

**IMPACTO EMOCIONAL SOFRIDO POR PACIENTES EM PERIOPERATORIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA****EMOTIONAL IMPACT SUFFERED BY PATIENTS IN PERIOPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY: INTEGRATIVE REVIEW****IMPACTO EMOCIONAL SOFRIDO POR PACIENTES EN PERIOPERATORIO DE QUIRURGIA BARIÁTRICA: REVISIÓN INTEGRADORA**

Filipe Utuari de Andrade Coelho<sup>1</sup>, Ana Lucia Siqueira da Costa<sup>2</sup>, Rodrigo Marques da Silva<sup>3</sup>, Sonia BetzabethTicona Benavente<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar as manifestações emocionais mais presentes nos pacientes obesos em período perioperatório de cirurgia bariátrica. **Método:** revisão integrativa realizada no Scielo, LILACS e PubMed de 2003-2010. Incluíram-se artigos em português, espanhol e inglês, publicados por pesquisadores da área da saúde, com termos que constavam no título ou nos unitermos do artigo e que apresentaram pertinência ao tema. Excluíram-se artigos com abordagem pediátrica e aqueles que analisaram a obesidade sem considerar a cirurgia. **Resultados:** incluíram-se 23 publicações. As principais alterações foram depressão, ansiedade, transtornos alimentares e alteração da imagem corporal. No pré-operatório, a depressão possui maior grau em indivíduos obesos grau III e mulheres. No pós-operatório, há uma queda significativa da depressão em todos os pacientes e melhora da imagem corporal. **Conclusão:** A cirurgia bariátrica impacta na esfera emocional do paciente obeso, tendo a enfermagem importante papel no pré-operatório para prevenir complicações e melhorar a adesão ao tratamento.

**Descritores:** Cirurgia bariátrica; Enfermagem; Enfermagem perioperatória; Depressão; Ansiedade.

**ABSTRACT**

**Objective:** to assess the emotional outcomes most frequent in overweighted patients during the perioperative of bariatric surgery. **Method:** integrative review performed on Scielo, LILACS and Pubmed between 2003-2010. We included papers in Portuguese, English and Spanish, published by researchers from the health field, with words described in the title or in uniterms of paper and those which presented coherence to the theme. We excluded those with pediatric approach and that analyzed the overweight without consider the surgery. **Results:** 23 publications were included. The main changes were depression, anxiety, intake disturbances and changes in body image. In pre-operative, depression presents a higher level in individuals overweighted and in women. During post-operative, there is a significant reduction of depression among all patients and improvement of body image. **Conclusion:** The bariatric surgery impacts on the emotional level of overweighted patient. So, the nursing has an important role during the perioperative for preventing complications and improving the adherence to treatment.

**Descriptors:** Bariatric surgery; Nursing; Perioperative nursing; Depression; Anxiety.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar las manifestaciones emocionales más presentes en los pacientes obesos en el perioperatorio de cirugía bariátrica. **Método:** revisión integradora realizada en SciELO, LILACS y PubMed 2003-2010. Se incluyeron artículos en portugués, español o inglés, de investigadores del área de la salud, con términos presentes en el título o unitermos del artículo y que tuvieron pertenencia al tema. Se excluyeron los artículos con enfoque pediátrico y sobre obesidad pero que desconsideraran la cirugía. **Resultados:** se incluyeron 23 publicaciones. Las principales modificaciones fueron: depresión, ansiedad, trastornos alimentares y cambios de imagen corporal. En el preoperatorio, la depresión tiene un mayor grado en personas obesas grado III y mujeres. En el posoperatorio, la depresión disminuye significativamente en todos los pacientes y la imagen corporal mejora. **Conclusión:** la cirugía bariátrica afecta emocionalmente al paciente obeso, teniendo la enfermería un importante papel en el preoperatorio para prevenir complicaciones y mejorar la adhesión al tratamiento.

**Descriptor:** Cirugía Bariátrica; Enfermería; Enfermería Perioperatoria; Depresión; Ansiedad.

<sup>1</sup> Enfermeiro pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Email: [coelhoandrade3@hotmail.com](mailto:coelhoandrade3@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Professor Doutor do departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. Email: [anascosta@usp.br](mailto:anascosta@usp.br)

<sup>3</sup> Enfermeiro. Professor Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Associação Juinense de Ensino Superior(AJES). Juína, MT. Email: [marques-sm@hotmail.com](mailto:marques-sm@hotmail.com)

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem pela Escola Enfermagem da USP. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Email: [preciosasonia@gmail.com](mailto:preciosasonia@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma epidemia que acomete os países desenvolvidos e recentemente industrializados, sendo destacada como um problema de saúde pública. Esta doença tem uma característica multifatorial, de origem genética e metabólica, que é agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos associados a fatores demográficos (sexo, idade e etnia), e estilo de vida (PUGLIA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sobrepeso e obesidade são definidos como o acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode acarretar prejuízos para a saúde (WHO, 1998). A preocupação atual com esta doença, sobrepeso e obesidade, se dá pelas complicações que podem se associar com as diferentes comorbidades e o risco de mortalidade precoce.

Para a classificação da obesidade, a OMS utiliza-se do Índice de Massa Corpórea (IMC) e o risco de mortalidade associada. O IMC corresponde ao peso em quilograma, dividido pela altura em metros elevada ao quadrado ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ). O sobrepeso é classificado para um IMC entre 25,0 e 29,9 e na avaliação de maior risco de comorbidade. O IMC entre 30,0 a 34,9 é classificado em obesidade grau I, com moderado risco de comorbidade; obesidade grau II está contido na faixa de 35,0 a 39,9 quando o risco de comorbidade é grave e, por último, obesidade grau III, quando o IMC estiver  $\geq 40,0$  e associado a um risco de maior gravidade de comorbidade.

De acordo com a OMS a classificação de um paciente obeso segue os seguintes critérios (WHO, 1998):

- a) Quantitativa - com base no IMC;
- b) Qualitativa - de acordo com a distribuição da gordura corpórea: andróide (em forma de maçã) e ginóide (em forma de pêra); e
- c) Com relação à gravidade, relacionada ao risco de comorbidades: grau I (moderada), grau II (grave) e grau III (muito grave).

