilidade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) tanto em homens quanto em mulheres obesas. Isso acontece porque o cortisol regula a diferenciação, função e distribuição do tecido adiposo e, em excesso, provoca a obesidade visceral. Pressupõe-se que a origem da anomalia do eixo HHA esteja na sensibilidade dos centros de estresse resultando na hiperatividade do eixo HHA. As consequências em rede periférica da hiperatividade do eixo HHA causam distúrbio endócrino múltiplo incluindo o aumento de secreção de cortisol, seguindo o impacto de situações estressantes e diminuindo os esteroides sexuais e secreções de hormônios do crescimento (ROSMOND; BJÖRNTORP, 2000; MATOS; MOREIRA; GUEDES, 2003; ROSMOND, 2005; LEITÃO, 2009).

Ferreira (2010) realizou uma avaliação quanto ao estresse e ao comportamento alimentar de 30 sujeitos divididos em dois grupos, na qual o primeiro grupo era candidato à cirurgia bariátrica e o segundo grupo era composto por sujeitos submetidos à cirurgia há menos de um ano. Foram utilizadas nesta investigação as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS) e o *Eating Disorders Inventory* (EDI) e seus resultados mostraram que as médias de estresse dos sujeitos submetidos à cirurgia foram mais baixas do que no outro grupo, dentre outros resultados.

No estudo de Tomaz e Zanini (2009) foi avaliado o uso diferencial de *coping* e o perfil psicológico de pacientes com transtornos alimentares (G1), obesidade (G2) e na população geral (G3), com 109 pessoas na amostra total, sendo 30 do G1, 30 do G2 e 49 do G3, utilizando os instrumentos *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A) e o *Eating*

Attitudes Test (EAT-26). Observou-se que pacientes com transtornos alimentares e com obesidade apresentavam o uso de estratégias de *coping* desadaptadas em medidas diferentes daquelas da população geral, evidenciando altos índices de ansiedade. Os autores ainda ressaltaram que os transtornos alimentares e a obesidade parecem ser influenciados por fatores de personalidade, sugerindo que indivíduos inseguros, com labilidade emocional, irritados, nervosos e com dificuldades para lidar com o estresse, ao enfrentarem problemas tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos, com o objetivo de diminuir a ansiedade causada pelo problema, mas não direcionando ações para a sua resolução.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) refere que o estresse, ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes, são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, reforçando a relação entre o estresse e a obesidade. Além do mais, para Joca, Padovan e Guimarães (2003), o estresse parece ser um dos principais fatores ambientais que predispõe um indivíduo à depressão. Em cerca de 60% dos casos, os episódios depressivos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes.

1.3 Depressão

Reconhecidamente como um problema de saúde pública a depressão evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais. Existem diversas abordagens no estudo da depressão, uma vez que ela pode ser decorrente de diversos fatores como o histórico familiar da doença, vivenciar grande número de eventos estressores, conviver em família disfuncional, baixa auto eficácia, ter problemas graves de saúde, entre outros (PINTO et al., 2015; STOPA et al., 2015).

A depressão é uma doença que se caracteriza por alterações no humor e pela perda de prazer em atividades antes prazerosas, e exhibe, além de tristeza profunda, uma série de outros sintomas. É uma doença psiquiátrica recorrente e incapacitante que para a confirmação do diagnóstico indaga-se sobre alterações psicomotoras, cognitivas e somáticas (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002; BAPTISTA, 2004; BAPTISTA; GOMES, 2011; ROCHA; COSTA, 2012; LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015).

O transtorno depressivo maior (TDM), assim nomeado pela *American Psychiatry Association*, apresenta uma incidência ao longo da vida em mulheres e em homens, podendo surgir em qualquer idade, porém as chances aumentam com o início da puberdade. O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V) considera que os pacientes acometidos por esse transtorno geralmente podem apresentar queixas como humor

deprimido, interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a quase todas as atividades, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou sono excessivo, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentir-se sem valor e com culpa excessiva, habilidade reduzida de pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas com ou sem plano para cometê-lo. Esses sintomas precisam causar impacto significativo no convívio social, no trabalho ou em outras áreas importantes (APA, 2013).

Correia e Ravasco (2014) acreditam que a associação entre obesidade e depressão não é bem conhecida e a compreensão dos fatores associados a essa relação é fundamental para um tratamento eficaz de ambas as doenças. Outros autores (MATOS et al., 2002; YANOVSKY et al., 2003; BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008) também ressaltam que a obesidade mórbida pode trazer um grande impacto à saúde mental, física, psicossocial e econômica dos pacientes, demonstrando de fato uma associação entre sintomas depressivos e obesidade ou ganho de peso.

Silva et al. (2006) e Gordon, Kaio e Sallet (2011) mencionam que a depressão, se presente nos pacientes obesos, está frequentemente ligada a emoções e pensamentos negativos e dificuldade em apreciar experiências agradáveis, afetando os padrões de comportamento diários. As pessoas deprimidas geralmente têm um forte impulso para enveredar por um excessivo conjunto de alterações comportamentais, tais como comer, dormir e consumir álcool em excesso, negligenciando alguns comportamentos mais saudáveis como o exercício físico, atividades de lazer, ou passar tempo com os amigos e família.

