

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

CURSO DE PSICOLOGIA

SAMARA ANACLETO DO NASCIMENTO

CLEIDE DYHANA SILVA DE MELO

MÔNICA CRISTINA BATISTA DE MELO

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

JULIANA COSTA MONTEIRO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
DESESPERANÇA EM PACIENTES PRÉ - CIRÚRGICOS
PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ACOMPANHAMENTO
PSICOLÓGICO**

RECIFE, NOVEMBRO DE 2016

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

CURSO DE PSICOLOGIA

SAMARA ANACLETO DO NASCIMENTO

CLEIDE DYHANA SILVA DE MELO

MÔNICA CRISTINA BATISTA DE MELO

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

JULIANA COSTA MONTEIRO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
DESESPERANÇA EM PACIENTES PRÉ - CIRÚRGICOS
PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ACOMPANHAMENTO
PSICOLÓGICO**

Projeto de pesquisa entregue para fins de trabalho
de conclusão do curso de graduação em
Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

RECIFE, NOVEMBRO DE 2016

PESQUISADORES

Aluna: Samara Anacleto do Nascimento

Graduanda do 8º período do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: samara.anacleto@yahoo.com.br.

Aluna colaboradora: Cleide Dyhana Silva de Melo

Graduanda do 8º período do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: cleidefps13@hotmail.com

Orientadora: Mônica Cristina Batista de Melo

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, Tutora no curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). E-mail: monicademelo@ig.com.br

Co-orientadora: Dra. Juliana Monteiro Costa

Doutora em Psicologia Clínica pela UNICAP. Coordenadora de Tutor do 5º período do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Hospital Militar de Área do Recife (HMAR). E-mail: jullymc@hotmail.com

Co-orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Psicólogo Clínico e Hospitalar. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Tutor da Graduação de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Coordenador do mestrado de psicologia da saúde da FPS. E-mail: leopoldopsi@gmail.com

SUMÁRIO

Resumo	7
Abstract	9
I. INTRODUÇÃO.....	11
II. PERGUNTA NORTEADORA.....	20
III. JUSTIFICATIVA	21
IV. OBJETIVO.....	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
V. MATERIAL E MÉTODOS.....	23
5.1. Desenho do estudo.....	23
5.2. Local do estudo.....	23
5.3. Período do estudo.....	23
5.4. População do estudo.....	24
5.5. Critérios de elegibilidade.....	24
5.6. Coleta de dados.....	24
5.6.1. Critérios de inclusão.....	24
5.6.2. Critérios de exclusão.....	24
5.7. Critérios para descontinuação do estudo.....	25
5.8. Coleta de dados.....	25
5.9. Processamentos, Testes, técnicas e exames.....	25
5.10. Coletas de dados.....	27
5.10.1. Variáveis de análise.....	27
5.11. Aspectos éticos	28

VI. RESULTADO	30
VII. CONCLUSÃO	53
VIII. REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES.....	
APÊNDICE 1 – Carta de anuência do Serviço de Psicologia do IMIP.....	60
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
APÊNDICE 3 - Questionário Sociodemográfico e roteiro para entrevista.....	65
ANEXOS	
ANEXO 1 – Instruções aos autores da Revista Avaliação Psicológica	67
ANEXO 2 – Carta de submissão.....	86

RESUMO

CENÁRIO: A Cirurgia Bariátrica tornou-se um dos procedimentos mais utilizados contra a obesidade grave e também como tratamento das doenças associadas à obesidade como diabetes, hipertensão e demais doenças resultantes do excesso de peso. A depressão, a ansiedade e a desesperança são fatores psicológicos mais frequentes entre os candidatos à Cirurgia Bariátrica, o que requer cuidados especiais para estes pacientes durante o pré-operatório e pós-operatório. Assim como a compulsão alimentar que pode estar ligada a outros transtornos psiquiátricos frequentes nas pessoas com obesidade. O grande número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e que, no pós-operatório, apresentam complicações psicológicas e psiquiátricas justifica a importância de uma verificação pré-operatória. **OBJETIVOS:** Verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré -cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico. **MÉTODO:** Estudo descritivo, tipo Corte Transversal. O estudo foi realizado com pacientes indicados para cirurgia bariátrica atendidos no ambulatório de Psicologia, para a coleta de dados foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e um questionário semiaberto. Este projeto atende as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando a aprovação do projeto de Pesquisa em Iniciação Científica, o estudo teve a duração de um ano (2015 a 2016). Ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após a avaliação e aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos que será submetido em julho de 2015. Todos os participantes que preenchem os critérios de inclusão serão informados sobre o estudo e somente fez parte os que compreenderem os objetivos da

pesquisa e assinalaram o TCLE. Espera-se com o estudo colaborar com o processo de avaliação de pacientes com um protocolo específico para esta realidade.

RESULTADO: Diante do estudo foi possível perceber que os resultados sugerem que os participantes vivenciam sentimentos e emoções inerentes a obesidade e não apresentam sinais de transtorno emocional, não sinalizando contraindicação para o prosseguimento do processo de avaliação pré-operatória. Sugere-se novas pesquisas sobre a temática, considerando o número reduzido de participantes e a importância da identificação de tais sintomas no pré-operatório, visando a prevenção de complicações no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho evidenciou presença mínima de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré-cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico. Além de apontar informações sócio demográficas importantes, contribuindo para futuros estudos. Considerando-se a identificação dos fatores estudados comuns, mas são primordiais no processo cirúrgico e pós-cirúrgico em cirurgia bariátrica, a presente pesquisa ampliou o conhecimento sobre esses aspectos, tendo em vista que estes podem ser complicadores para o tratamento dessa população. Os achados sugerem que a verificação desses fatores ao longo do acompanhamento psicológico dos pacientes para avaliação pré-operatória em protocolo de avaliação são subsídios importantes nas ações de prevenção e promoção da saúde dos pacientes.

Palavras chave: Inventário, escalas, cirurgia bariátrica, depressão, ansiedade, desesperança, compulsão alimentar.

ABSTRACT

SCENARIO: Bariatric surgery has become one of the most used procedures against severe obesity and also as a treatment of diseases associated with obesity such as diabetes, hypertension and other diseases resulting from the excess weight. Depression, anxiety and hopelessness are psychological factors more frequent among candidates for Bariatric Surgery, which requires special care for these patients during the preoperative and postoperative period. As well as binge, eating that may be linked to other psychiatric disorders frequent in people with obesity. The large number of patients undergoing Bariatric Surgery and that postoperatively, psychological and psychiatric complications justifies the importance of preoperative verification. **OBJECTIVES:** The presence of anxiety, depression, binge eating and hopelessness in pre-surgical patients for Bariatric Surgery in psychological monitoring. **METHOD:** Descriptive, Transversal type. The study was conducted with patients to bariatric surgery outpatient psychology attended at, for data collection were used Beck Depression Inventory (BDI), Beck anxiety inventory (BAI), Beck Hopelessness scale (BHS), binge eating scale (ECAP) and a semi-open questionnaire. This project meets the standards of Resolution 466/12 of the National Health Council, considering the approval of a research project on scientific research, the study lasted a year (2015 to 2016). It should be noted that data collection was initiated after the evaluation and approval of this project by the Ethics Committee and research with human beings who will be submitted in July 2015. All participants who meet the inclusion criteria will be informed about the study and only took part in those who understand research objectives. The study is expected to contribute to the process of evaluation of patients with a specific protocol for this

reality. **RESULT:** before the study was possible to notice that the results suggest that the participants experience feelings and emotions inherent in obesity and don't show signs of emotional disorder, signaling no contraindication for the continuation of the preoperative assessment process. It is suggested further research on the subject, considering the small number of participants and the importance of identifying such preoperative symptoms, aiming at the prevention of postoperative complications. **CONCLUSION:** The present study showed minimal presence of anxiety, depression, binge eating and hopelessness in patients for Bariatric Surgery in psychological monitoring. In addition to point partner demographic information important, contributing to future studies. Given the identification of the factors studied are common but essential to initiate the surgical and post-surgical process in bariatric surgery, this research has broadened the knowledge about these aspects, in order that these may be complicating for treatment of this population. The findings suggest that the verification of these factors along the psychological of female patients for preoperative evaluation in assessment protocol are important subsidies in the actions of prevention and promotion of health of patients.

Keywords: Inventory, scales, bariatric surgery, depression, anxiety, hopelessness, binge eating.

I. INTRODUÇÃO

A Obesidade é considerada um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade como uma doença crônica, de etiologia multifatorial¹. Podendo ser descrita como um excesso da adiposidade corporal². É multideterminada por fatores fisiológicos, genéticos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, e aumenta o risco de ocorrência de doenças orgânicas, transtornos mentais e comportamentais, tais como os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar¹. Cerca de 80% dos pacientes obesos tem histórico familiar de obesidade, o comportamento familiar influencia o indivíduo obeso através dos métodos orais apreendidos (costumes alimentares) utilizando a alimentação para diminuir, por exemplo, a ansiedade e o estresse².

Por ser uma doença multifatorial, torna-se indispensável uma intervenção focada na visão multidisciplinar que consiste na participação de nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas, psiquiatras e outros profissionais da saúde. Justificando em uma atuação que visa prevenir complicações cirúrgicas e emocionais no pré e pós-cirúrgico dos pacientes³.

A Cirurgia Bariátrica é considerada uma alternativa de tratamento para a obesidade mórbida, ainda é denominado em alguns estudos como um tratamento invasivo. Tal intervenção tornou-se eficaz contra a obesidade grave e também as doenças associadas à obesidade como diabetes, hipertensão entre outras doenças relacionadas ao excesso de peso³.