A literatura mostra que mais de um bilhão de adultos têm sobrepeso e destes mais de 300 milhões são obesos. Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos da América (EUA), 73% da população é obesa, cuja mortalidade referente à obesidade chega a atingir 300 mil casos por ano (COSTA, IVO, CANTERO E TOGNINI, 2009). No Brasil, cerca de 40% da população está acima do peso, destes 10,1% são obesos e 28,5% apresentam sobrepeso, sendo as regiões Sul e Sudeste as

de maior prevalência. A taxa de mortalidade é 12 vezes maior em indivíduos obesos mórbidos do que em pessoas com peso normal com idade entre 25 e 40 anos (GARRIDO JÚNIOR, 2003).

O tratamento da obesidade inclui orientação dietética, prática de exercícios físicos e uso de medicamentos anti-obesidade. Estas medidas são eficazes, em sua grande maioria, para os pacientes portadores de obesidade moderada, porém, 95% dos pacientes com obesidade mórbida não respondem de maneira eficaz a estas manobras terapêuticas e recuperam seu peso inicial em dois anos (SEGAL E FANDIÑO, 2002; FANDIÑO et al., 2004; TANAKAN, 2006).

Para os pacientes que não respondem ao regime terapêutica conservador, a cirurgia bariátrica é o método de escolha e com melhores resultados para o tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo.

As cirurgias anti-obesidade tem como finalidade terapêutica limitar a capacidade gástrica ou interferir na absorção dos alimentos ou, conforme a técnica utilizada, a combinação de ambas (OLIVEIRA, LINARDI E AZEVEDO, 2004). A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos e psicológicos do doente (COUTINHO, 1999).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2005)(CFM, 2005), o paciente indicado para a cirurgia bariátrica deve possuir o IMC maior que  $40 \text{ Kg/m}^2$  ou com IMC superior a  $35 \text{ kg/m}^2$  associado à comorbidade como hipertensão arterial, problemas ortopédicos, apnéia do sono e diabetes. A cirurgia é contra-indicada nos casos de cirrose hepática, doença renal, disfunções hormonais, dependência química, quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (MOLINER E RABUSKE, 2008).

A seleção de pacientes requer um mínimo de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento (orientação nutricional, exercício físicos e uso de fármacos anti-obesidade) realizados por profissionais qualificados (SEGAL E FANDIÑO, 2002). Destaca-se que certas alterações psiquiátricas são contra indicações absolutas para a realização da cirurgia bariátrica, dentre elas: psicose em atividade, uso corrente de álcool e drogas, situação de vida caótica e inabilidade para cooperar com o tratamento pós- cirúrgico (LEAL E BALDIN, 2007). Entretanto, outros estudos referem que não é possível considerar alterações psiquiátricas contra-indicação absoluta, em razão da importância de se realizar avaliação e tratamento do transtorno psiquiátrico em período prévio a cirurgia (FANDIÑO et al., 2004).

O paciente candidato a cirurgia bariátrica apresenta alterações emocionais importantes na fase perioperatória. Verifica-se que até 71% dos indivíduos em pós-operatório tiveram algum tipo de alteração emocional (MARCHESINI, 2010). Dentre os aspectos psicopatológicos relacionados à este período, encontram-se: quadros de depressão, ansiedade, transtorno da imagem corporal, os transtornos do comportamento alimentar, auto-estima (OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008).

No período pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais atravessará (OLIVEIRA, LINARDI E AZEVEDO, 2004). Através da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), o enfermeiro utiliza-se de uma das etapas deste processo conhecida como visita pré-operatória, a qual é indispensável, pois possibilita ao profissional à detecção, solução e encaminhamento dos problemas enfrentados por este paciente, além de outras vantagens, como o vínculo com o mesmo (GRITTEM, MÉIER E GAIEVICZ, 2006).

A avaliação no período de pós-operatório, além de ser delicado pelos cuidados intensivos e desconforto devido às dores do ato cirúrgico, é caracterizado pelas expectativas a cerca da mudança da imagem corporal e incorporação de novas dietas. A perda de peso é gradual e acompanhada da dieta própria desta fase. Muitos pacientes não conseguem acompanhar a dieta pela presença dos transtornos alimentares e, muitas vezes, adquirem peso novamente. A literatura mostra que neste período verifica comportamento de risco para suicídio, assim como, abuso de álcool e drogas (FANDIÑO, 2004).

A presença da enfermagem neste contexto é de extrema importância, pois o enfermeiro(a) auxilia o paciente a compreender as informações sobre o tratamento cirúrgico e suas possíveis consequências. Junto com uma equipe multidisciplinar, a enfermagem é capaz de perceber alterações psicopatológicas, e criar intervenções e atividades que aumentem a adesão do paciente obeso ao tratamento.

Por saber que a obesidade é uma doença importante que repercute na saúde física e mental do paciente, por reconhecer que o procedimento cirúrgico é frequentemente recomendado para os pacientes de difícil controle e por verificar a presença de transtornos mentais no período perioperatório foi levantado o seguinte questionamento: quais são as manifestações emocionais presentes no paciente obeso no período perioperatório de cirurgia bariátrica?



Com o intuito de responder ao questionamento acima, esta pesquisa tem como objetivo analisar as manifestações emocionais mais presentes nos pacientes obesos em período perioperatório de cirurgia bariátrica.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa caracteriza-se por ser uma revisão integrativa da literatura. Técnica esta de pesquisa que consiste em uma análise do conhecimento produzido, que contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos.

Para a elaboração da revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura; e definição das informações extraídas de categorizadas dos estudos selecionados (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

Para seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Científica Eletrônica Online/ Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (PubMed).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período compreendido entre 2003-2010, com texto disponível na íntegra, cujos autores sejam pesquisadores da área da saúde (não sendo exclusivos da enfermagem), os termos de busca deverão estar incluídos no título do artigo ou nos unitermos e com pertinência do tema na descrição do resumo. Foram excluídos neste estudo os artigos com abordagem pediátrica e aqueles que analisam a obesidade sem considerar o procedimento cirúrgico.

O intervalo de tempo escolhido para inclusão dos artigos justifica-se pelo início das publicações que abordavam o estado emocional do paciente obeso em período perioperatório. Em período anterior, os estudos tinham como foco a técnica cirúrgica e os resultados obtidos nestes procedimentos. Para delinear melhor a inclusão dos unitermos utilizados na busca, foram utilizadas as definições e classificações dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)(NANDA, 2008), que levou em consideração os domínios Psicossocial e Funcional.