Rocha e Costa (2012) acreditam que os comportamentos direcionados para o objetivo de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza impostos como ideal podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal, em especial nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso, podendo gerar ou intensificar os sintomas depressivos. A obesidade e sintomas depressivos em conjunto atingem especialmente as mulheres, tornando-se algo alarmante, pois essa junção pode aumentar o risco de morbidade e mortalidade. O aumento de peso provoca alterações corporais, podendo ocasionar desvalorização no seu autoconceito psicológico, resultando em aumento da sensação de inadequação social e a diminuição da sensação de bem-estar.

Sobre a depressão, no estudo de Zini et al. (2009) foram avaliados 138 obesos mórbidos moderados e graves, homens e mulheres sendo 76,8% de mulheres, na faixa etária de 30 a 70 anos, candidatos à cirurgia bariátrica. Esse estudo constatou que nenhum

participante apresentou depressão grave, mas os de classe III encontravam-se, em sua maioria, em depressão leve.

1.4 Obesidade

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Está associada com aumento do risco de morbidade e mortalidade, bem como redução da expectativa de vida. O período de maior risco para a incidência da obesidade é a transição entre a adolescência e as etapas precoces da vida adulta (WHO, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) divide a obesidade em três níveis, sendo grau I (obesidade leve) com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 30 e 34,9 Kg/m², grau II (obesidade moderada) entre 35 e 39,9 Kg/m² e grau III (obesidade mórbida) com IMC acima de 40 Kg/m² (ABESO, 2009; WHO, 2014).

A ABESO aponta que o excesso de peso e a obesidade têm, de fato, trazem grandes consequências para a saúde, sendo que o risco aumenta progressivamente à medida que aumenta o IMC do indivíduo, sendo um fator de risco para doenças crônicas, tais como as doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo II. A obesidade é considerada uma doença epidêmica global do século XXI que precisa ser encarada mais efetivamente tendo em vista seu alto índice e as evidentes consequências na saúde integral da pessoa obesa. A condição da obesidade favorece em grande escala o risco de aparecimento e agravamento de doenças crônicas e de sofrimentos psicossociais (ABESO, 2009; MARCELINO; PATRICIO, 2011).

Mais de 1,9 bilhão de adultos no mundo estão acima do peso, configurando 39% com 18 anos ou mais (38% de homens e 40% das mulheres), sendo mais de 600 milhões de obesos, cerca de 13% da população mundial adulta, mostrando que a prevalência da obesidade em todo o mundo mais do que duplicou entre 1980 e 2014 (WHO, 2014). Projeções baseadas em inquéritos realizados nas últimas décadas estimam que no ano de 2025 a obesidade atinja 40% da população total nos EUA, 30% na Inglaterra e 20% no Brasil (CONDE; BORGES, 2011).

A obesidade, segundo Duncan et al. (2012), junta-se a um aumento do risco de complicações digestivas, pulmonares, alterações degenerativas osteoarticulares, assim como complicações que afetam a função reprodutora, entre outras. As condições de sobrepeso e obesidade configuram o sexto fator de risco mais importante para a carga global de doenças em face de sua associação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são consideradas importante problema de saúde pública, vinculadas a diversos fatores de

risco, com destaque especial para excesso de peso, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo.

Marcelino e Patricio (2011) apontam que no mundo inteiro há mobilizações científicas e políticas com o enfoque nesse problema. Deste modo, em fevereiro de 2011, a OMS junto aos ministros da saúde de países do continente americano, reunidos no México durante a Consulta Regional de Alto Nível das Américas Contra as Enfermidades Crônicas não Transmissíveis (ECNT), assinaram uma declaração propondo a criação de políticas públicas com o objetivo de combater a obesidade nas respectivas nações. Tal declaração reconhece a importância dos órgãos da saúde nessa luta contra a doença e seus agravos, mas coloca ênfase no caráter intersetorial das ações, propondo o engajamento dos setores de educação, cultura, comércio e até mesmo da mídia.

Recente pesquisa brasileira divulgada pelo Ministério da Saúde revelou que o consumo de produtos com alto teor de açúcar e gordura começa cedo no país. Esse estudo revelou que 60,8% das crianças com menos de dois anos de idade comem biscoitos, bolachas e bolos e que 32,3% tomam refrigerantes ou suco artificial, reforçando a ideia de que medidas protetoras e hábitos saudáveis devam ter início na infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A Pesquisa Nacional de Saúde também pesou e mediu a circunferência da cintura dos entrevistados e os dados demonstram que 56,9% dos brasileiros com 18 anos ou mais estão acima do peso, esse resultado refere-se a 82 milhões de pessoas. O índice é superior ao calculado nas edições anteriores pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), que chegou a registrar o índice de 42% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Gordon, Kaio e Sallet (2011) e Curren et al. (2012) mencionam que os índices de obesidade cresceram nos últimos 30 anos tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Para os países desenvolvidos assim como para os em desenvolvimento, essa é uma condição clínica grave com consequências nefastas tanto para a saúde física do indivíduo quanto para o seu bem-estar psicossocial.