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina estabelecem como pré-requisitos para os pacientes realizarem a cirurgia bariátrica: idade entre 18 e 65 anos; compreensão por parte do paciente e da família de todos os riscos e consequências do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico e suporte familiar constante. De acordo com estes documentos o tratamento cirúrgico está contraindicado nos seguintes casos: pacientes com obesidade decorrente de doenças endócrinas; jovens cujas epífises dos ossos longos ainda não estão consolidadas; indivíduos com distúrbios psicóticos ou demenciais graves ou moderados; indivíduos com história recente de tentativa de suicídio e dependentes químicos (álcool e outras drogas) ^{4,5}.

Um estudo realizado sobre comorbidades psicológicas e de saúde antes e após a cirurgia bariátrica, sinalizou que após aproximadamente um ano da cirurgia, os pacientes sentem-se melhor fisicamente, mais saudáveis e do ponto de vista da personalidade ocorrem mudanças positivas, mas não identificou mudanças significativas. O estudo comenta sobre a falta de consenso sobre a importância da cirurgia para mudanças importantes do ponto de vista psicológico nos pacientes, e sobre a obesidade como fator responsável pelo comprometimento psicológico e sugere mais estudos sobre o tema ⁶.

A depressão e a ansiedade são fatores psicológicos mais frequentes entre os candidatos à Cirurgia Bariátrica, o que requer cuidados especiais para estes pacientes durante o pré-operatório e pós-operatório ⁷. Assim como a compulsão alimentar que pode estar ligada a outros transtornos psiquiátricos frequentes nas pessoas com obesidade ⁷.

Estudo realizado sobre imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, traz que a comparação realizada entre o IMC real e o peso corporal idealizado podem gerar ou intensificar os sintomas de depressão ⁷.

As mulheres parecem apresentar maior presença de sintomas de depressão, e o desejo de fazer a cirurgia em alguns casos está relacionado ao desejo de ter uma imagem corporal que seja mais aceita atualmente onde o culto ao corpo belo e magro parece predominante. Neste caso a cirurgia contribui para uma melhora na autoimagem e estima ⁷.

A palavra "depressão" vem do latim *depressio*, de *deprimere*, que significa “apertar firmemente”, “para baixo”. O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doença(s) ⁸. A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que a depressão acometa de 3% a 5% da população ⁹. Esta doença possui causas somáticas que afeta os fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais do indivíduo, podendo surgir em vários quadros clínicos, podendo ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas ⁸. Estudos mostram que em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo ¹⁰. Estudos internacionais e nacionais revelam que os sintomas de depressão e ansiedade são mais prevalentes entre mulheres (é duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens) e pessoas com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas, ou seja, essas pessoas possuem maior risco de apresentar um quadro depressivo ¹⁰.

A depressão quanto síndrome abarca não apenas nas alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de

outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Enquanto doença a depressão tem sido classificada de várias formas, entre os quadros de doença mencionados encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, entre outros. A depressão é classificada em níveis mínimo, leve, moderada e grave, e seus sintomas podem ser psíquicos (humor depressivo), fisiológicos (alterações no sono, apetite, redução do interesse sexual, entre outros.) e comportamentais (crises de choro, comportamentos suicidas, inércia, perda de interesse pela aparência física, consumo de álcool e droga, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora, entre outros)⁸.

Na grande maioria o tratamento é medicamentoso, os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, porém não diferentes de placebo em depressões leves¹². Existem outros métodos de tratamento que apresenta uma gama de opções que permitirá uma flexibilidade ao psiquiatra clínico, no sentido de adequar para cada paciente a melhor abordagem terapêutica. A psicoterapia é essencial no tratamento de pacientes depressivos, contextualizando assim o meio social e cultural, compreendendo as suas dimensões biológicas e psicológicas¹².

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos (sensação de apreensão e perturbação), fisiológicos (interferência nas reações cardíacas, tensão muscular, náuseas, boca seca ou sudorese) e comportamentais (interferência na capacidade de agir, de se expressar ou lidar com uma situação rotineira), que fazem parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho¹³. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Os transtornos de

ansiedade encontrar-se entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral. Além, disso os sintomas “ansiosos” apresentados estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua essência, o sintoma de ansiedade (ataque de pânico, medos patológicos e obsessões e compulsões, entre outros), são comuns durante episódios depressivos e, em geral, são relacionados à pior prognóstico¹⁴.

A ansiedade pode ser descrita como sendo normal ou patológica, leve ou grave, prejudicial ou benéfica, episódica ou persistente, causa física ou psicológica, somática ou não somática e pode afetar ou não a percepção e a memória, ou seja, ela pode apresentar-se de diferentes formas e em diferentes níveis de intensidade ou gravidade¹⁵. O tratamento da ansiedade pode ser feito através de medicamentos, psicoterapia com psicólogo ou médico psiquiatra, ou com a combinação dos dois tratamentos (medicamentos e psicoterapia). O diagnóstico precoce e preciso da ansiedade, o tratamento eficaz e o acompanhamento por um prazo longo são imprescindíveis para obter melhores resultados e menores detrimientos¹⁵.

A depressão e a ansiedade são pontos diferentes ao longo do mesmo "continuum", apresentam manifestações diferentes com aspectos etiológicos comuns (mesma diátese), possuem síndromes heterogêneas, aparentemente associadas devido a características comuns, são fenômenos separados, os quais podem alternar-se ao longo do tempo e são fenômenos distintos, conceitual e empiricamente¹⁴. Ou seja, a depressão e a ansiedade são claramente distintas do ponto de vista fenomenológico, mas empiricamente tem sido difícil separar os dois construtos. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. Na psicopatologia a ansiedade e a depressão são constituintes determinantes de um grande leque de doenças mentais¹⁴.

A presença da depressão e ansiedade em paciente pré e pós-cirúrgicos pioram diversos fatores relacionado à saúde. Podem-se citar os sintomas de ansiedade e de depressão como sendo um dos fatores mais significativos dessas duas etapas (pré e pós-cirúrgica). A cirurgia bariátrica envolve um processo de mudanças físicas, hormonais, nutricionais, sociais e emocionais. Levando em consideração esses aspectos, o paciente passa por uma avaliação psicológica, avaliação do histórico e é acompanhado durante as etapas. A presença de transtornos emocionais, transtorno de compulsão, ansiedade, quadros depressivos e outros, podem interferir negativamente nos resultados da cirurgia^{15,16}.

Aproximadamente 15 a 30% dos pacientes que se candidatam à Cirurgia Bariátrica apresentam sintomas clinicamente significantes de depressão, e a maioria dos centros de cirurgia bariátrica considera sua presença uma contraindicação relativa à operação¹⁶. Estudos mostram que candidatos a cirurgia apresentam sintomas de ansiedade em níveis médios antes da operação e diminuição para escores menores no pós-operatório¹⁶.

O acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo, principalmente no pós operatório onde é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis¹⁷. É a fase de recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação à nova dieta, ou seja, ocorre a fase de adaptação aos novos hábitos e atitudes. Unindo-se a expectativa a ansiedade e a insegurança do novo período, de um novo corpo (elaboração entre o corpo que o paciente imaginou e o corpo que vai se formando), nas novas relações que o paciente vai estabelecer com si próprio e com os outros¹⁷. No pós-operatório, as mudanças rápidas que acontecem, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, acabam exigindo do paciente uma reflexão, e emergem questões emocionais. Neste momento é essencial o trabalho

psicológico, pois vai auxiliar o paciente a se conhecer e a se compreender melhor, a aderir de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável pela vivência de criação de uma nova identidade e estimulando a sua participação efetiva no processo de emagrecimento¹⁷. Sendo importante avaliar durante o acompanhamento os aspectos dos fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, apresentados durante as etapas pré e pós-cirúrgica, comparando se houve uma melhora com relação à autoestima do paciente, satisfação com a imagem corporal, como está seu envolvimento social, mudanças de comportamento, projeto de vida, a relação e melhoria entre os sintomas depressivos, ansiosos e transtornos alimentares, é possível avaliar também se há a presença de comportamentos compulsivos, sintomas de transtornos alimentares (vômitos provocados), sintomas depressivos (como tristeza, choro fácil, sensação de vazio, perda do interesse por atividades que gostava, apresenta irritabilidade, isolamento, pensamentos frequentes de morte e suicídio), caso o paciente não tenha apresentado na etapa pré-cirúrgica¹⁷.

Além da ansiedade e depressão é comum na população obesa o surgimento da desesperança, que é encarada como o grau em que o sujeito é pessimista relativamente ao seu futuro^{18,19}. O conceito de desesperança foi desenvolvido por Abramson e os seus colegas no ano de 1989 e, tem sido associada até hoje aos transtornos de internalização. Embora não haja desordem mental específica que possa comparar a este conceito, é relevante visualizar que este tem sido associado a características fundamentais da depressão (pensamentos auto derrotistas, visão negativa e pessimista diante do futuro, entre outros)^{18,19}.

A desesperança pode ser medida em quatro níveis que são: mínimo, leve, moderado e grave. Esse sentimento desesperançoso trás para o sujeito a ideia de fracasso diante da situação que está vivenciando e desamparado, acreditando que nada

pode fazer para mudar seu quadro, sobrepondo assim em seu comportamento os aspectos de desmotivação (insatisfação) e desvalorização (baixa autoestima, depreciação)²⁰. Os sintomas de desesperança se tornam perceptível através dos pensamentos e falas (tentativa suicida, desacreditarão, queixas), conduta (mutilação, agressividade, isolamento, entre outros) e aspectos físicos (abatimento, tristeza, imagem corporal, entre outros)^{19,20}.

Estudos mostram que em pacientes obesos sedentários e não sedentários as variáveis (depressão, ansiedade e desesperança) é crescente, ou seja, à medida que aumentam os níveis aumentam também os graus dos riscos à saúde e da obesidade em ambos os grupos (sedentários e não sedentários)¹⁸. Apesar de haver poucos estudos referentes à desesperança e os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pesquisas relacionam tal sentimento mais voltados para a depressão e a tentativas suicidas^{3,19}.