Na esfera Psicossocial foram consideradas as classificações: Autopercepção que aborda consciência da própria identidade corporal e pessoal, Emocional o qual mostra o estado mental ou

sentimento que pode influenciar as decisões sobre o mundo, Enfrentamento que traz o ajuste ou adaptação a situações estressante.

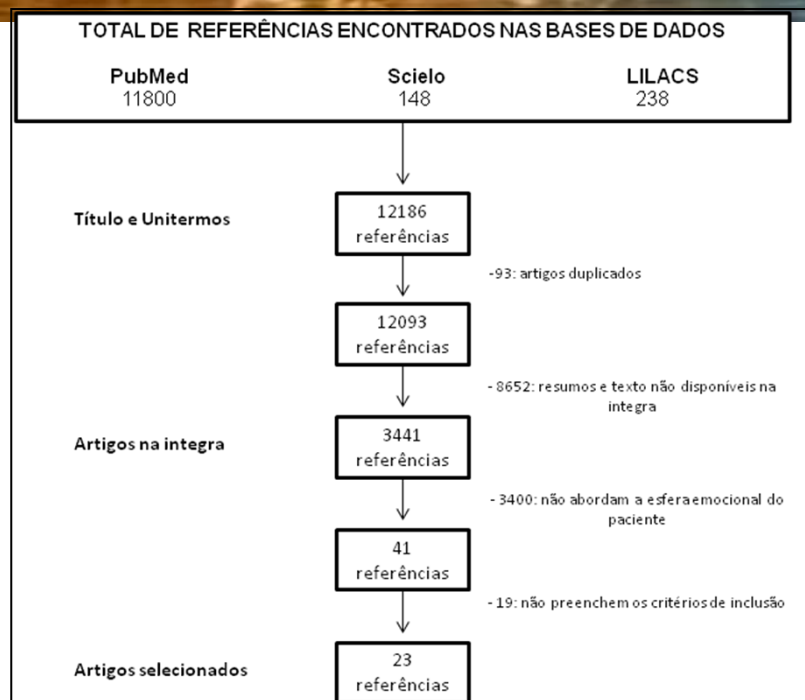
No domínio Funcional foi considerada a classificação Nutrição que estabelece processos relacionados à ingestão, à assimilação e ao uso de nutrientes. A partir dessas classes foram selecionados os termos que melhor caracterizaram as alterações emocionais e funcionais dos pacientes obesos no período perioperatório de cirurgia bariátrica. Assim sendo, foram considerados os seguintes termos: estresse, ansiedade, alteração de comportamento, distúrbio da imagem corporal, alteração social, fatores psicossociais, medo, enfrentamento, desamparo, desesperança, suicídio, depressão, baixa auto-estima e transtornos alimentares, além dos termos cirurgia bariátrica, enfermagem e enfermagem perioperatória. Foram excluídos neste estudo os artigos com abordagem pediátrica e aqueles que analisam a obesidade sem considerar o procedimento cirúrgico.

## RESULTADOS

Após a seleção dos artigos pelos descritores, foi lido cada título e resumo para confirmar se contemplavam a pergunta norteadora desta pesquisa e se atendiam aos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos. Inicialmente foi feita uma busca ampla com o tema cirurgia bariátrica. Nessa busca de referências pelos unitermos e títulos foi encontrado um total de 12.186 artigos. Destes foram selecionados 11800 no PubMed, 148 no Scielo e 238 no LILACS.

A seguir, foram retirados 93 artigos duplicados, resultando em um total de 12.093 referências. Com a seleção dos artigos que disponibilizavam os textos na íntegra, o número de referências passou a ser 3441. Dentre os temas apresentados nesta busca inicial, haviam referências sobre as técnicas cirúrgicas utilizadas, os aspectos fisiológicos, clínicos, metabólicos, farmacológicos e nutricionais, sendo que apenas 41 artigos abordavam os aspectos emocionais. Retirando os artigos que retratavam os aspectos pediátricos e texto que não eram em inglês, português ou espanhol, foram selecionadas 23 referências.

O diagrama do processo de inclusão dos artigos é apresentado na Figura 1.



**Figura 1** – Diagrama do processo de inclusão dos artigos.

A Figura 1 traz o total de artigos encontrados, o total de artigos com textos na íntegra, os artigos que abordavam os aspectos emocionais e os artigos selecionados. Das 11744 referências disponíveis no PubMed, apenas 3123 possuíam textos na íntegra. Como mencionado anteriormente, os temas abordados nestas referências em sua grande maioria, retratavam os aspectos clínicos e cirúrgicos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Ao separar as publicações que abordavam os aspectos emocionais obteve-se 25 artigos. Porém apenas 12 foram selecionadas, os demais pré-selecionados abordavam a temática da pediatria e não possuíam o texto na íntegra em inglês, português ou espanhol. Dentre os artigos com textos na íntegra, 102 eram de publicações da enfermagem, porém não faziam referência à esfera emocional do paciente.

Em relação aos 136 estudos encontrados na Scielo, os mesmos encontravam-se na íntegra. As publicações referiam-se a temas clínicos do paciente, técnicas cirúrgicas empregadas e resultados obtidos com o tratamento, as que retratavam o estado emocional do paciente totalizavam 11. Entretanto, foram excluídas duas referências que abordavam aspectos pediátricos, resultando em nove artigos. Apenas dois artigos eram de trabalhos da enfermagem, os quais não faziam menção às características psicológicas do paciente.

No LILACS dos 213 artigos encontrados, 170 possuíam textos na íntegra. Houve 5 artigos que abordavam as questões emocionais, no entanto só 2 estavam dentro dos critérios de inclusão.