Estimativas indicam que os gastos anuais da saúde pública em relação à obesidade compreendem entre 2% e 8% dos custos no mundo. Somente nos Estados Unidos os valores devem atingir entre 16% e 18% dos custos com saúde nesse quesito até 2030. No Brasil, os custos com hospitalizações no ano de 2001 relacionados ao excesso de peso e doenças advindas dessa condição alcançaram os 30 milhões de dólares (CURREN et al., 2012). Nesse sentido, observa-se também uma tendência de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade entre os jovens. Nas últimas quatro décadas, a prevalência de excesso de peso em

adolescentes brasileiros passou de 4%, em 1974, para 30% em 2010. Nos Estados Unidos, nesse mesmo período, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou de 17% para 50% entre os adolescentes (CUREAL et al., 2012).

Almeida, Zanatta e Rezende (2012) consideram que, além do aumento da morbidade e dos prejuízos físicos, a obesidade pode causar alterações comportamentais e que uma das contribuições para o desenvolvimento de distúrbios psicossociais e psiquiátricos é o fato de pessoas obesas serem alvo de discriminação e preconceito. Outros autores como Bennedetti (2003) e Kerrigan, Magee e Mitcheel (2011) mencionaram que a redução de peso por meio da cirurgia bariátrica, somente para obesos mórbidos, traz benefícios de significativa importância física e psicológica, como o aumento de energia, mobilidade e melhora da autoestima. A perda de peso bem-sucedida ajuda as pessoas a fazer tarefas que não executavam e se envolver com as suas próprias vidas e famílias, muitas vezes pela primeira vez em anos.

1.5. Cirurgia Bariátrica

Frente ao impacto na sociedade, as repercussões na qualidade de vida e a limitação de tempo na vida das pessoas são justificados os atuais critérios de intervenção para amenizar o problema. Dentre eles a cirurgia bariátrica que passa a ser uma das técnicas mais eficazes no tratamento da obesidade em curto prazo, sendo de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, almejando a redução de possíveis complicações no pós-operatório (GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

Devido a avaliação deste cenário da obesidade e das dificuldades das pessoas seguirem o tratamento habitual e terem sucesso com ele, a ciência médica foi estimulada a desenvolver um tratamento via intervenção cirúrgica. Desde a década de 1970, pessoas que sofrem com essa doença se estiverem dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, podem contar com essa ferramenta para o tratamento da obesidade mórbida. Apesar de terem sido desenvolvidos estudos com a população que se submeteu a este tratamento, especialmente de caráter qualitativo, segundo a avaliação de médicos que atendem essa população, a cirurgia em um período de curto prazo tem se mostrado como um método que traz novas perspectivas para os indivíduos obesos (BORDALO et al., 2011).

Apontada como um dos tratamentos mais eficazes para a obesidade mórbida, tanto para redução de peso quanto para a sua manutenção, a cirurgia bariátrica desponta num contexto no qual os tratamentos convencionais como dieta, atividade física, medicamentos e terapia ainda apresentam resultados insatisfatórios, corroborando a ideia de que a maioria dos obesos mórbidos não obtém sucesso com esses recursos, e favorecendo o surgimento de

outros problemas, além daqueles associados ao ganho de peso, como frustração, ansiedade constante, estresse e depressão, que influenciam ainda mais no comportamento alimentar inadequado e no agravamento da morbidade. O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes com obesidade mórbida ou pacientes com comorbidades, sendo elas: hipertensão arterial, diabetes tipo II, hipercolesterolemia, apneia do sono, insuficiência cardíaca, artroses, obstrução arterial, entre outras e também para aqueles que tentaram outro tratamento clínico e não obtiveram sucesso (MARCELINO; PATRICIO, 2011; FLORES, 2014).

As intervenções cirúrgicas não são indicadas para os pacientes portadores de pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática, além de existirem algumas contraindicações psiquiátricas como psicoses, abuso ou dependência de substâncias, alcoolismo, atraso mental, bulimia nervosa, compulsão alimentar, estados maníacos e ideação suicida. Nesse sentido, os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica devem estar preparados para uma reeducação alimentar, diminuindo a quantidade de alimentos ingeridos para perda de peso duradoura e estar consciente de possíveis complicações decorrentes da cirurgia. A redução do estômago pode apresentar grandes riscos aos pacientes compulsivos, levando a gerar transtornos psíquicos (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Com a eficiência da cirurgia bariátrica pode haver a promoção de mudanças imediatas na imagem corporal, diferentemente das mudanças psicológicas que ocorrem mais lentamente, culminando na possibilidade de que o indivíduo ainda tenha a percepção de obeso mesmo com uma perda de peso significativa (COSTA et al., 2009, PREVEDELLO et al., 2009, ALMEIDA, ZANATTA e REZENDE, 2012, BASTOS et al., 2013, DE PAULA, 2013).

Tonelli et al. (2013), em seus estudos de neuroimagem, revelam que a cirurgia bariátrica pode promover alterações nos padrões de responsividade de estruturas cerebrais relacionadas com o processamento de recompensa e controle cognitivo. Estes resultados demonstram que, após a cirurgia bariátrica as pessoas obesas podem se beneficiar de uma reorganização funcional dos sistemas neurais sobre a maneira que procuram alimentos calóricos, obter o prazer deles, bem como controlar a sua ingestão. Além disso, esses resultados apoiam uma nova e favorável expectativa por parte dos pacientes bariátricos, que podem acreditar que sua perda de peso tem origem em uma mudança de atitude em relação à comida. Os resultados parecem apoiar os relatos feitos por muitos pacientes após a cirurgia, não só sobre as mudanças nas preferências alimentares, mas também na palatabilidade de alimentos específicos, bem como o aumento de autocontrole sobre a ingestão de alimentos.