O termo compulsão alimentar se refere a episódios de comer em excesso caracterizados pelo consumo de grandes quantidades de comida em intervalos curtos de tempo, seguido por uma sensação de perda de controle sobre o que se está comendo²¹.

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma categoria diagnóstica recente e, apesar de classificado como um transtorno alimentar sem outra especificação, os seus critérios diagnósticos foram incluídos no apêndice B da DSM IV. A característica central do transtorno são os episódios de compulsão alimentar (ECA)²². Não utilizando medidas extremas para evitar o ganho de peso como pessoas com Bulimia nervosa²³.

Pesquisas afirmam que a Obesidade não é critério diagnóstico para TCAP, mas é uma condição clínica que quase sempre acompanha o quadro, ou seja, a maioria dos pacientes com o transtorno é obesa^{23,24}. Estudos epidemiológicos sugerem que, na

população, cerca de 3% das pessoas apresentam TCAP, elevando-se para índices de 7,5 a 46% em amostras clínicas de obesos ²⁴. Caso o paciente submetido à cirurgia bariátrica apresente esse tipo de transtorno se faz necessário um acompanhamento multidisciplinar para que os sintomas não intervenham na realização da cirurgia. Em casos da compulsão alimentar há uma reeducação para que o mesmo venha ser submetido à cirurgia e aprenda lidar com o pós-cirúrgico.

Encontra-se na literatura sobre a temática, que os pacientes com TCAP possuem autoestima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno²⁴.

Por conta da busca de um corpo que se enquadre nos padrões atuais impostos como ideal de beleza, a percepção da imagem corporal pode ser afetada negativamente, especialmente nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade²⁵.

Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, e essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas²⁵.

Diante da insatisfação corporal, o tratamento clínico da obesidade pode ser afetado negativamente, refletindo no comportamento, na saúde mental e na qualidade de vida. Valendo ressaltar que tal insatisfação com o corpo é um fator motivador para a mudança comportamental, levando o indivíduo a tomar medidas para reduzir o peso, no intuito de melhorar sua autoimagem e estima ^{25,3}.

Considerando a importância de indicadores referentes aos possíveis sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade, estresse e desesperança em pacientes com indicação para cirurgia bariátrica, o presente estudo tem como objetivo verificar as

características psicológicas dos pacientes tendo como principais instrumentos a aplicação do Inventário de Depressão de Beck (IDB)²⁶, Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)²⁶, a Escala de Desesperança de Beck (BHS)²⁶, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)²⁷, e um questionário com perguntas semi abertas sobre tais sintomas.

II. PERGUNTA NORTEADORA

Existem determinados aspectos psicológicos e psiquiátricos como a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré-cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico que podem ser evidenciados através do Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e um questionário?

III. JUSTIFICATIVA

Considerando-se a importância da ansiedade, depressão, compulsão alimentar e a desesperança como fatores que estão presentes em pacientes pré e pós cirúrgicos para cirurgia bariátrica e que tais fatores podem ser complicadores para o tratamento dessa população, surgindo como indicadores para a não realização da cirurgia ou indicadores para tratamento no pós-cirúrgico. Ressaltando a importância de ampliar o conhecimento sobre esses aspectos psicológicos, que poderão contribuir para a confirmação e verificação desses aspectos em um protocolo de avaliação pré- operatória e no acompanhamento pós-cirúrgico, bem como para favorecer subsídios importantes nas ações de prevenção e de promoção da saúde em pacientes portadores de obesidade.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré-cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico.

4.2. Objetivos específicos

Dos pacientes com indicação para cirurgia bariátrica:

- Verificar Características sócio-demográficas, o motivo clínico e emocional para a cirurgia.
- Identificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança;
- Descrever o tipo de relação que os pacientes fazem da compulsão, ansiedade, depressão, estresse e desesperança com a obesidade;

V. MATERIAL E MÉTODO

5.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo, tipo Corte Transversal.

5.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado no ambulatório de Psicologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

O IMIP é uma instituição filantrópica que foi fundada em 1960 que atua nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente do estado de Pernambuco, presta assistência integral a saúde da criança, da mulher e do adulto. O complexo hospitalar do IMIP é uma das estruturas hospitalares mais importantes do país com mais de mil leitos, realizando ainda mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços. O IMIP foi o primeiro hospital do Brasil a receber o título de Hospital Amigo da Criança concedido pela Organização Mundial de Saúde/UNICEF/Ministério da Saúde.

O Ambulatório de Psicologia do IMIP atende aos pacientes que estão em tratamento na instituição, tem como missão o ensino, a pesquisa e a assistência. Fazem parte do grupo de trabalho os profissionais, os residentes e os estagiários do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e da Universidade Federal de Pernambuco.

5.3. PERÍODO DO ESTUDO

Considerando a aprovação do projeto de Pesquisa em Iniciação Científica, o estudo terá a duração de um ano (2015 a 2016). Ressalta-se que a coleta de dados somente será iniciada após a avaliação e aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos que será submetido em julho de 2015.

5.4. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada será composta por pacientes com indicação para cirurgia bariátrica em atendimento pré e pós-cirurgia atendidos no Ambulatório de Psicologia do IMIP.

5.5. AMOSTRA

A amostra será por conveniência, consecutiva, composta pelo número de pacientes atendidos no período de Agosto de 2015 a Outubro de 2016.

5.6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Serão convidados a participar deste estudo, pacientes que estejam em acompanhamento ambulatorial no IMIP dentro do período de realização da pesquisa.

5.6.1. Critérios de inclusão

Pacientes, que apresentarem indicação de bariátrica, que estiverem em acompanhamento no serviço e concordarem em participar do estudo.

5.6.2. Critérios de exclusão

Pacientes, que apresentarem comprometimento psiquiátrico e/ou apresentarem dificuldades para entender as perguntas da pesquisa e que não concordarem em participar do estudo.

5.7. CRITÉRIOS PARA DESCONTINUAÇÃO DO ESTUDO

Intercorrências médico psiquiátricas que possam comprometer a sequência do atendimento, ou pacientes que não comparecerem ao ambulatório para consulta duas vezes consecutiva.

5.8. COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada no ambulatório de Psicologia do IMIP. Os participantes serão abordados individualmente, na sala de atendimento, objetivando priorizar o sigilo e deixar o participante mais confortável para poder ler o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e discutir o objetivo da pesquisa. Apenas após a compreensão dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE o PROTOCOLO poderá ser aplicado.

5.9. PROCEDIMENTOS, TESTES, TÉCNICAS E EXAMES.

Para a coleta dos dados serão utilizados um questionário com perguntas sobre dados de identificação, sociodemográficos e sobre o tema da pesquisa. Os instrumentos

utilizados para a coleta de dados serão: **O Inventário de Depressão de Beck (BDI)**, esse inventário foi proposto por Beck por constituir-se numa forma objetiva para se medir as manifestações comportamentais da depressão. O inventário utilizado compreende 21 categorias de sintomas e atividades, com 4 alternativas cada um, em ordem crescente do nível de depressão. O paciente escolhe a que lhe parecer mais apropriada. O BDI é autoaplicável. A soma dos escores identifica o nível de depressão. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 11- mínimo; 12 a 19- leve; 20 a 35- moderado e 36 a 63- Grave²⁶.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), inventário proposto por Beck para medir os sintomas comuns de ansiedade. O BAI consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. O paciente opta por aquela que lhe parecer mais apropriada. O inventário é autoaplicável. A soma dos escores identifica o nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado no Brasil, com a seguinte classificação: zero a 10 – Mínimo; 11 a 19 – Leve; 20 a 30 – Moderado e 31 a 63 – Grave²⁶.

A **Escala de Desesperança de Beck (BHS)**, é uma escala dicotômica proposta por Beck que engloba 20 itens consistindo em afirmações que envolvem crenças sobre desesperança. O paciente deve concordar ou discordar da afirmação, permitindo-se avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. A soma dos escores identifica o nível de desesperança. Os escores variam de 0 a 20. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 4- mínimo; 5 a 8- leve; 9 a 13- moderado e 14 a 20- grave²⁶.

Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), que consiste em um questionário autoaplicável, desenvolvido por Gormally et al, o instrumento é constituído por uma

lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da Compulsão Alimentar Periódica. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: menor ou igual a 17 são considerados sem CAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CAP grave²⁷.

5.10. COLETA DE DADOS

Questionário como dados de identificação e sociodemográficos e um conjunto de questões semiabertas sobre compulsão, ansiedade, depressão, estresse e desesperança. Tais aspectos são recomendados para que sejam identificados e avaliados durante o processo de avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica. (anexo 3):

5.10.1. Variáveis de análise:

1. Variável dependente: indicação para cirurgia.

2. Variáveis independentes:

Idade: variável quantitativa, numérica contínua expressa em anos.

Sexo: Refere-se ao gênero do participante. É uma variável categórica nominal dicotômica, categorizada para análise em feminino e masculino.

- **Presença de ansiedade:** Pode ser descrita como sendo normal ou patológica, leve ou grave, prejudicial ou benéfica, episódica ou persistente, causa física ou psicológica, somática ou não somática e pode afetar ou não a percepção e a memória, ou seja, ela

pode apresentar-se de diferentes formas e em diferentes níveis de intensidade ou gravidade¹⁵.

- **Presença de depressão:** é classificada em níveis mínimo, leve, moderada e grave, e seus sintomas podem ser psíquicos (humor depressivo), fisiológicos (alterações no sono, apetite, redução do interesse sexual, entre outros.) e comportamentais (crises de choro, comportamentos suicidas, inércia, perda de interesse pela aparência física, consumo de álcool e droga, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora, entre outros)⁸.