Os artigos incluídos estão no quadro 1, a qual apresenta os autores, o ano de publicação, o tipo de estudo, a base de dados, o idioma e a Revista de publicação. Sobre os autores pode-se afirmar que em sua maioria são médicos psiquiatras e cirurgiões, psicólogos, nutricionistas, e na enfermagem observa-se que as publicações abordam os aspectos do cuidado técnico e não enfatizam os aspectos emocionais. O período de publicação desses artigos variou de 2003 a 2010, tendo 2010 cinco publicações (21,7%), 2009 três (13,0%), 2008 cinco (21,7%), 2007 apenas duas (8,6%), 2006 com quatro (17,3%) e 2003 e 2004 contendo dois em cada ano (8,6%). Esses dados revelam que a produção científica sobre o estado emocional do paciente em período perioperatório de cirurgia bariátrica tiveram início em 2003, com aumento das publicações à partir de 2008. O tipo de estudo que apresentou maior número foi o quantitativo com 16 artigos (69,5%), seguido dos trabalhos de revisão no total de seis (26%) e do tipo qualitativo com duas publicações (8,6%). Como descrito anteriormente os estudos encontrados no PubMed totalizaram 12 (52,1%), no Scielo nove (39,1%) e no LILACS duas (8,6%). As publicações em Inglês estão em maior número com 13 artigos (56,5%), oito em português (34,7%) e duas em espanhol (8,6%).

As principais alterações emocionais encontradas nos estudos selecionados se encontram no Quadro 2, o qual apresenta o foco principal da publicação e a síntese do tema. A principal alteração encontrada na maioria dos artigos foi a Depressão, seguido da Ansiedade, dos Transtornos Alimentares e da Imagem corporal. Os estudos de revisão foram incluídos, pois abordam as repercussões da obesidade nas diversos sistemas orgânicos (hipertensão, diabetes, dislipidemia, alterações cardio-vasculares, renal, e hepáticas) e, também, por incluir as alterações emocionais, porém sem aprofundamento das características emocionais dos doentes.

### **Depressão**

É a alteração emocional mais presente nos pacientes em período perioperatório de cirurgia bariátrica. A escala de identificação de Depressão em maior uso pelos estudos selecionados é o Inventário de Depressão de Beck (BDI). É uma escala que avalia a intensidade dos sintomas de depressão segundo quatro níveis: 0-11 mínimo; 12-19 leve; 20-35 moderado e 36-63 grave (OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008).



Em relação ao pré-operatório os estudos revelam que os indivíduos apresentam depressão leve (40%), seguida da mínima (34%), moderada (25%) e grave (0%)(OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008).Outro estudo (DIXON, DIXON E O'BRIEN, 2003) mostra que a avaliação pelo BDI no pré-operatório, gira em torno de 17. Outra pesquisa (WADDENet al., 2006)realizada somente com mulheres, verificou que as mesmas classificadas com obesidade grau III (candidatas a cirurgia bariátrica) possuíam resultados do BDI maior que as mulheres obesas grau I-II (não indicadas a tratamento cirúrgico). De acordo com a utilização de outras escala, no pré-operatório a depressão está presente entre 21% e 29% dos pacientes obesos (FIGUEROA E TAMAYO, 2008; MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008;MARCHESINI, 2010; AUBERT, PAGÈS, CARRARD, SUTER, STIEFEL E GIUSTI, 2010).

Já no pós-operatório, o BDI mostra 81% dos pacientes apresentam depressão mínima, 15% com depressão leve, 3% com depressão moderada e nenhum paciente com depressão (OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008). Em um estudo (WADDEN et al., 2006)traz que a queda mais brusca e eficaz do BDI pode estar associado aos pacientes do sexo feminino, indivíduos mais jovens e aqueles com maior perda de peso em excesso. Outras escalas utilizadas para identificar a depressão, também relatam uma queda nos níveis de depressão após a realização do procedimento cirúrgico (ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010).Em um dos estudos qualitativos foi verificado no relato do paciente que sua depressão estaria associada ao fato de que voltou a ganhar peso após a cirurgia, necessitando de reavaliação para novo procedimento cirúrgico (LEAL E BALDIN, 2007).

**Quadro 1** – Descrição dos artigos selecionados, segundo autoria, ano de publicação, tipo de metodologia, base em que se encontram, idioma de publicação e revista científica, 2010.

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Base</b>	<b>Idioma</b>	<b>Revista de Publicação</b>
Marchesini (2010)	2010	Quantitativo	Scielo	Português	ABCD ArqBrasCirDig
Aubert, Pagès, Carrard, Suter, Stiefel e Giusti (2010).	2010	Quantitativo	Scielo	Inglês	Eur. J. Psychiat

Andersen, Aasprang, Bergsholm, Sletteskog, Våge e Natvig (2010).	2010	Quantitativo	PubMed	Inglês	Health and Quality of Life Outcomes
Sarwer e Fabricatore (2010)	2010	Quantitativo	Pubmed	Inglês	SurObesRelatDis
Pull (2010)	2010	Revisão	PubMed	Inglês	CurrentOpinion in Psychiatry
Oliveira e Yoshida(2008)	2009	Quantitativo	Scielo	Português	Psicologia: Reflexão e Crítica
Hout e Heck (2009)	2009	Revisão	Pubmed	Inglês	ObesityFacts
Sarwer e Fabricatore (2008)	2009	Revisão	PubMed	Inglês	ClinPlastSurg
Machado, Zilberstein, Ceconello e Monteiro (2008)	2008	Quantitativo	Scielo	Português	ABCD ArqBrasCirDig
Figueroa e Tamay (2008)	2008	Quantitativo	Scielo	Espanhol	RevColombPsiquiat
Colles, Dixon e O'Brien (2008)	2008	Quantitativo	PubMed	Inglês	Obesity
Hout et. al (2008)	2008	Quantitativo	PubMed	Inglês	ObesSurg
Moliner e Rabuske(2008)	2008	Qualitativo	LILACS	Português	Psicologia: Teoria e prática
Leal CW, Baldin N <sup>(12)</sup>	2007	Qualitativo	Scielo	Português	RevPsiquiatr RS
(HOUT, JAKIMOWICZ, FORTUIN, PELLE E HECK, 2007)	2007	Quantitativo	PubMed	Inglês	ObesSurg
ROSALES (2006)	2006	Revisão	LILACS	Espanhol	Universitas Médica
Petribu et. al (2006)	2006	Quantitativo	Scielo	Português	ArqBrasEndocrinolMetab
Song, Thomas, Dudas, Marra e Fernstrom (2006)	2006	Quantitativo	PubMed	Inglês	Obesity

Wadden et. al (2006)	2006	Quantitativo	PubMed	Inglês	Obesity
Oliveira, Linardi e Azevedo (2004)	2004	Revisão	Scielo	Português	RevPsiqClin
Fandiño et. al (2004)	2004	Revisão	Scielo	Português	R Psiquiatr RS
Rydén et. al (2003)	2003	Quantitativo	PubMed	Inglês	Psychosomatic Medicine
Dixon, Dixon e O'Brien (2003)	2003	Quantitativo	PubMed	Inglês	ArchInternMed