Isso reforça a ideia de que a cirurgia bariátrica não é uma alternativa puramente restritiva para o tratamento da obesidade, mas pode também exercer efeitos por meio de ações sobre o sistema nervoso central, justificando assim a sua utilização como método de intervenção.

O predomínio do sexo feminino na população é citado por Mazzeo, Saunders e Mitchell (2005), Ferreira et al. (2013), Mariano; Monteiro; Barros et al. (2015b) e Steyer et al. (2016). Mulheres de todos os grupos étnicos possuem maior procura do que homens em buscar a cirurgia bariátrica, podendo estar relacionado às consequências das pressões a respeito da estética. Além disso, na maioria dos países, as mulheres possuem distribuição maior de IMC e obesidade que os homens, justificando assim, sua maior procura pela cirurgia bariátrica.

Soares e Silva (2011) em seu estudo procuraram conhecer o impacto da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos comparando-a em mulheres com diagnóstico de obesidade grave indicadas para tratamento cirúrgico, com três grupos de mulheres em dois períodos pós-cirúrgicos diferentes utilizando o instrumento SF-36. Ao todo a amostra foi constituída por 181 participantes, das quais 118 com obesidade clinicamente grave candidatas a tratamento cirúrgico (Grupo 1), 18 submetidas a cirurgia há seis ou menos meses (Grupo 2) e 45 há doze ou mais meses (Grupo 3). O Grupo 1 apresentou menor QV, com resultados inferiores em todas as dimensões, exceto funcionamento físico, os Grupos 2 e 3 apresentaram maior QV que se aproxima dos valores normativos, exceto nas dimensões de dor corporal e saúde mental. Com base nessas informações, os autores afirmaram que as pessoas acometidas pela obesidade tendem a revelar graves dificuldades na capacidade de desempenhar suas atividades do dia-a-dia, assim, a QV tem demonstrado variar com a gravidade da doença, na qual os obesos mórbidos podem apresentar pior QV do que as pessoas com menores graus de obesidade. O estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2014) que teve como objetivo descrever o estado psicológico, o comportamento alimentar, bem como a QV de pacientes candidatos à cirurgia de obesidade revelaram que a cirurgia bariátrica foi geralmente associada com a melhoria do funcionamento psicológico e QV para a maioria dos indivíduos.

Foram estudados 82 pacientes obesos mórbidos de ambos o sexo que buscavam tratamento em um Serviço de Cirurgia de Obesidade de uma universidade pública do estado de São Paulo, sendo 43 pacientes candidatos à cirurgia de obesidade (Grupo A) e 39 participantes pacientes pós-cirúrgicos (Grupo B) e estes apresentaram resultados no WHOQOL-BREF que comprometia a QV para esta população. Assim, no que diz respeito às dimensões avaliadas pelo instrumento pode-se observar que todas elas são influenciadas em

maior ou menor grau pela obesidade mórbida, sendo que a menos prejudicada foi a dimensão social (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008).

No estudo de Moraes, Caregnato e Schneider (2014) os autores avaliaram 16 pacientes classificados como obesos no pré e no pós-operatório utilizando o instrumento WHOQOL-BREF e os resultados mostraram-se satisfatórios no que tange a QV. O mesmo pode-se observar em outros dois estudos com metodologias parecidas, que foram realizados no serviço público, em que a QV dos avaliados apresentou resultados positivos após a cirurgia bariátrica se comparados aos resultados obtidos nas avaliações pré-operatórias (KHAWALI et al., 2012; BARROS et al., 2015).

O mesmo aconteceu no estudo de De Souza e Johann (2014), no qual os pesquisadores avaliaram os aspectos relacionados à qualidade de vida de 16 pacientes submetidos há menos de um ano de cirurgia bariátrica por meio do instrumento WHOQOL-BREF. Essa avaliação permitiu certificar que a qualidade de vida das pessoas, em seus diversos domínios, melhorou após a perda de peso obtida pela cirurgia bariátrica.

Em outra pesquisa na qual os autores utilizaram o mesmo instrumento avaliando 36 pacientes classificados como obesos, Toledo et al. (2010) verificaram que a QV dos participantes melhorou de maneira geral após a cirurgia bariátrica, exceto no domínio psicológico, apresentando resultados superiores aos outros domínios. Porém os autores justificaram que estes pacientes fizeram parte de um serviço privado, restringindo o perfil dos mesmos no estudo.

Sabbioni et al. (2002) acompanharam 82 obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica com tempo de acompanhamento de 21 a 55 meses, a melhoria nos indicadores globais de QV foi identificada somente dois anos após a cirurgia. Como justificativa, os autores consideram que o baixo apoio social percebido logo após a cirurgia torna-se um fator dificultador na estabilização de relações e melhoria em outros domínios.