- **Presença de compulsão alimentar:** Quando o indivíduo tem episódios de comer em excesso caracterizados pelo consumo de grandes quantidades de comida em intervalos curtos de tempo, seguido por uma sensação de perda de controle sobre o que se está comendo²⁷.

- **Presença de desesperança:** A desesperança engloba uma cadeia de causas próximas, mas diferentes da depressão. Onde o indivíduo se sente desamparado e certo que nada pode fazer. Podendo a desesperança está associada com a possibilidade de restrição da existência por motivos intrapsíquicos ou não²⁶.

5.11. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto atende as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e será submetido á avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde. Somente após aprovação do CEP a pesquisa será iniciada.

Todos os participantes que preencham os critérios de inclusão serão informados sobre o estudo e somente farão parte os que compreenderem os objetivos da pesquisa e assinarem o TCLE.

A pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes. Um dos riscos envolve o tempo gasto pelo participante para responder a pesquisa, dessa forma o convite será realizado para que este possa participar no dia em que já tiver consulta agendada no ambulatório do IMIP, e, diante disso, serão tomadas precauções para que não sofra nenhum atraso na sua consulta previamente agendada com algum integrante da equipe interdisciplinar. Outro risco envolve algum tipo de mobilização emocional no momento em que o participante estiver respondendo o protocolo, e, em relação a essas situações, será oferecido apoio psicológico no momento da entrevista e o paciente seguirá em acompanhamento psicológico com a responsável pela pesquisa e se ainda for necessário, poderá ser encaminhado para um dos psicólogos integrantes da equipe do Laboratório de Avaliação Psicológica do IMIP.

VI. RESULTADOS

Atendendo as normas de trabalho de conclusão de curso-TCC da faculdade pernambucana de saúde- FPS, os resultados deste TCC serão apresentados no formato de artigo, que será encaminhado para a revista Psicologia em Estudo. As normas da revista encontram-se no anexo 1 e a carta de submissão no anexo 2.

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA
EM PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**ANXIETY, DEPRESSION, BINGE EATING AND HOPELESSNESS IN
PATIENTS CANDIDATES FOR SURGERY BARIATRIC**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ATRACÓN Y LA DESESPERANZA CANDIDATOS
EN PACIENTES PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA**

ANSIE., DEPRE., COMP ALIM., DESESP. PAC. CAND. CB

Resumo

A pesquisa buscou verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. O estudo é um subproduto de uma pesquisa realizada com objetivo de elaborar um protocolo para atendimento desses pacientes no ambulatório de Psicologia. Para a coleta de dados foram utilizados o

Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Desesperança de Beck, Escala de Compulsão Alimentar Periódica e um questionário semiaberto. Os resultados revelaram que a maioria apresentou escore mínimo para ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança. Os pacientes não sinalizaram contraindicações para o prosseguimento da avaliação. Sugere-se novas pesquisas sobre a temática, considerando o número reduzido de participantes e a importância da identificação de tais sintomas no pré-operatório, visando a prevenção de complicações no pós-operatório.

Palavras chave: cirurgia bariátrica; depressão; ansiedade; compulsão alimentar.

Abstract

The large number of patients undergoing bariatric surgery and in the postoperative period, have psychological and psychiatric complications justifies the importance of preoperative verification. Verify the presence of anxiety, depression, binge eating and hopelessness in candidates for bariatric surgery. The study is a byproduct of a survey conducted in order to draw up a protocol for care of patients eligible for bariatric treated at the Psychology Clinic. For the collection were used the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, Beck Hopelessness Scale, Binge Eating Scale, and a semi-open questionnaire. Regarding the results, the prevalence was for minimum scores in anxiety, depression, binge eating and hopelessness. The study contributed to characterize a group of patients how to aspects evaluated, demonstrating that the population studied the levels of anxiety, depression and hopelessness can be understood as derived from the very experienced situation of obesity process and that in this population, patients do not signal contraindication to further the preoperative evaluation process. It is suggested further research on the subject, given the limited number of

participants and the importance of identify such symptoms preoperatively, aimed at preventing postoperative complications.

Keywords: bariatric surgery; depression; anxiety; binge eating.

Resumen

El gran número de pacientes sometidos a cirugía bariátrica que presentan complicaciones psicológicas y psiquiátricas en postoperatorio justifican una verificación preoperatoria.

El estudio es un subproducto de una encuesta realizada con el fin de elaborar un protocolo para la atención de pacientes elegibles para bariátrica tratados en la Clínica de Psicología. Como recolección de datos fueron utilizados el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Compulsión Alimentar Periódica y un cuestionario semiabierto. Los resultados de las escalas en el grupo de pacientes estudiados, mostró hubo predominancia de puntuaciones mínimas de ansiedad, depresión, compulsión alimentaria y desesperanza. Se sugiere además la investigación sobre el tema, dado el limitado número de participantes y la importancia de identificación de tales síntomas en preoperatorio, buscando la prevención de complicaciones en postoperatorio.

Palabras clave: Cirugía bariátrica; depresión; ansiedad; trastorno por atracón.

Introdução

A Obesidade é considerada um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade como uma doença crônica, podendo ser descrita como um excesso da adiposidade corporal (Moliner & Rabuske, 2008; Sadock & Sadock, 2008). É multideterminada por fatores fisiológicos, genéticos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, e aumenta o risco de ocorrência de doenças orgânicas, transtornos mentais e comportamentais, tais como: os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar (Moliner & Rabuske, 2008). Estima-se que cerca de 80% dos pacientes obesos tem histórico familiar de obesidade, pois o comportamento alimentar da família influencia o indivíduo através dos métodos orais apreendidos (costumes alimentares) utilizando a alimentação para diminuir, por exemplo, a ansiedade e o estresse (Sadock & Sadock, 2008).

Vale ressaltar que por ser uma doença multifatorial, torna-se indispensável uma intervenção focada na visão multidisciplinar, sendo a cirurgia bariátrica considerada uma alternativa de tratamento. Esse tipo de intervenção tornou-se eficaz contra a obesidade grave e também as doenças associadas à obesidade como diabetes, hipertensão entre outras doenças relacionadas ao excesso de peso (Silva & Maia, 2010).

Em virtude de tais fatores o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina estabelecem pré-requisitos para os pacientes realizarem a cirurgia bariátrica e contraindicações (Conselho Federal de Medicina, 2005; Ministério da Saúde, 2007). Um estudo com objetivo de descrever e analisar mudanças no peso, psicopatologia, personalidade, problemas e queixas de saúde em pacientes pré e pós cirúrgicos, comenta sobre a falta de consenso no que se refere à importância da cirurgia para mudanças psicológicas na vida dos pacientes. Pontua também sobre a obesidade como fator responsável pelo comprometimento psicológico e sugere mais estudos sobre o tema (Silva & Maia, 2013).

A depressão, a ansiedade e a compulsão alimentar são os fatores psicológicos mais frequentes entre os pacientes indicados para a Cirurgia Bariátrica, o que requer cuidados especiais para os mesmos durante o período pré e pós-operatório. Estudo realizado sobre imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, comparam o IMC real e o peso corporal idealizado que podem gerar ou intensificar os sintomas de depressão. As mulheres parecem apresentar maior presença de sintomas de depressão, e o desejo de fazer a cirurgia pode estar relacionado ao desejo de ter uma imagem corporal que seja mais aceita atualmente. O culto ao corpo belo e magro parece predominar e, neste caso, a cirurgia contribui para melhorar na autoimagem e estima (Almeida, Zanatta e Rezende, 2012).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que atinge não apenas as alterações de humor, mas também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Del Porto (1999) classifica a depressão em níveis mínimo, leve, moderada e grave, e seus sintomas podem ser psíquicos, fisiológicos e comportamentais. Estima-se que em 2020, a depressão seja a segunda causa de incapacidade no mundo, sendo prevalente entre mulheres, em pessoas com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas (Martin, Quirino & Mari, 2007).

Outro fator que vem acometendo uma grande parcela da população é a ansiedade, um estado emocional com componentes psicológicos (sensação de apreensão e perturbação), fisiológicos (interferência nas reações cardíacas, tensão muscular, náuseas, boca seca ou sudorese) e comportamentais com interferência na capacidade de agir, de se expressar ou lidar com uma situação rotineira (Caíres & Shinohara, 2010). Pode ser descrita como sendo normal ou patológica, leve ou grave, prejudicial ou benéfica (Andrade & Gorenstein, 1998).

O tratamento cirúrgico da obesidade demanda a atenção sobre a presença da depressão, ansiedade e compulsão alimentar considerando esses aspectos faz-se necessário a avaliação psicológica pré-operatória, visto que a cirurgia bariátrica envolve um processo de mudanças físicas, hormonais, nutricionais, sociais e emocionais (Andrade & Gorenstein, 1998; Tae et al, 2014). Aproximadamente 15 a 30% dos pacientes com indicação à Cirurgia Bariátrica apresentam sintomas clinicamente significantes de depressão, e a maioria dos centros de cirurgia bariátrica considera sua presença uma contraindicação relativa à operação embora alguns candidatos a cirurgia apresentam sintomas de ansiedade em níveis médios antes da operação e diminuição para escores menores no pós-operatório (Tae et al, 2014).

O acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo, principalmente no pós-operatório onde é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). É a fase de recuperação, de adaptação à nova dieta, novos hábitos e atitudes. A expectativa, ansiedade e a insegurança do novo período, novo corpo, as novas relações que o paciente vai estabelecer com si próprio e com os outros, demanda o acompanhamento psicológico observando a melhora com relação à autoestima do paciente, satisfação com a imagem corporal, seu envolvimento social, mudanças de comportamento, projeto de vida, relação e melhoria entre os sintomas depressivos, ansiosos e transtornos alimentares.