**Quadro 2** – Apresentação do foco principal encontrado e a síntese do tema, 2010.

<b>Foco principal</b>	<b>Síntese do tema</b>
<b>Depressão</b>	Presente no pré e pós-operatório é maior em indivíduos com Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (TCAP), a principal escala utilizada para sua identificação é BDI (Beck DepressionInventory), no pós-operatório tende a diminuir, porém as referencias mostram que pode retornar com o passar dos anos.
<b>Ansiedade</b>	Os estudos mostram que é presente no pré e pós-operatório, é maior em pacientes com TCAP. São utilizadas várias escalas para sua identificação e,também, diminui no pós-operatório, entretanto em menor grau em relação à depressão. Nos relatos, a ansiedade é associada sempre ao aumento de peso, por influenciar em maior ingestão de alimentos.
<b>Transtornos Alimentares</b>	O TCAP é presente em candidatos a cirurgia bariátrica, é acompanhado geralmente pela ansiedade e depressão. O comportamento beliscador, a preferência pelo doce, a ingestão de petiscos aumenta no pós-operatório. Alguns

	pacientes no pós-operatório conseguem expressar os sentimentos, ao invés de ingerirem alimentos. A adesão ao tratamento nutricional é um problema vivenciado no pós-operatório.
<b>Imagem corporal</b>	No pós-operatório é verificado que há uma melhora da imagem corporal, associado a uma melhora da qualidade de vida e aumento da auto-estima. As regiões corpóreas que causam maior angústia por mudança antes da cirurgia são abdome e flancos e no pós-operatório, coxas e flancos.

## Ansiedade

O segundo maior fator encontrado associado ao impacto emocional causado em pré ou pós-operatório de cirurgia bariátrica é a ansiedade. Há uma variedade de escalas utilizadas na literatura para sua identificação, com destaque para o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (níveis de classificação de ansiedade 0-11 mínimo, 12-19 leve, 20-35 moderado e 36-63 grave); o Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS (escores variam de 0 a 21, sendo que o escore baixo representa melhor saúde mental) e o Symptom Checklist-90 (SCL-90) (OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008; HOUT et al., 2008; ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010).

No pré-operatório, um estudo que utilizou a BAI concluiu que 53% dos pacientes havia níveis mínimos, 31% leve, 12% moderado e 3% grave (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008) Em pesquisa que utilizou o HADS foi demonstrado que os pacientes apresentavam pontuação sete antes da cirurgia, sendo que 50% destes indivíduos já realizavam tratamento para ansiedade (ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010). Nos estudos com diferentes escalas a ansiedade no pré-operatório variou de 6% a 48% entre os pacientes (PETRIBU et al., 2006; FIGUEROA E TAMAYO, 2008).

Com relação ao pós-operatório, foi verificado que 81% do total de pacientes foram classificados com ansiedade mínima, 12% leve, 6% moderada e 0% grave. Na avaliação do escore médio de ansiedade, o pós-cirúrgico foi significativamente inferior com relação a avaliação pré-



cirúrgica (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008). Em dois anos de avaliação de ansiedade, o HADS foi de 5,1 no primeiro ano e 5,0 no segundo, do que se conclui que a ansiedade pode diminuir no decorrer dos anos (ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010). Nos estudos qualitativos, os relatos referem que a ansiedade é um fator que contribui para o aumento da ingestão de alimentos. Consequentemente, está associado com a elevação do peso corpóreo e está presente tanto no período pré como pós-cirúrgico, com maior intensidade antes da cirurgia (LEAL E BALDIN, 2007; MOLINER E RABUSKE, 2008).

### **Transtornos alimentares**

Nos estudos analisados foi observado que o Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (TCAP) é uma alteração comum nos pacientes em período pré ou pós-operatório. Uma das escalas utilizadas para a identificação do TCAP é a BingeEatingScale (BES), um questionário auto-aplicável, adequado para discriminar indivíduos obesos conforme a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP) (PETRIBU et al., 2006). A TCAP está presente em 56,7% dos pacientes (25,4% TCAP moderado e 31,3%, grave), outro estudo confirma que a relação dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica possuidores de TCAP era maior que os demais não diagnosticados com este transtorno (COLLES, DIXON E O'BRIEN, 2008).

Nestes pacientes com compulsão, os estudos revelam maiores índices de ansiedade e depressão e piores escores de qualidade de vida entre os pacientes obesos no perioperatório (PETRIBU et al., 2006). Estudos revelam que os episódios de compulsão pré-operatório propulsionados por nervosismo (4%), distúrbios de humor, ansiedade e depressão (24%) e por impotência ou submissão (52%). No entanto no pós-operatório há um aumento de nervosismo (10%), elevação dos distúrbios de humor, ansiedade e depressão (28%) e queda da impotência ou submissão (38%) (OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008). Os estudos também revelam que aproximadamente 61% dos indivíduos negaram ter desenvolvido algum distúrbio do comportamento alimentar no período pós-cirurgia (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008).

No que diz respeito à alimentação destes pacientes, os artigos (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008) revelam que apenas 50% aderem às orientações nutricionais e 30% apresentavam dificuldade de mudanças do comportamento alimentar (HOUT,

JAKIMOWICZ, FORTUIN, PELLE E HECK, 2007). A sensação de fome é relatada por 40% dos obesos, apetite em 60% e nenhum relato de saciedade antes da cirurgia, já no pós-operatório a sensação de fome cai para 12,6%, o apetite para 31% e a saciedade surge em 68,6% num período de dois anos (HOUT, JAKIMOWICZ, FORTUIN, PELLE E HECK, 2007). O comportamento beliscador gira em torno de 94% antes da cirurgia e cai para 60% após o procedimento cirúrgico. Verifica-se também transferência de sentimentos, ou seja, o comportamento de ingesta alimentar excessiva frente a situações de crise, observado na fase pré-cirúrgica, foi alterado para a expressão de sentimentos e não ingestão alimentar no período após a cirurgia (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008; MARCHESINI, 2010). A ocorrência de vômitos no pré-operatório pode ser observada em torno de 6,5% dos indivíduos, o qual pode estar associado com ansiedade e angústia (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008; MARCHESINI, 2010).