Dymek et al. (2002) avaliaram a QV de pacientes obesos em quatro grupos: pré-cirurgia (T1), algumas semanas após cirurgia bariátrica (T2), seis meses após (T3) e um ano (T4). Nos grupos T2 e T3 houve diferenças significativas quanto aos domínios do instrumento de QV de vida, que avaliou o funcionamento físico, a autoestima, a vida sexual, o meio social e o trabalho, culminando em declínio na qualidade de vida. Outra hipótese levantada pelos pesquisadores Dos Santos et al. (2012) é de que a dificuldade na melhoria de QV no pós-operatório tardio é de que o paciente obtém menos apoio da equipe multidisciplinar e menos atenção e incentivo para perda de peso depois do primeiro ano de cirurgia, porém salientam que somente a perda de peso não explica a melhoria de QV após a cirurgia, pois essa melhora

pode ser influenciada por fatores psicossociais que é algo inegável e inerente devido ao fato de que vida está repleta de estímulos, fatos e circunstâncias que revelam em nós muitas vezes o estresse.

No estudo de Langaro et al. (2011), foram avaliadas 24 mulheres entre 20 e 56 anos, submetidas à cirurgia bariátrica há pelo menos 90 dias, quanto à ansiedade, depressão e traços de personalidade, exibindo escores de depressão e ansiedade mínimos. Também seus traços de personalidade incluíam com maior frequência a alta deferência, ou seja, respeito, admiração e reverência a pessoas hierarquicamente superiores e baixa agressividade.

De Oliveira e Yoshida (2009) investigaram depressão, ansiedade, alexitimia, sintomas psicopatológicos e estilo defensivo de obesos mórbidos antes e após cirurgia bariátrica em 65 participantes, divididos em dois grupos sendo que o primeiro, com 97% de mulheres, não havia feito a cirurgia e o segundo, com 88% de mulheres que haviam se submetido à intervenção cirúrgica entre seis e 33 meses. O grupo de espera cirúrgica apresentou depressão leve, mínima e moderada, e o grupo pós-cirúrgico apresentou depressão mínima e moderada, sem nenhum caso de depressão grave nos dois grupos.

Em seus estudos, Almeida, Zanatta e Rezende (2012) avaliaram a questão da depressão em 40 participantes considerados obesos, em três momentos: pré-operatório, seis meses e 12 meses após a cirurgia bariátrica utilizando o instrumento BDI. Com relação aos resultados encontrados nas aplicações, a depressão antes da cirurgia era leve e nos dois momentos após o índice encontrado foi de depressão mínima, portanto, houve uma diminuição significativa entre o pré-operatório e nos dois momentos do pós-operatório.

Nessa acepção, Simon et al. (2008), Almeida et al. (2011), Abeso (2011), Moraes, Almeida e Souza (2013) também chamam a atenção para a presença de sintomas depressivos em qualquer nível com essa população, o que permite sugerir que o nível mínimo de sintomas depressivos parece ser um fator significativo envolvido nessa problemática. Além disso, após a cirurgia, estes pacientes apresentaram aumento no escore de depressão, embora com intensidade mínima, índice condizente com os dados que a literatura aponta. Tosetto e Simeão Jr (2008), quanto às variáveis psicológicas levadas em consideração, em outro estudo com a mesma população puderam observar que 75% dos sujeitos apresentaram intensidade mínima de depressão em ambos os grupos avaliados,

Van Hout, Verschure e Van Heck (2005) e Luppino et al. (2010) verificaram que, após a cirurgia, muitos dos indivíduos com perda significativa de peso não apresentaram melhorias no nível dos sintomas depressivos mesmo que fossem mínimos. Assim, faz-se necessária uma melhor compreensão no que diz respeito a problemática acerca da obesidade.

Akamine e Ilias (2013) consideram o fato de que a obesidade é uma doença complexa de difícil manejo e todos os serviços que realizam essa cirurgia precisam ser treinados para atender a estes pacientes, com a equipe multidisciplinar composta por cirurgião, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e psiquiatra. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde, juntamente com Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, definiu diretrizes que tornam obrigatória a avaliação multidisciplinar destes pacientes.

Mariano, Monteiro e Paula (2013) reforçam ainda que a ideia de que um acompanhamento pré e pós-operatório por equipe multiprofissional é primordial para o sucesso do tratamento da obesidade. Para tanto, os profissionais de saúde que atuam nestas equipes, ao se apropriarem destas informações, devem considerá-las relevantes para a abordagem do paciente, lembrando-se que a dimensão social do trabalho corresponde a importantes aspectos do viver e essa deve estar incluída na atenção à pessoa acometida por essa doença.

Facilmente se presume que o obeso mórbido é um indivíduo que tem a vida prejudicada devido ao excesso de peso necessitando de tratamento efetivo, de preferência em curto prazo, porém, as demais repercussões deste fenômeno também precisam ser abordadas e levadas em consideração. Sabe-se que pacientes candidatos à cirurgia bariátrica constituem um grupo de risco para transtornos psíquicos, cerca de 20% a 70% dos pacientes obesos que procuram tratamento para tal condição têm histórico de algum transtorno mental (GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

Desta forma, o suporte psicológico assume um papel relevante, pois a tentativa de controlar cada fator isoladamente pode inviabilizar um bom resultado geral. O papel do psicólogo engloba desde a avaliação pré-operatória como também o manejo clínico, visando o preparo e a adaptação pós-cirúrgica, além de estimular os pacientes acometidos pela obesidade a desenvolverem hábitos saudáveis, como a escolha por alimentos menos calóricos, praticar atividades físicas regulares e controlar muitas vezes seus pensamentos obsessivos, visando a melhoria de sua QV (AKAMINE; ILIAS, 2013).