É recomendado avaliar no pré-operatório inclusive se há presença de comportamentos compulsivos, sintomas de transtornos alimentares (vômitos provocados), sintomas depressivos (como tristeza, choro fácil, sensação de vazio, perda do interesse por atividades que gostava, irritabilidade, isolamento, pensamentos frequentes de morte e suicídio), caso o paciente não tenha apresentado na etapa pré-cirúrgica (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

Além da ansiedade e depressão é comum na população obesa o surgimento da desesperança, que é encarada como o grau em que o sujeito é pessimista relativo ao seu futuro. O conceito de desesperança foi desenvolvido por Abramson e os seus colegas no ano de 1989 e, tem sido associada até hoje aos transtornos de internalização. Embora não haja desordem mental específica que possa comparar a este conceito, é relevante visualizar que este tem sido associado a características fundamentais da depressão, pensamentos autoderrotistas, visão negativa e pessimista diante do futuro (Tosetto & Simeão, 2008; Oliveira et al, 2006).

A desesperança pode ser medida em quatro níveis que são: mínimo, leve, moderado e grave. Esse sentimento desesperançoso traz para o sujeito a ideia de fracasso diante da situação que está vivenciando e desamparado, acreditando que nada pode fazer para mudar seu quadro, sobrepondo assim em seu comportamento os aspectos de desmotivação e desvalorização. Os sintomas de desesperança se tornam perceptível através dos pensamentos e falas (tentativa suicida, desacreditarão, queixas), conduta (mutilação, agressividade, isolamento, entre outros) e aspectos físicos - abatimento, tristeza, imagem corporal, entre outros (Oliveira, 2006; Anjos, 2010).

O termo compulsão alimentar refere-se a episódios de comer em excesso caracterizados pelo consumo de grandes quantidades de comida em intervalos curtos de tempo, seguido por uma sensação de perda de controle sobre o que se está comendo (Appolinario, 2004). O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma categoria diagnóstica recente. Pesquisas afirmam que a Obesidade não é critério diagnóstico para TCAP, mas é uma condição clínica que quase sempre acompanha o quadro de pacientes com transtorno de obsessão (Appolinario, 2000; Passos, Yazigi & Claudino, 2008). Estudos epidemiológicos sugerem que, na população, cerca de 3% das pessoas apresentam TCAP, elevando-se para índices de 7,5 a 46% em amostras clínicas de obesos (Passos, Yazigi & Claudino, 2008). Caso o paciente submetido à cirurgia bariátrica apresente esse tipo de transtorno se faz necessário um acompanhamento multidisciplinar para que os sintomas não intervenham na realização da cirurgia. Em casos da compulsão alimentar há uma reeducação para que o mesmo venha ser submetido à cirurgia e aprenda lidar com o pós-cirúrgico. A literatura refere que os pacientes com TCAP possuem autoestima mais baixa e preocupam-se mais com

o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno (Passos, Yazigi & Claudino, 2008).

Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, podendo influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004). Diante da insatisfação corporal, o tratamento clínico da obesidade pode ser afetado negativamente, refletindo no comportamento, na saúde mental e na qualidade de vida. A insatisfação com o corpo é um fator motivador para a mudança comportamental, levando o indivíduo a tomar medidas para reduzir o peso, no intuito de melhorar sua autoimagem e estima (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004; Silva & Maia, 2010).

Considerando a importância de indicadores referentes aos possíveis sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade e desesperança em pacientes com indicação para cirurgia bariátrica, o presente estudo teve como objetivo verificar as características psicológicas dos pacientes tendo como principais instrumentos a aplicação do Inventário de Depressão de Beck - IDB (Cunha, 2001), Inventário de Ansiedade de Beck- IAB (Cunha, 2001), a Escala de Desesperança de Beck - BHS (Cunha, 2001), a Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP (Freitas, Lopes e Appolinario, 2001), e um questionário com perguntas semi abertas sobre tais sintomas.

Método

Trata-se de um estudo de série de casos, realizado entre agosto/2015 e agosto/2016, no Ambulatório de Psicologia do IMIP. O estudo é um subproduto de uma pesquisa realizada com objetivo de elaborar um protocolo para atendimento de pacientes

candidatos à bariátrica atendidos no ambulatório de Psicologia. Para coleta de dados foi utilizado questionário com itens informativos sobre os aspectos da obesidade, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001), O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) (Cunha, 2001) e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (Freitas, Lopes e Appolinario, 2001). A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente, depois da correção e interpretação os resultados foram colocados em tabelas para análise. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integrado Prof. Fernando Figueira, CAAF de nº 04486615.7.0000.5201.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 20 pacientes, dos quais dezesseis (80%) eram do sexo feminino. O resultado corrobora com a literatura (Almeida et al, 2012; Baptista et al, 2008; Cavalcante, 2009; Heberle, 2015), a qual ressaltam que é habitual na demanda aos serviços de cirurgia bariátrica a prevalência dessa população, levando em consideração que nas mulheres a valorização do corpo padronizado pela sociedade acarreta maiores repercussões.

Entretanto no presente estudo observou-se que a procura pela cirurgia foi justificada pelas mulheres por questões referentes a complicações que implicam na saúde e na redução da mobilidade e autonomia. A idade dos participantes variou entre 25 e 62 anos. Evidenciando variação de faixa etária com estudos realizados em Recife com pacientes pré e pós-cirúrgicos, os quais trazem a média de idade entre 27 e 43 anos (Filho, 2008; Cavalcante, 2009).

Os participantes eram residentes na cidade de Recife e interior do estado de Pernambuco, com nível de escolaridade entre ensino fundamental a ensino superior. Quanto a escolaridade, 65% dos pacientes cursaram o Ensino Médio, 25%, o ensino fundamental e 10% chegaram a frequentar um curso superior, diferente de estudo que justifica a baixa escolaridade dos participantes por estes serem atendidos em instituições públicas (Lucena, Andrade, Alves, Soares, Martins et al, 2011). Quanto à ocupação, a maioria era autônomo, corroborando com outros estudos, cujos achados revelaram que seus participantes eram pessoas do lar, desempregados ou que trabalham sem carteira assinada (Filho, 2008; Almeida et al, 2011)

Com relação ao estado civil a prevalência foi de 50% Solteiros, 40% casados e União Estável para 10% dos participantes. Referente ao estado civil houve predomínio de mulheres solteiras, contrariando pesquisas que trazem a prevalência de mulheres casadas (Oliveira & Yoshida, 2009; Vasconcelos & Neto, 2008). Evidenciando discordância de acordo com alguns estudos.

Segundo Filho (2008), os aspectos psiquiátricos podem variar entre os candidatos a cirurgia bariátrica. Evidenciando alguns casos em que aproximadamente 15% a 30 % apresentam sintomas significativos de depressão no período de acompanhamento pré-cirúrgico (Filho, 2008; Tae et al, 2014; Wadden, Sarwer et al, 2006; Sarwe et al, 2005). Os resultados identificados no presente estudo apontam que 60 % dos participantes que responderam o Inventário de Depressão de Beck (IDB), apresentaram nível mínimo de depressão, 30% apresentaram nível leve, 10% nível moderado e nenhum nível grave. É necessário levar em consideração que a amostra é pequena, entretanto corrobora com Mota, Costa & Almeida (2014), que alegam a

predominância mínima para depressão em seu estudo com 50 mulheres avaliadas antes da cirurgia bariátrica.

O que sugere que nem sempre a obesidade é acompanhada de sintomas depressivos severo ou grave. Valendo salientar que podem ocorrer casos em que a diminuição do sintoma se dá depois da cirurgia, corroborando com alguns estudos (Almeida et al, 2011; Andersen et al, 2010; Zwaan et al, 2011; Sawyer & Fabricatore, 2008).

Outro aspecto levado em consideração refere-se ao nível de ansiedade que no estudo apresentaram índices mínimos, sugerindo que o nível de ansiedade não parece ser um fator significativo envolvido na amostra. Os resultados do Inventário de Ansiedade de Beck (IAB), 65% apresentaram nível mínimo, 30% apresentaram nível leve, 5% apresentou nível moderado e nenhum para nível grave. Esses dados contrariam estudo que alega, altos níveis de ansiedade nos pacientes pré e pós-cirúrgicos, onde considera que a avaliação e indicação para o procedimento são caracterizadas por períodos onde o paciente não tem certeza se irá se enquadrar nos critérios de eleição para cirurgia (Almeida, Zannata & Rezende, 2012). Valendo salientar que o acompanhamento pré-cirúrgico é essencial no trabalho dos aspectos emocionais e hábitos, que se encontram desorganizados e que podem implicar negativamente no pós-operatório.

Estudo com pacientes obesos sedentários e não sedentários indicam que as variáveis, depressão, ansiedade e desesperança são crescentes, ou seja, à medida que aumentam os níveis aumentam também os graus dos riscos à saúde e da obesidade em ambos os grupos (Tosetto & Simeão, 2008). Apesar de haver poucos estudos referentes à desesperança e os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pesquisas relacionam tal sentimento mais voltados para a depressão e a tentativas suicidas (Silva & Maia, 2010;

Oliveira et al, 2006). Quanto aos resultados encontrados utilizando a Escala de Desesperança de Beck (BHS), 80% apresentaram nível mínimo, 20% apresentaram nível leve e nenhum para moderado e grave.

Pesquisa realizada no Hospital Oswaldo Cruz, com 400 participantes do programa de cirurgia bariátrica, apresentaram prevalência de 25,4% para Transtorno Compulsão Alimentar Periódica moderado e 31,3% grave (Petribu et al, 2006). Contrariando o presente estudo onde, 85% dos participantes foram considerados sem compulsão, 5% compulsão moderada e 10% graves. Vale salientar que a quantidade de participantes da pesquisa citada foi maior que a do estudo atual. Entretanto estudo com 28 indivíduos com sobrepeso/obesidade, constatou que dos 28 pacientes, 39,3% apresentaram CAP moderada ou grave (Mosca et al, 2010).