### **Imagem corporal**

A imagem corporal do paciente obeso em período pré ou pós-cirúrgico foi a alteração emocional menos relatada, porém não menos importante. A imagem corporal surge atrelada a dois grandes fatores: a auto-estima e a qualidade de vida. Os estudos que abordaram a imagem corporal mostraram que o obeso insatisfeito com sua imagem corporal possui baixa auto-estima e menor qualidade de vida (SONG, THOMAS, DUDAS, MARRA E FERNSTROM, 2006; SARWER, WADDEN, MOORE, EISENBERG, RAPER E WILLIAMS, 2010). É possível que a fase na qual teve início a obesidade, faz diferença na evolução pós-operatória, ou seja, aqueles que eram magros e depois tornaram-se obesos tendem a recuperar a imagem de seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância têm maior dificuldade de adaptar-se a sua nova imagem (OLIVEIRA, LINARDI E AZEVEDO, 2004).

Na avaliação da imagem corporal para escolha de corpos desejados na fase pré e pós operatória, foi verificado que na primeira os obesos escolhiam imagens com corpos magros e definidos e na segunda os obesos se viam em corpos com peles salientes, porém, ainda desejavam corpos magros e definidos. As áreas corpóreas que referiam maior desconforto foram abdome, flancos, quadril e coxas (SONG, THOMAS, DUDAS, MARRA E FERNSTROM, 2006).

O resultado após a cirurgia é visível pelos escores dos instrumentos que se referem à auto-estima e qualidade de vida. Ambos revelam um aumento gradativo durante os meses pós-cirúrgico.

Os estudos qualitativos mostraram que a auto-estima está estreitamente vinculada à imagem corporal e influencia a vida sexual, conjugal e as relações sociais dos indivíduos (SONG, THOMAS, DUDAS, MARRA E FERNSTROM, 2006; LEAL E BALDIN, 2007; MOLINER E RABUSKE, 2008; RWER, WADDEN, MOORE, EISENBERG, RAPER E WILLIAMS, 2010).

### **Outras alterações**

Além dos fatores descritos acima, outros aspectos foram encontrados em menor frequência e, também, compõem as alterações emocionais do indivíduo no período perioperatório de cirurgia bariátrica. As pesquisas qualitativas (LEAL E BALDIN, 2007; MOLINER E RABUSKE, 2008) relatam a dependência do álcool e tabaco no período de pós-operatório. Os pacientes tendem a utilizar a bebida (6%) e o cigarro (22%) como forma de aliviarem a ansiedade e a depressão sentidas neste período (WADDEN, MOORE, EISENBERG, RAPER E WILLIAMS, 2010).

Os pacientes referem melhoria da qualidade da vida sexual, aumento do desejo e da libido após a cirurgia. É fato que estas melhorias estão relacionadas com a própria melhoria da condição de saúde e, também, com a melhora da imagem corporal e da auto-estima. Nestes doentes tem-se um aumento da auto-confiança o que permite o estabelecimento de relações sociais não visto na fase prévia ao tratamento cirúrgico, pela dificuldade e insegurança por sua aparência (LEAL E BALDIN, 2007; MOLINER E RABUSKE, 2008).

Há relato de sensação de insegurança e medo da sua condição de doença, tristeza pelas situações vivenciadas nas relações sociais prejudicadas, problemas familiares e término de relacionamento afetivo (LEAL E BALDIN, 2007; MOLINER E RABUSKE, 2008). O índice de agressividade, impulsividade e irritabilidade variou no período perioperatório. Variou de forte em 28% dos pacientes antes da operação e 36% após o tratamento cirúrgico, moderado em 42% antes e 40% após e, fraco em 30% e em 24% respectivamente (MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008).

### **Estudos de revisão bibliográfica**

Uma categoria de estudo incluída nesta pesquisa foram os estudos de revisão. Estes foram incluídos por trazerem informações técnicas, relacionadas ao procedimento cirúrgico, e emocional, referente a necessidade de avaliação psicológica do paciente obeso, em um mesmo estudo.

Sobre a avaliação psicológica estes estudos trazem que os transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar são os mais frequentes (FANDIÑO et al., 2004; ROSALES, 2006; SARWER E FABRICATORE, 2008). Os estudos referem prevalência do transtorno depressivo nesta população, varia entre 29% a 51%, com maior risco para os indivíduos com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup>(FANDIÑO et al., 2004; ROSALES, 2006; SARWER E FABRICATORE, 2008). A ansiedade é mencionada como uma alteração presente nestes pacientes, porém, em menor grau quando comparada com a depressão (SARWER E FABRICATORE, 2008; HOUT E HECK, 2009). O suicídio, também é descrito como uma causa de morte, em função das alterações psiquiátricas muitas vezes presente nestes doentes (FANDIÑO et al., 2004).

Em relação aos transtornos de comportamento alimentar, o TCAP é o mais citado entre estas publicações. Os dados referem que entre 48% e 58% dos pacientes obesos preenchem os critérios para TCAP no pré-operatório (FANDIÑO et al., 2004; ROSALES, 2006). Os estudos evidenciam maior dificuldade de adesão a dieta nutricional após a cirurgia, com a ingestão de alimentos não permitidos, que pode levar a ocorrência de vômitos, além, do surgimento, menos frequente, da bulimia e anorexia nervosa (FANDIÑO et al., 2004; ROSALES, 2006).

Outras alterações emocionais relatadas no período pós-operatório foram baixa auto-estima, insatisfação com a imagem corporal, dificuldade de relacionamento social e excesso no consumo de álcool, além, do tabagismo e retorno de peso, o que irá influenciar negativamente sobre a depressão e a ansiedade (FANDIÑO et al., 2004; ROSALES, 2006).

## DISCUSSÃO

A depressão é o evento mais relatado nos pacientes obesos, sendo considerada a principal alteração psicológica percebida. Alguns estudos referem franca associação entre obesidade e depressão, outros referem que esta associação precisa ser melhor analisada e, ainda, outros relatam que a depressão é consequência da obesidade (DIXON, DIXON E O'BRIEN, 2003; KEDDIE, 2011). É fato que o nível de depressão no paciente obeso é maior do que na população geral, sendo os obesos grau III de gravidade os mais afetados pela depressão (FIGUEROA E TAMAYO, 2008; MACHADO, ZILBERSTEIN, CECCONELLO E MONTEIRO, 2008; MARCHESINI, 2010; AUBERT, PAGÈS, CARRARD, SUTER, STIEFEL E GIUSTI, 2010).