Stone e Browell (1994) enfatizam que os eventos de adversidade e estressores presentes nessa relação podem estar associados à necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais. Com isso, a diminuição dos alimentos ingeridos pelos pacientes obesos, como resultado das novas adaptações em suas rotinas, modificações de seus hábitos alimentares e até mesmo suas atividades no dia-a-dia, seguindo regras e obedecendo a dieta para a eficácia do procedimento cirúrgico, tornam-se fatores

desencadeantes dessa relação, resultando em dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia.

Para Almeida, Zanatta e Rezende (2012), essa redução significativa de peso é atribuída a uma interação de fatores como a redução na ingestão calórica resultante da diminuição da capacidade gástrica e absorção, além de fatores hormonais que levam a uma redução do apetite. Após os seis primeiros meses da cirurgia, a dieta dos pacientes está praticamente normalizada e com refeição próxima às habituais, voltando para o padrão alimentar anterior à cirurgia, justificando a ideia de que nesse período a perda de peso é bastante acentuada, depois vai se tornando mais lenta e estabiliza após dois anos.

Gordon, Kaio e Sallet (2011) alertam que em geral o paciente obeso pode desenvolver diversos comportamentos de esquiva após a cirurgia, fazendo com que os pensamentos não acompanhem as alterações físicas do corpo, podendo vir a desenvolver reações psicológicas e comportamentais, como por exemplo, troca de alimento por bebidas, compulsão por compras, sexo, jogos, entre outros. Muitos aspectos como os psicológicos, familiares, psicobiológicos e genéticos precisam ser avaliados com atenção. Perder peso pode significativamente melhorar ou curar as comorbidades instaladas, assim como reduzir as chances de futuros problemas de saúde, além de readquirir QV, condição que muitos pacientes tinham perdido ao longo do tempo do desenvolvimento da obesidade.

Ainda para os autores o objetivo do tratamento cirúrgico não se restringe apenas ao controle ponderal, mas também à melhora no funcionamento psicossocial como mencionado anteriormente, que pode ser visto na evolução de QV, condição esta necessária para a estabilização dos parâmetros clínicos, como a diminuição da ansiedade, estresse e outros transtornos associados a essa condição. Nesse sentido, faz-se necessário entender as relações entre a motivação para a reeducação alimentar e as mudanças no estilo de vida para o sucesso da intervenção cirúrgica, evitando muitas vezes que o estresse pré-operatório seja um preditor para o fracasso da cirurgia no pós-operatório (GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

Considerando as informações anteriormente descritas, foi feito este estudo levando em conta os construtos qualidade de vida, estresse, depressão na obesidade e cirurgia bariátrica. Conhecer aspectos da qualidade de vida dos pacientes que apresentam a obesidade pode contribuir para a formulação de estratégias que promovam a percepção do próprio bem-estar e favoreça a mudança de comportamento. A presença de estresse pode influenciar o comportamento dos indivíduos, pois qualquer mudança significativa deve ser equilibrada com a habilidade de lidar com ela. A identificação eventos internos e externos que desencadeiam a resposta de estresse pode ajudar o indivíduo, promovendo a oportunidade de melhorar a

qualidade de vida e, talvez, impedir o aparecimento de um quadro depressivo. Estudos longitudinais, por sua condição temporal e de custo, não são muito frequentes na literatura. Desta forma, este estudo pretende contribuir para a área.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo objetivou uma análise descritiva dos aspectos concernentes à qualidade de vida, sintomas de estresse e depressão, bem como a compreensão por meio da literatura de que a obesidade constitui uma condição grave e de consequências nefastas para a saúde do indivíduo, pois o crescente aumento da problemática, em especial quando o IMC $\geq 40,0$ kg/m e a sua associação com comorbidades influenciam diretamente o bem-estar físico, emocional e psicossocial possibilita a relação do impacto significativo sobre o declínio da qualidade de vida, assim, podendo considerar que sua realização cumpriu com o objetivo proposto. Porém, estudos mais detalhados sobre todos os fatores envolvidos na obesidade independente do seu grau são necessários para entender a sua etiologia considerada multifatorial, para então possíveis propostas de terapêuticas que rodeiam todos estes aspectos.

A pesquisa possibilitou observar a dificuldade em encontrar na literatura estudos que relacionam o estresse e a obesidade, sendo esse um aspecto importante quando presente em várias outras doenças. Isso ficou perceptível na busca de pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento proposto no estudo em questão e com a mesma problemática, permitindo assim voltar a atenção para este ponto de suma importância, visto que essa questão foi de maior significância nas avaliações concebidas com essa população.

Torna-se necessário que os profissionais de saúde e pesquisadores estimulem essa população a buscar estratégias que promovam a percepção do próprio bem-estar e favoreçam a mudança de comportamento que resulte na melhoria da qualidade de vida dos mesmos. E com isso, a valorização das equipes multidisciplinares, para que possam ser formadas com a presença também da psicologia antes e depois da realização da cirurgia bariátrica.

Uma característica importante deste trabalho de caráter longitudinal é que nas três avaliações, uma no pré-operatório e duas no pós-operatório os participantes que fizeram parte da amostra foram os mesmos, assim o número de participantes neste trabalho ficou aquém do esperado, devido a sua metodologia: somente cirurgias públicas e no hospital considerado é que fariam parte. Aconselha-se a que outros trabalhos expandam a quantidade de participantes para maior quantidade de dados.