Análise do questionário

A interpretação qualitativa dos dados coletados no questionário aponta que pacientes em acompanhamento psicológico a mais tempo mostravam-se seguros e estáveis emocionalmente. Na maioria dos casos o ganho de peso se deu por fatores genéticos, sobrepeso infantil, diabetes tipo II, má alimentação, sedentarismo, consequência de gravidez e fatores emocionais. Sobre o histórico familiar, percebeu-se que a maioria dos participantes apresentavam, em suas famílias, pessoas com obesidade e sobrepeso.

No que se refere aos aspectos da compulsão alimentar, quatorze participantes alegaram não apresentar mania, comportamentos repetitivos ou vícios. Sobre os sintomas de ansiedade, a maioria alegou que apresenta ansiedade ao ter que realizar algum tipo de atividade, ou por conta da cirurgia e em alguns casos consideram ter

ansiedade em níveis dentro da normalidade. Quanto à ansiedade para comer repetidamente dezesseis dos participantes, trouxeram que não apresentam esse sintoma. Os sintomas “ansiosos” apresentados estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua essência. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (Almeida, Zanatta e Rezende, 2012).

Quando indagados sobre se já se sentiram deprimidos/tristes alguns alegaram que já passaram por essa experiência por conta do ganho de peso, perda de um ente querido, após a separação, desemprego, bullying, desentendimento familiar e com vizinhos. Sobre o humor grande parte dos participantes alegou ter estabilidade e que ocorrem mudanças a partir das situações vivenciadas no dia a dia. Em relação à tristeza a maioria dos participantes alegaram que este sintoma se liga com perdas e problemas familiares, preconceito e tristeza momentânea. Essas experiências podem desencadear o humor depressivo, que possui causas somáticas, afetando assim os fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais do indivíduo, podendo ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (BRASIL, 2007).

No que se refere a perda da esperança, a maioria trouxe que sempre estiveram esperançosos, entretanto os que alegaram ter perdido em algum momento foi por questões de saúde, a demora para perder peso e por causa da cirurgia. A esperança impulsiona o indivíduo a agir, mover-se e alcançar. A falta de esperança torna-o opaco, sem objetivos, aguardando a morte. Está relacionada ao bem-estar, à qualidade de vida e sobrevivida. Provê força para resolver problemas e enfrentamentos como perda, tragédia, solidão e sofrimento (Balsanelli, 2011). Sobre o estresse e a obesidade observou-se que

estes referem ao preconceito, complicações na saúde, cobrança dos familiares, desesperança e frustração ao tentar emagrecer e não conseguir.

Quanto ao fator estresse grande parte respondeu que este ocorre por conta das situações cotidianas, tais como: desentendimento no casamento, questões familiares e no trabalho. Os fatores apresentados pelos pacientes fazem parte do resultado da interação entre suas características (meio interno), as demandas do meio externo e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Esta resposta ao estressor compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que visam uma melhor compreensão da situação (Margis, 2003).

Conclusão

Considerando-se a importância dos fatores ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré e pós cirurgia bariátrica a presente pesquisa objetivou ampliar o conhecimento sobre esses aspectos, tendo em vista que esses fatores podem ser complicadores para o tratamento dessa população. Os achados sugerem que a verificação desses fatores ao longo do acompanhamento psicológico dos pacientes para avaliação pré-operatória em protocolo de avaliação são subsídios importantes nas ações de prevenção e promoção da saúde dos pacientes.

No presente estudo os resultados das escalas apontaram prevalência mínima para depressão, ansiedade, compulsão alimentar e desesperança, os aspectos qualitativos sugeriram: o sofrimento referente ao preconceito, complicações na saúde, cobrança dos familiares, desesperança e frustração ao tentar emagrecer e não conseguir, além da instabilidade emocional no tratamento pré-operatório. Diante de tais resultados foi possível perceber que os resultados quanti e qualitativos sugerem que os participantes

vivenciam sentimentos e emoções inerentes a obesidade e não apresentam sinais de transtorno emocional.

Referências

Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 153-160. Recuperado em 22 de Abril de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/19.pdf>

Andrade, L. H. S. G. D., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)*, 25(6), 285-90. Recuperado em 22 de Abril de 2016, de <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=236702&indexSearch=ID&lang=p

Anjos S. C. B. D. G. (2010). Desesperança e agressividade na adolescência e qualidade de vinculação aos pais (Tese). Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Recuperado em 22 de Abril de 2016, de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1258/Tese_Sandra_Anjos_Final.pdf?sequence=1

Appolinario J. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(2): 75-76. Recuperado em 16 de Maio de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a02v26n2.pdf>

Appolinario J. C., & Claudino A. M (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22 (2): 28-31. Recuperado em 16 de Maio de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600008

Azevedo A. P., Santos C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista psiquiatria Clínica*, 31(4):170-172. Recuperado em 18 de Maio de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000400008&lng=pt

Andersen, J. R., Aasprag A., Bergsholm P., Vage, V., & Nativig, G. (2010). Anxiety and Depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and quality of life outcomes*, 8(52), 1-7.

Recuperado em 18 de Maio de 2016

<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2881107/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 0492, de 31 de agosto de 2007. Diário Oficial da União de 05 de Setembro de 2007. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.Htm>

Balsanelli, A. C. S., Grossi, S. A. A., & Herth, K. (2011). Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 354-358. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/08.pdf>

Caíres M. C., & Shinohara H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 6 (1), 62-84. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v6n1/v6n1a05.pdf>

Cavalcante, R. C. (2009). Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <https://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2009/cavalcante%20renata%20de%20carvalho.pdf>

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n° 1.766. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=538>

Cunha J. A. (2001). Psicodiagnóstico-V. In J. A. Cunha, *Catálogo de Técnicas Úteis* (pp. 277-228, 238-241). Porto Alegre: Artmed.

Del Porto J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(1): 06-11. Recuperado em 20 de Abril de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03>

Fleck M. P. A. et al. (2003) Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(2): 114-122. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000200013&script=sci_arttext

Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W. , & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>

Filho, J. V. L., & Carvalho, J. A. G. (2008). Cirurgia da obesidade: Caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos (Dissertação de Pós- Graduação, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado em 20 de Maio de 2016, de <http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/8281>

Júnior A. S., & Cordás, T. A. Depressão e ansiedade. Moreir Jr Edit. Recuperado em 20 de Maio de 2016, de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1871&fase=imprime

Moliner J., & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2): 44-60.

Recuperado em 21 de Maio de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a04.pdf>

Martin D., Quirino J., & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 41(4): 591-597. Recuperado em 21 de Maio de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5594.pdf>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 65-74. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf>

Oliveira V. M., Linardi R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia Bariátrica- aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31 (4); 199-201. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22409.pdf>

Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>

Oliveira, J. H. A. & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/03.pdf>

Passos T. C. B. M., Yazigi L., Claudino A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *PsicoUSF*, 13(1): 69-74.

Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a09.pdf>

Petribu, K., Ribeiro, E. S., Oliveira, F. M. F., Braz, C. I. A., Gomes, M. L. M., Araujo, D. E., Almeida, N. C. N., Albuquerque, P.C., & Ferreira, M.N.L. (2006). 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 & Metabologia*, 50(5), 901-908. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32228.pdf>

Sadock B. J., Sadock V. A. (2008). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. In B. J. Sadock, V. A. Sadock. *Transtornos da alimentação* (pp. 801). Porto Alegre: Artmed.

Sawer, D & Fabricatore, A. (2008). Psychiatric Considerations of the massive weight loss patient. *Clinical Plastic Surgery*, 35(1), 1-10. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061795>

Silva S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3): 69-72. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1321.pdf>

Silva, S. S. P., & Maia, A. C. (2013). Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(4):264-271. Recuperado em 03 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n4/2237-6089-trends-2237-6089-2013-0007.pdf>

Teng, C. T, Humes E. C, & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3): 149-159. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3>

Tae, B., Pelaggi, E. R., Moreira, J. G., Waisberg, J., Matos, L. L., & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 41(3), 155-160. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n3/pt_0100-6991-rcbc-41-03-00155.pdf

Tosetto A. P., & Simeão, J. C. A. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina Ribeirão Preto*, 41 (4): 497-507. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/293/294>

Vasconcelos, P. O., & Costa Neto, S. B. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 39(1), 58-65. Recuperado em 02 de Junho de 2016, de <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1483/2796>

Zwaan, M., Enderlane, G., Wagner, S., Mühlhans, B., Dizen, B., Gefeller, O., Mitchell, J & Müller, A (2011). Anxiety and Depression I bariatric surgery patients: a prospect follow up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 23(1), 67-75. Recuperado em 03 de Junho de 2016, de [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(11\)00108-X/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(11)00108-X/pdf)

VII. CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré-cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico. Além de verificar as características sócio

demográficas, dos pacientes do ambulatório de Psicologia do IMIP. Considerando-se a identificação dos fatores estudados comuns, mas são primordiais no processo pré e pós-cirúrgico em cirurgia bariátrica, a presente pesquisa buscou ampliar o conhecimento sobre esses aspectos, tendo em vista que estes podem ser complicadores para o tratamento dessa população. Os achados sugerem que a verificação desses fatores ao longo do acompanhamento psicológico dos pacientes para avaliação pré-operatória em protocolo de avaliação são subsídios importantes nas ações de prevenção e promoção da saúde dos pacientes.

Os resultados das escalas apontaram prevalência mínima para depressão, ansiedade, compulsão alimentar e desesperança, os aspectos qualitativos sugeriram: o sofrimento referente ao preconceito, complicações na saúde, cobrança dos familiares, desesperança e frustração ao tentar emagrecer e não conseguir, além da instabilidade emocional no tratamento pré-operatório. Diante do estudo foi possível perceber que os resultados sugerem que os participantes vivenciam sentimentos e emoções inerentes a obesidade e não apresentam sinais de transtorno emocional, não sinalizando contraindicação para o prosseguimento do processo de avaliação pré-operatória. Sugere-se novas pesquisas sobre a temática, considerando o número reduzido de participantes e a importância da identificação de tais sintomas no pré-operatório, visando a prevenção de complicações no pós-operatório.