Nestes estudos, também, fica evidente que as mulheres são as mais acometidas pela depressão. Nas pesquisas qualitativas as mulheres mostraram maior preocupação com a imagem



corporal, dificuldade de relacionamento social e afetivo e maior dificuldade para a realização das atividades diárias (LEAL E BALDIN, 2007; KIM, CHANG, CHO, YOO E KIM, 2010).

No pré-operatório a depressão está associada ao elevado grau de insatisfação com a imagem corporal, pior escore de qualidade de vida, baixa da autoestima e ao estigma e discriminação sofrida ao longo do tempo (DIXON, DIXON E O'BRIEN, 2003; KEDDIE, 2011). No pós-operatório os níveis de depressão sofrem uma redução significativa associada com a melhora da imagem corporal, escore mais elevado de qualidade de vida, aumento da autoestima, a melhora das relações sociais e perda de peso (WADDEN et al., 2006; OLIVEIRA, J.H.A.; YOSHIDA, 2008; (ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010).

Vale ressaltar a dificuldade de se avaliar a depressão em pacientes em condição de doença não psiquiátrica. Muitas vezes, os sintomas da doença são confundidos com sintomas psiquiátricos, sendo necessário melhor avaliação para se obter um diagnóstico mais fidedigno (SERAPHIM E COSTA, 2009).

A ansiedade é a segunda alteração mais relatada nas publicações encontradas. Um fator preponderante para a existência da ansiedade no pré-operatório é a restrição alimentar, a restrição é intimamente relacionada ao sucesso da cirurgia no pós-operatório, o que leva ao aparecimento de níveis grave de ansiedade, em pequeno número de casos, tendo os níveis leves predominantes entre esses pacientes (MARCHESINI, 2010; PULL, 2010).

Após a cirurgia há verifica-se redução do grau de ansiedade, em especial nos níveis de maior gravidade. Esta redução pode estar associada com a melhora da saciedade alimentar e melhora dos demais fatores psicológicos (ANDERSEN, AASPRANG, BERGSHOLM, SLETTESKOG, VÅGE E NATVIG, 2010; MARCHESINI, 2010; PULL, 2010). No entanto, alguns estudos que avaliaram até dois anos de pós-operatório, revelam que a ansiedade tende a aumentar ao longo do tempo no pós-operatório e, na maioria das vezes, associado com ganho de peso e a depressão (HOUT, 2008).

O TCAP é relatado em 56,7% dos pacientes em pré-operatório e está associado com a ansiedade e depressão e (COLLES, DIXON E O'BRIEN, 2008), a restrição alimentar parece ser a mais importante causa destas alterações (HOUT, 2008).

A imagem corporal irá influenciar a qualidade de vida do paciente obeso em especial, na esfera de atividade de vida diária, nas relações sociais e de trabalho, na atividade sexual (SARWER, WADDEN, MOORE, EISENBERG, RAPER E WILLIAMS, 2010). No pós-operatório observa-se melhora na imagem corporal e qualidade de vida nas atividades diárias básicas, nas relações sociais

e relatos melhor desempenho sexual. A melhoria da auto-estima e a perda de peso influenciam positivamente na auto-imagem do paciente obeso (SONG, THOMAS, DUDAS, MARRA E FERNSTROM, 2006; SARWER, WADDEN, MOORE, EISENBERG, RAPER E WILLIAMS, 2010). Estudos relatam que no período pós-operatório, a cirurgia plástica para retirada de excesso de tecidos localizados, contribuirá para a melhoria da imagem corporal destes doentes (SONG, THOMAS, DUDAS, MARRA E FERNSTROM, 2006).

O indivíduo obeso apresenta grande insegurança relacionada às relações sociais, tanto familiares quanto no trabalho, em virtude do preconceito, da percepção de exclusão e a falta de compreensão da sua condição física (aparência) e psicológica (RYDÉN et al., 2003; MOLINER E RABUSKE, 2008; OLIVEIRA E YOSHIDA, 2008). No pós-operatório as orientações se voltam para o aspecto nutricional, emocional e a prática da atividade física. Os estudos relatam que 50% dos pacientes aderem a estas orientações (MARCHESINI, 2010). Ainda no período pós-cirúrgico, o aumento do consumo de álcool e tabaco está associado aos níveis de depressão e a ansiedade existente neste período, mesmo que em menor grau quando comparado com o período pré-operatório.

## CONCLUSÃO

Verifica-se que as publicações sobre as alterações emocionais do indivíduo em período perioperatório de cirurgia bariátrica foram intensificadas nos últimos quatro anos, o que reforça a importância dos aspectos psicológicos e o cuidado diferenciado que a equipe multiprofissional deve oferecer a este paciente.

No que diz respeito aos estudos da enfermagem, o impacto emocional do paciente obeso em perioperatório de cirurgia bariátrica não foi contemplado. Observa-se a necessidade do enfermeiro voltar o seu olhar de cuidado para este aspecto, pois é o profissional responsável por grande parte dos cuidados prestados ao paciente obeso.

Em relação ao impacto emocional referente ao período perioperatório, foi verificado que as principais alterações encontradas nos estudos foram depressão, ansiedade, transtorno alimentar e alteração da imagem corporal.

A depressão no pré-operatório possui maior grau em indivíduos obesos grau III e mulheres, sendo que no pós-operatório há uma queda significativa em todos os pacientes. A ansiedade grave antes da cirurgia está em menor número de pacientes, sendo os níveis leves predominantes. No

entanto, após a cirurgia, há uma redução média no nível médio de ansiedade, com importante queda dos níveis grave e aumento dos níveis leve.

Os transtornos alimentares, principalmente o TCAP, estão associados com os fatores de ansiedade e depressão, em virtude da restrição alimentar sofrida no pré-operatório. Verifica-se no pós-operatório melhora no comportamento alimentar, o que contribui para a melhora do grau de ansiedade e depressão.

Sobre a imagem corporal, no pré-operatório os doentes referem grande insatisfação com seu corpo, já no pós-operatório, verifica-se melhora da sua auto-imagem e a busca pela cirurgia plástica, o que contribui para a melhoria da satisfação com a imagem corporal.