Outro aspecto importante a considerar é que no Brasil, mesmo com o crescente interesse no estudo da obesidade, devido à oferta de tratamento cirúrgico não somente por clínicas particulares e convênios, mas também por hospitais públicos, a literatura existente sobre o tema é escassa e limitada. Há necessidade de outros estudos englobando essa temática.

Quanto à avaliação longitudinal, um aspecto importante deste trabalho, é necessário que se dê suporte para tais estudos. O tempo dentro de um hospital acaba sendo muito oneroso e é interessante que se possam fazer seguimentos nas diversas populações obesas e suas relações com os mais variados construtos em períodos maiores do que os deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.
- AKAMINE, A. M. B. C.; ILIAS, E. J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol.59, n.4, p. 316-317, 2013.
- ALMEIDA, G. A N. et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD, arquivo brasileiro de cirurgia digestiva**, São Paulo, vol. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.
- ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, vol. 4, p. 359-365, 2001.
- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, vol.17, n.1, p. 153-160, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th. Ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- BARROS, L. et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2015a.
- BARROS, L. M. et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.36, n.1, p. 21-27, 2015b.
- BASTOS, E. C. L. et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, vol. 26, p. 26-32, 2013.
- BAPTISTA, M. N. **Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos**. In: BAPTISTA, M. N. (Org). **Suicídio e depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BAPTISTA, M. N. **Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório)** – Ebadep-Hospital/Ambulatório. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco/Itatiba/SP, 2011.
- BAPTISTA, M. N.; GOMES, J. O. Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. **Psico-USF**, vol.16, n.2, p. 151-161, 2011.
- BAPTISTA, M. N.; VARGAS, J. F.; BAPTISTA, A. S. D. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**, vol.7, n.2, p. 235-247, 2008.

- BENNEDETTI, C. **De Obeso a Magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor, 2003.
- BERTOLETTI, J; GARCIA-SANTOS, S. C. Avaliação do estresse na obesidade infantil. **Psico**, vol. 43, n. 1, p.32-38, 2012.
- BORDALO, L. A. et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista Associação Médica Brasileira**, vol.57, n.1, p. 113-120, 2011.
- CASTRO FILHA, J. G. L. et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira Ciências do Esporte**, v.38, n.2, p.107-114, 2016.
- CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-bref. In: FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 74-82, 2008.
- CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos Brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.14, n.1, p. 71-79, 2011.
- CORREIA, J.; RAVASCO, P. Weight changes in Portuguese patients with depression: which factors are involved? **Nutrition Journal**, 13, 117, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1475-2891-13-117>. Acesso em 19/10/2015 às 20h16min.
- COSTA, A. C. C. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 22, n. 1, p. 55-59, 2009.
- CUENCA, R. M. Quality of life after bariatric surgery. **Arquivos de Gastroenterologia**, vol.51, n.3, p. 163-164, 2014.
- CUREAU, F. V. et al. Sobrepeso/obesidade em adolescentes de Santa Maria-RS: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, vol.14, n.5, p. 517-526, 2012.
- DE OLIVEIRA, J. H. A.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 22, n. 1, p. 12-19, 2009.
- DE SOUSA, K. O.; JOHANN, R. L. V. O. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. **Psicologia Argumento**, vol. 32, n. 79, 2014.
- DOS SANTOS, A. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, vol. 10, n. 5, p. 384-390, 2012.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 46, n. 1, dez, p. 126-134, 2012.

DYMEK, M. et al. Quality of life after Gastric Bypass Surgery: A cross-sectional study. **Obesity Research**, vol. 10, p. 1135-1142, 2002.

FEITOSA, F. B. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.34, n.2, p.488-499, 2014.

FERREIRA, A. et al. Psychological characterization of severely obese patients: pre- and post-bariatric surgery. **Biomedical and Biopharmaceutical Research**, vol. 10 p. 31-42, 2013.

FERREIRA, S. M. Obesidade: Stress e comportamento alimentar antes e após cirurgia bariátrica, **Tese de Doutorado**, 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLORES, C. A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **ABCD - Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, vol.27, n.1, p. 59-62, 2014.

GERMANO, C. M. R. et al. Possíveis novos determinantes da qualidade de vida de pacientes com câncer de tireoide tratado: um estudo qualitativo. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p.2451-2462, 2016.

GORDON, P. C.; KAIJO, G. H.; SALLET, P. C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 38, n. 4, p. 148-54, 2011.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo Stress. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 25, n. Supl. 2, pp. 46-51, 2003.

KANOSKI, S. E. Cognitive and neuronal systems underlying obesity. **Physiology & Behavior**, vol. 106, n. 3, p. 337-44, 2012.

KERRIGAN, D.; MAGEE, C.; MITCHEEL, A. I. **Bariatric surgery**. Elsevier Ltda 581-5, 2011.

KHAWALI, C. et al. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 56, n. 1, p. 33-38, 2012.

LANGARO, F. et al. Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. **Avaliação Psicológica**, vol. 10, n. 1, p. 71-79, 2011.