Observou-se que o presente estudo propiciou aprofundamento referente a temática que vem crescendo, visto os altos índices de obesidade e a utilização da cirurgia bariátrica como tratamento. Cabendo ressaltar o quanto foi gratificante compreender como se dá o processo pré-cirúrgico e a importância de estar atento a essa população que sofre preconceitos, não sendo entendidos na sua totalidade. Agradecemos ao

Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC - CNPq / IMIP 2015/2016), ao setor de Psicologia do IMIP e aos participantes da pesquisa, pela oportunidade de crescimento nos pontos de vista teórico, técnico e vivencial.

VIII. REFERÊNCIAS

1. Moliner J, Rabuske MM. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psic Teor e Prát.* [periódico online]. 2008 [acesso em: 24 Abr. 2015]. 10(2):44-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a04.pdf>

2. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. In: Sadock BJ, Sadock VA. Transtornos da alimentação. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 801.
3. Silva S, Maia AC. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. [periódico online]. 2010 [acesso em: 24 Abr. 2015]. 32(3): 69-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010005000002>.
4. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução no1.766. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 0492, de 31 de agosto de 2007. Diário Oficial da União de 05 de Setembro de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>.
6. Silva SSP, Maia AC. Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. Trends Psychiatry Psychother. [periódico online]. 2013 [acesso em: 24 Abr. 2015]. 35(4):264-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n4/2237-6089-trends-2237-6089-2013-0007.pdf>
7. Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Est d Psicol. [periódico online]. 2012 [acesso em: 24 Abr. 2015]. 17(1): 153-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/19.pdf>

8. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras Psiquiatr. [periódico online]. 1999 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 21(1): 06-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03>
9. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. Psiqui. Clín. [periódico online]. 2005 [acesso em: 20 Abr. 2015]. 32(3): 149-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3>
10. Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. Rev. Saúd. Púb. [periódico online]. 2007 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 41(4): 591-597. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5594.pdf>
11. Fleck MPA et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev. Bras Psiquiatr. [periódico online]. 2003 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 25(2): 114-122. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000200013&script=sci_arttext
12. Souza FGM. Tratamento da depressão. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico online]. 1999 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 21(1): 18-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a05.pdf>
13. Caíres MC, Shinohara H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. Rev Bras de Terap Cogn. [periódico online]. 2010 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 6(1), 62-84. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v6n1/v6n1a05.pdf>

14. Júnior AS, Cordás TA. Depressão e ansiedade. Moreir Jr Edit. [periódico online]. [acesso em: 25 Abr. 2015]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1871&fase=imprime
15. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev. Psiquiatr. [periódico online]. 1998 [acesso em: 25 Abr. 2015]. 25(6): 285-90. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm>
- 16 . Tae B et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. Rev. Col. Bras. Cir. [periódico online]. 2014 [acesso em: 24 Abr. 2015]. 41(3): 155-160. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n3/pt_0100-6991-rcbc-41-03-00155.pdf
17. de Oliveira VM, Linardi RC, de Azevedo AP. Cirurgia Bariátrica- aspectos psicológicos e psiquiátricos. Rev. Psiq. Clin. [periódico online]. 2004 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 31 (4); 199-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22409.pdf>
18. Tosetto AP, Simeão Júnior CA. Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. Medic. Ribeir. Pret. [periódico online]. 2008 [acesso em: 28 Abr 2015]. 41 (4): 497-507. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/293/294>
19. Oliveira KL de et al . Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Psicol. Estud. Marin. [periódico online]. 2006 [acesso em: 28 Abr.

2015]. 11(2): 351-359. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S141373722006000200014>.

20. Anjos SCBDG. Desesperança e agressividade na adolescência e qualidade de vinculação aos pais [tese]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2010. Disponível em:

http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1258/Tese_Sandra_Anjos_Final.pdf?sequence=1

21. Appolinario JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico online]. 2004 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 26(2): 75-76. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a02v26n2.pdf>

22. Marcelo AJC. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro?. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico online]. 2001 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 23(1): 38-40. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a10v23n1>

23. Appolinario JC; Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr, São Paulo. [periódico online]. 2000 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 22 (2): 28-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600008

24. Passos TCBM, Yazigi L, Claudino AM. Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. PsicoUSF, Itatiba. [periódico online]. 2008 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 13(1): 69-74. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a09.pdf>

25. Azevedo AP, Santos CC, Fonseca, DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo. [periódico online]. 2004 [acesso em: 28 Abr. 2015]. 31(4):170-172. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000400008&lng=pt
26. Cunha JA. Psicodiagnóstico-V. In: Cunha JA. Catálogo de Técnicas Úteis. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.277-228, 238-241.
27. Freitas S, Lopes CS, CW, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico online]. 2001 [acesso em: 27 Abr. 2015]. 23(4): 215-220. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>

APÊNDICE

APÊNDICE 1

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA –

IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo o desenvolvimento da Pesquisa ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA EM PACIENTES PRÉ - CIRÚRGICOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO no Setor de Psicologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, A pesquisa será conduzida pelas Alunas Samara Anacleto do Nascimento, estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde, bolsista do Programa de Iniciação Científica/ IMIP-CNPQ e Cleide Dyhana de Melo, estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde, colaboradora do Projeto de pesquisa, sob a orientação da Professora Doutora **Mônica Cristina Batista de Melo** e co-orientação da Professora Doutora **Juliana Monteiro Costa** e Professor Doutor **Leopoldo Nelson Barbosa**.

Estou ciente de que me são resguardados abaixo listados:

1. O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa.
3. A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
4. A garantia de que nenhum dos participantes será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

5. Não haverá nenhuma despesa para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP decorrente da participação da pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer minha anuência para a pesquisa.

Recife, Maio de 2015

Assinatura e carimbo

APÊNDICE 2

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

Pesquisadoras: Estudante Samara Anacleto do Nascimento e Estudante Cleide Dyhana Silva de Melo

Orientadora: Professora Doutora Mônica Cristina Batista de Melo

Co-orientadores: Professora Doutora Juliana Monteiro Costa e Professor Doutor Leopoldo Nelson Barbosa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA EM PACIENTES PRÉ - CIRÚRGICOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO.

Prezado Senhor (a);

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa “**Ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré - cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico**”, subproduto da pesquisa “**Protocolo de avaliação das características psicológicas de pacientes pré e pós-cirúrgicos com indicação para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico**” (CAAE 04486615.7.0000.5201).

O objetivo desse estudo é verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré -cirúrgicos para cirurgia bariátrica em acompanhamento psicológico. Para a coleta dos dados serão utilizados um questionário com perguntas sobre dados de identificação, sociodemográficos e sobre o tema da pesquisa. E serão utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Caso seja identificado algum tipo de emoção ou constrangimento em responder a alguma pergunta você receberá apoio psicológico ou poderá ainda ser encaminhado para acompanhamento psicológico do Laboratório de Avaliação Psicológica do IMIP. Sua participação fornecerá informações importantes sobre o tema que poderão contribuir para o aprimoramento dessa atividade da Psicologia.

A coleta dos dados para atingir os objetivos do estudo será realizada através de um questionário com perguntas sobre os dados de identificação, sociodemográficos, que são respostas referentes a sua idade, endereço, anos que estudou, e questões sobre aspectos ligados a sua percepção sobre a cirurgia, sobre a história do ganho de peso e sobre características do seu comportamento.

O resultado do estudo poderá lhe ser fornecido se desejar em qualquer tempo. Você deve se sentir completamente livre para participar ou não do estudo e você tem o direito de pedir para ser excluído (a) do mesmo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que, com isso, cause qualquer constrangimento e você não receberá nenhum tipo de bonificação pela sua participação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Garantimos que nenhuma informação que possa identificá-

lo (a) será revelada. Se você tiver qualquer dúvida com respeito à pesquisa, poderá entrar em contato comigo, pelos telefones (81) 98551-1011, E-mail: samara.anacleto@yahoo.com.br e no endereço: Rua Jean Émile Favre, 422 - Imbiribeira, Recife - PE, 51200-060. (81) 3035-7777.

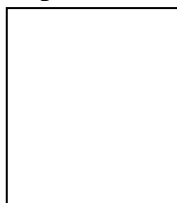
Informamos também que o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP funciona na Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista - Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550. Tel. (81) 2122.4100 - Fax: (81) 2122.4703 - E-mail: imip@imip.org.br - Caixa Postal 1393.

Recife, ____ de _____ de 2015.

Pesquisador responsável: _____

Participante: _____

Impressão Digital



Testemunha: _____

APÊNDICE 3

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

Pesquisadoras: Estudante Samara Anacleto do Nascimento e Estudante Cleide Dyhana de Melo

Orientadora: Professora Doutora Mônica Cristina Batista de Melo

Co-orientadores: Professora Doutora Juliana Monteiro Costa e Professor Doutor Leopoldo Nelson Barbosa

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA EM
PACIENTES PRÉ - CIRÚRGICOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM
ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO.

QUESTIONÁRIO:

Motivo do acompanhamento: pré-operatório _____ pós-operatório: _____

Identificação do paciente

Nome: _____ número: _____

Endereço:

1. Sexo: _____ 2. Data do nascimento: _____

3. Peso: _____

Aspectos relacionados à cirurgia

1. Como se deu o seu ganho de peso?
2. Existem casos de obesidade (sobrepeso) na sua família?
3. Você tem alguma mania, comportamentos repetidos ou vícios? (Presença de compulsões)? Como acontece?
4. Você se acha ansioso (a)? Descreva de que forma ocorre a ansiedade
5. Você acha que tem alguma ansiedade para comer repetidamente?
6. Você já se percebeu deprimido (a)? Como foi? Qual motivo?
7. Seu humor muda frequentemente? Como acontece?
8. Você já perdeu a esperança em algum momento da sua vida? Como aconteceu?
9. Você já se estressou alguma vez? Como foi?
10. Você sente tristeza em algum momento? Tem relação com alguma coisa?
11. Sobre a obesidade, já se estressou com este assunto?