Portanto, a cirurgia bariátrica imprime grande impacto sobre a esfera emocional do paciente, reduzindo os níveis de ansiedade e depressão, melhora do transtorno alimentar, melhora da auto-imagem, a auto-estima e a qualidade de vida. Com esta realidade, o enfermeiro(a) deve estar atento a estes pacientes para realizar uma assistência de qualidade, visando à melhoria das condições de vida destes indivíduos, visto que os fatores emocionais estão presentes e influenciam na eficácia do tratamento no período perioperatório.

## REFERÊNCIAS

ANDERSEN, J.R.; AASPRANG, A.; BERGSHOLM, P.; SLETTESKOG, N.; VÅGE, V.; NATVIG, G.K. Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.8, n. 52, p.1-7, 2010.

AUBERT, N.; PAGÈS, I.L.; CARRARD, I.; SUTER, M.; STIEFEL, F.; GIUSTI, V. The predictive value of psychological assessment of candidates for gastric bypass: A medical chart review. **The European Journal of Psychiatry**, v.24, n. 2, p.114-123, 2010.

COLLES, S.L.; DIXON, J.B.; O'BRIEN, P.E. Loss of Control Is Central to Psychological Disturbance Associated With Binge Eating Disorder. **Obesity (Silver Spring)**, v.16, n.3, p.608-614, 2008.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM N° 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.** 2005.

- COSTA, A.C.C.; IVO, M.L.; CANTERO, W.B.; TOGNINI, J.R.F. Obesidade em pacientes candidatas a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.1, 55-59, 2009.
- COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43,n.1, p.21-67,1999.
- DIXON, J.B.; DIXON, M.E.; O'BRIEN, P.E. Depression in Association With Severe Obesity. **Archives of internal medicine**, v. 163, n.22, p. 2059-2065, 2003.
- FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.26, n.1, p.47-51, 2004.
- FIGUEROA, J.C.R.; TAMAYO, R.M.Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 37, n.3, p.385-396, 2008.
- GARRIDO JÚNIOR, A.B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
- GRITTEM, L.; MÉIER, M.J.; GAIEVICZ, A.P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um Hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.3, p. 245-251, 2006
- HOUT, G.V.; HECK, G.V. Bariatric Psychology, Psychological aspects of Weight loss Surgery.**Obesity Facts**, v.2. n.1, p.10-15, 2009.
- HOUT, G.C.M.V.; JAKIMOWICZ, J.J.; FORTUIN, F.A.M.; PELLE, A.J.M.; HECK, G.L.V. Weight Loss and Eating Behavior Following Vertical Banded Gastroplasty. **Obesity Surgery**, v.17, n.9, p.1226-1234, 2007.
- HOUT, G.C.M.V. et al. Psychosocial Functioning, Personality, and Body image Following Vertical banded Gastroplasty. **ObesitySurgery**, v.18, n.1, p.115-120, 2008.
- KEDDIE, A.M. Associations between severe obesity and depression: Results From the national Health and Nutrition examination Survey, 2005-2006. **Preventing Chronic Disease public health research, practice, and policy**, v. 8, n.3, p. 1-10, 2011.
- KIM, J.Y.; CHANG, H.M.; CHO, J.J.; YOO, S.H.; KIM, S.Y. Relation between Obesity and depression in the Korean Working Population. **Journalof Korean Medical Science**, v.25, n.11, p.1560-1567, 2010.
- LEAL, C.W.; BALDIN, N.O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n.3, p.324-327, 2007.



- MACHADO, C.E.; ZILBERSTEIN, B.; CECCONELLO, I.; MONTEIRO, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.21,n.4, p.185-191, 2008.
- MARCHESINI, S.D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 23, n.2, p.108-113, 2010.
- MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e contexto-enfermagem*, v. 17, n.4, p. 758-64, 2008.
- MOLINER, J.; RABUSKE, M.M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.10, n.2, p.44-60, 2008
- North American NursingDiagnosisAssociation (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- OLIVEIRA, J.H.A.; YOSHIDA, E.M.P. Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.12-19, 2008.
- OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica — aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, v.31, n.4, 199-201, 2004.
- PETRIBU, K. et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.50, n.5, p. 901-908, 2006.
- PUGLIA, C.R. Indicações para tratamento operatório da obesidade mórbida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n.2, p.109-126, 2004.
- PULL, C.B. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. **Current Opinion in Psychiatry**, v.23, n.1, p.30-36, 2010.
- ROSALES, M.L.C.R. Transtorno de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en El pronóstico posoperatorio. **RevistaUniversitasMédicas**, v. 47, n.2, p.157-176. 2006.
- RYDÉN, A. et al. Coping and Distress: What Happens After Intervention? A 2-Year Follow-up From the Swedish Obese Subjects (SOS) Study. **Psychosomatic Medicine**, v.65, n. 3, p.435-442, 2003.
- SARWER, D.B.; FABRICATORE, A.N. Psychiatric considerations of the Massive Weight loss patient.**Clinics in Plastic Surgery**, v.35, n.1, p. 1-10,2008.

- SARWER, D.B.; WADDEN, T.A.; MOORE, R.H.; EISENBERG, M.H.; RAPER, S.E.; WILLIAMS, N.N. Changes in Quality of Life and Body Image Following Gastric Bypass Surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases Home**, v.6, n.6, p.608–614, 2010.
- SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. Supl III, p.68-72, 2002.
- SERAPHIM, T.S.; COSTA, A.L.S. Sintomas somáticos de depressão em pacientes portados de retocolite ulcerativa idiopática. **ActaPaulista de Enfermagem**, v. 22, n.3, p.295-300, 2009.
- SONG, A.Y.; THOMAS, J.P.R.V.; DUDAS, J.R.; MARRA, K.G.; FERNSTROM, M.H. Body Image and Quality of Life in Post Massive Weight Loss Body Contouring Patients. **Obesity (Silver Spring)**, v. 14, n.9, p.1626-1636, 2006.
- TANAKAN D.S. **O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período transoperatório**. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- WADDEN, T.A. et al. Comparison of Psychosocial Status in Treatment-Seeking Women with Class III vs. Class I–II Obesity. **Obesity (Silver Spring)**, v.14, Supp. 2, p. 90-98, 2006.
- WHO-World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases. **Programme of Nutrition Family and Reproductive Health**. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998.