LEITÃO, M. P. C. **Síndrome metabólica e stress em usuários de Unidades Básicas de Saúde da zona sul de São Paulo**. (Dissertação de mestrado), Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009.

LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. Prevalência de depressão em bombeiros. **Caderno de Saúde Pública**, vol.31, n.4, pp.733-743, 2015.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

LIPP, M. E. N. **O modelo quadrifásico do stress**. In: LIPP, M. E. N. (Ed). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 17-22, 2003.

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. **O stress emocional e seu tratamento**. In: RANGÉ, B. (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 475-490, 2001.

LIPP, M. E. N.; NOVAES, L. E. **Conhecer e enfrentar o stress**. 4ª Ed. São Paulo: Contexto, 2000b.

LUPPINO, F. S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Archives of general psychiatry**, vol. 67, n. 3, p. 220-229, 2010.

MALTA, D. C. et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.17, n.1, p. 267-276, 2014.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n.12, p. 767-776, 2011.

MARIANO, M. L. L.; MONTEIRO, C. S; PAULA, M. A. B. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 34, n.2, p. 38-45, 2013.

MATOS, A. F. G.; MOREIRA, R. O.; GUEDES, E. P. Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v.47, n.4, p. 410-421, 2003.

MATOS, M. I. R. *et al.* Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 4, p. 165-169, 2002.

MAZZEO, S. E.; SAUNDERS, R; MITCHELL, K. S. Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. **Eating Behaviors**, p. 189-196, 2005.

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v.15, n.2, p. 447-464, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2015
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19289-mais-de-30-das-criancas-consome-refrigerante-antes-dos-2-anos>. Acesso em 19/10/2015 às 18hs26min.

- MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 553-572, 2013.
- MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.27, n.2, p. 157-164, 2014.
- PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, vol. 2, n.1, p.31-36, 2010.
- PELLEGRINI, C. F.; CALAIS, S. L.; SALGADO, M. H. Habilidades sociais e administração de tempo no manejo do estresse. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 64, p. 110-129, 2012.
- PREVEDELLO, C. F. et al. Analysis of the bariatric surgery impact in a population from the center area of Rio Grande do Sul State, Brazil, using the BAROS method. **Arquivos de gastroenterologia**, vol. 46, n. 3, p. 199-203, 2009.
- PINTO, J. C. et al. Ansiedade, depressão e estresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.16, n.2, p.148-163, 2015.
- RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery**, vol.14, n.4, p. 765-771, 2010.
- ROCHA, C.; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Análise Psicológica**, vol. 30, n.4, p. 451-466, 2012.
- ROSMOND, R.; BJÖRNTORP, P. Occupational status, cortisol secretory pattern, and visceral obesity in middle-aged men. **Obesity Research**, vol. 8, n.6, p. 450-454, 2000.
- ROSMOND, R. Role of stress in the pathogenesis of the metabolic syndrome. **Psychoneuroendocrinology**, vol. 30, p. 1-10, 2005.
- SABBIONI, M. et al. Intermediate results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. **International Journal of Obesity**, Canada, n. 26, p. 277-280, 2002.
- SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, vol. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.
- SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 29, p. 81-89, 2002.
- SELYE, H. Stress, a tensão da vida. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.
- SILVA, M. P. *et al.* Obesidade e qualidade de vida. **Acta Médica Portuguesa**, vol. 19, n. 3, p. 263-271, 2006.

SILVA, P. R. B. et al. Estado nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD - Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, vol. 27, n.1, p. 35-38, 2014.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Psychological status, eating behaviour, quality of life of portuguese obesity surgery candidates. **Psicologia, Saúde & Doenças**, vol.15, n.3, p. 707-722, 2014.

SOARES, A.; SILVA, I. Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, vol.12, n.2, p. 235-254, 2011.

STEYER, N. H. et al. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 37, n. 1, 2016.

STONE, A. A.; BROWNELL, K. D. The stress-eating paradox: Multiple daily measurements in adult males and females. **Psychology & Health**, vol. 9, p. 425-436, 1994.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, s.2, p.170-180, 2015.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, vol. 41, p. 1403-1409, 1995.

TOLEDO, C. C. et al. Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, vol. 13, n. 2, 2010.

TOMAZ, R.; ZANINI, D. S. Personality and coping in patients with eating disorders and obesity. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 22, n. 3, p. 447-454, 2009.

TONELLI, H. et al. Effects of bariatric surgery on the central nervous system and eating behavior in humans: a systematic review on the neuroimaging studies. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.62, n.4, p. 297-305, 2013.

TOSETTO, A. P.; SIMEÃO JR, C. A. Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. **Medicina**, p. 497-507, 2008.

TURCO, G. et al. Quality of life and sleep in obese adolescents. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol.71, n.2, p. 78-82, 2013.

VAN HOUT, G; VERSCHURE, S. K. M, VAN HECK, G. L. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. **Obesity surgery**, vol. 15, p. 552-560, 2005.

VASCONCELOS, P. O.; COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico (Porto Alegre)**, vol. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.

YANOSKY, S. Z. et al. Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. **American Journal of Psychiatry**, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379549>. Acesso em: 02/03/2016 às 18hs03min.

ZINI, R. B. et al. Presença de sintomas depressivos em obesos classes II e III. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, vol.7, n.2, p. 75-84, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Fact Sheet nº 311, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 02/03/2016 às 18h7min.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, 2002.