ANEXO

ANEXO 1

Avaliação Psicológica é a revista oficial do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP), com publicação quadrimestral. Trata-se de um veículo de divulgação da produção científica ibero-americana na área de a avaliação psicológica. Publica trabalhos originais, preferencialmente relatos de pesquisa, mas também artigos teóricos e de revisão da literatura, notas técnicas e resenhas de livros importantes na área e notícias. Artigos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. O processo editorial envolve revisão cega por pares e, exceto no caso de números ou seções temáticas, a publicação de artigos se dá por ordem cronológica de aceitação final. Resumos, abstracts e sumários podem ser divulgados livremente por serviços de indexação mediante comunicação ao Editor.

[Linha editorial e critérios de arbitragem](#)

A Revista Avaliação Psicológica é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais: relatos de pesquisas, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, notas técnicas, resenhas e notícias na área de Avaliação Psicológica.

Seu objetivo é divulgar os avanços da teoria, pesquisa e prática na área da avaliação em Psicologia, Educação, Aconselhamento, Comportamento Organizacional, Recursos Humanos e outras disciplinas relacionadas. O processo editorial visa a apresentar à comunidade científica um texto que reflita uma contribuição significativa, inédita,

original e atualizada.

As Normas de Publicação da revista se baseiam no *Publication Manual of the American Psychological Association* – APA (2010, 6ª edição), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico.

Submissão de um manuscrito

As submissões deverão ser encaminhadas via Sistema Scielo Submission (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp>). Todos os passos devem ser seguidos, tal como solicitado no sistema. Deve ser inserida uma carta de submissão, fazendo menção à originalidade do texto, que ele não está sendo submetido a nenhuma outra revista nacional ou internacional e passando os direitos autorais à revista Avaliação Psicológica, caso o manuscrito seja aprovado. Quando se tratar de relato de pesquisa, deve estar explícito o seguimento dos procedimentos éticos na coleta dos dados e aprovação do Comitê de ética. A carta deve conter, ainda, o nome de todos os autores, *email* e as respectivas assinaturas. Não há custos para o processamento de submissão de artigos.

Procedimentos da comissão editorial

O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores. Caso contrário, será encaminhado *email* aos autores solicitando a adequação às normas. Trabalhos que estejam de acordo com as normas mencionadas e que sejam considerados como potencialmente publicáveis pela revista Avaliação Psicológica serão encaminhados para consultores *ad hoc*, especialistas na área e com titulação mínima de doutor. Esses consultores serão escolhidos pelo Editor entre pesquisadores de reconhecida competência na área.

A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores *ad hoc*, bem como a identidade dos consultores também não será informada aos autores dos manuscritos. Caso um consultor tenha qualquer impedimento de se manifestar sobre algum manuscrito, deverá retorná-lo, imediatamente, ao editor. Os manuscritos serão sempre examinados por dois revisores e caso haja discrepância entre as análises, um terceiro revisor será acionado para que elabore mais um parecer.

Após as análises, a Comissão Editorial rejeita, recomenda alterações ou aceita o manuscrito para publicação. Na ocasião, os autores receberão os pareceres emitidos a respeito de seu artigo, de responsabilidade do Editor e dos editores associados.

A recomendação para publicação associada a sugestões não implica, necessariamente, a aceitação do manuscrito. As sugestões visam, em geral, melhorar a clareza ou a precisão do texto. É importante que os autores entendam que solicitações de modificações em um artigo são comuns e rotineiras em periódicos de alta qualidade.

As sugestões dos consultores têm por objetivo melhorar o trabalho para atender às

exigências da comunidade científica e da revista e não devem ser consideradas como críticas pessoais. Os autores de manuscritos recomendados para publicação, mas sujeitos a modificações, deverão reformular seu trabalho, visando a alcançar a aceitação final. Devem, ainda, destacar no texto, com cor de fonte vermelha, as modificações feitas. Todos os manuscritos reformulados devem seguir acompanhados de carta comentando as modificações ou justificando as que por ventura não forem acatadas.

A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre da equipe editorial, que apreciará o parecer do revisor e notificará os autores, o mais rapidamente possível, sobre sua decisão, indicando no caso de aprovação a data prevista, o volume e o número da revista no qual o artigo será publicado.

Durante o processo de editoração gráfica da revista, a equipe editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores, para dar agilidade ao processo de publicação. Antes de enviar o manuscrito para impressão final, será enviada uma prova em PDF para a última revisão dos autores. Caso os autores não a devolvam, indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

[Direitos autorais](#)

A Revista Avaliação Psicológica possui os direitos autorais de todos os artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos da Revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, resumen, mais de 500 palavras de texto, Tabelas, Figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do Editor e dos autores. Os autores concordam com a divulgação do resumo, abstract ou resumen por serviços de indexação e similares, a critério da Revista.

[Reprodução de outras publicações](#)

Citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais Figuras, Tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução especificada em Avaliação Psicológica. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância.

[Roteiro de apresentação formal do manuscrito](#)

Os manuscritos de relatos de pesquisa, teóricos ou de revisão devem ter no mínimo 18 e no máximo 25 páginas, em espaço duplo, com fonte Times New Roman 12, incluindo folhas de rosto, Figuras, Tabelas e Referências. Notas técnicas devem ter no mínimo 5 e no máximo 8 páginas, assim como as resenhas. O manuscrito deve ser enviado em único arquivo em Word.

[Partes do manuscrito](#)

1 Folha de Rosto Identificada

Título em Português, em Inglês e em Espanhol (máximo de 12 palavras). O título deve ser pertinente, claro e pode ser criativo. Deve informar ao leitor o objetivo do artigo. Não deve incluir nomes de cidades, países, ou outras informações geográficas.

Título abreviado na língua principal do manuscrito (máximo 8 palavras).

Nome de cada um dos autores.

Afiliação institucional de cada um dos autores (incluir apenas o nome da universidade e a cidade).

Nota de rodapé com endereço completo de um dos autores para correspondência com o editor (incluir CEP, fone e e-mail).

Nota de rodapé com agradecimentos dos autores e informação sobre apoio institucional ao projeto e/ou financiamento.

ATENÇÃO: Como a revisão dos manuscritos é às cegas quanto à identidade dos autores, a Folha de Rosto Identificada deve ser a única página do manuscrito com o nome e os endereços dos autores. É responsabilidade dos autores verificar que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do artigo. A Folha de Rosto Identificada, obviamente, não será encaminhada aos Consultores ad hoc. Avaliação Psicológica não se responsabiliza por procedimentos dos autores que não respeitem essa norma.

2 Folha de Rosto sem Identificação

Título completo em Português, em Inglês e em Espanhol.

Título abreviado na língua principal do manuscrito.

3 Resumo

Resumo em Português, com 100 a 150 palavras. No caso de relatos de pesquisas, o resumo deve apresentar brevemente os objetivos, método, resultados e discussão do estudo. O resumo não precisa, necessariamente, incluir informações sobre a literatura da área e não devem ser incluídas referências. O objetivo deve ser claro, informando, se apropriado, qual o problema e as hipóteses do estudo. Apenas os resultados mais importantes e que respondem aos objetivos da pesquisa devem ser mencionados no resumo.

Palavras-chave em português (no mínimo 3 e no máximo 5, em letras minúsculas e separadas com ponto e vírgula). Para utilizar descritores mais adequados, consulte o Thesaurus da APA, facilitando assim a futura indexação de seu trabalho.

Abstract em Inglês e *Resumen* em Espanhol, que devem ser mais do que a tradução do Resumo. Avaliação Psicológica tem como procedimento padrão fazer a revisão final de *Abstract* e *Resumen*, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. No entanto, recomenda que os autores solicitem a um colega bilíngue que revise tanto o *Abstract* quanto o *Resumen*, antes de submeterem o manuscrito. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois será disponibilizado em todos os indexadores da revista.

Keywords (tradução das palavras-chave em inglês);

Palabras clave (tradução das palavras-chave em espanhol).

4 Corpo do Texto

Essa parte do manuscrito deve começar em uma nova página. Não é necessário colocar o título do manuscrito nessa página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em branco. Quando o manuscrito for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar as páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Esses subtítulos devem aparecer centrados no texto, com apenas a primeira letra escrita em maiúscula, antecédidos e seguidos por uma linha em branco.

As palavras Figuras e Tabelas, que aparecerem no texto, devem, sempre, ser escritas com a primeira letra maiúscula e devem vir acompanhadas do número respectivo ao qual se referem. Expressões como "a Tabela acima"; ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas porque, no processo de editoração, sua localização pode ser alterada. As Normas não incluem a denominação Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras. Os manuscritos nas demais categorias editoriais deverão apresentar títulos e subtítulos de acordo com o caso.

Em caso de resenhas e notas técnicas, deve-se observar um máximo de 8 páginas, em espaço duplo, com fonte Times New Roman 12. O autor deverá atribuir um título próprio, diferente da obra apresentada no texto. Referências diferentes da própria obra apresentada, Tabelas e Figuras só serão aceitas se devidamente justificadas, sendo que cabe ao Editor aceitá-las ou não.

5 Lista de Referencias

Inicie uma nova página para a seção de Referências. Utilize espaço duplo nessa seção e não deixe um espaço extra entre citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética, pelo sobrenome dos autores. Para referir múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica. Ao coincidir autor e data, utilizar a primeira letra do título para listar as referências em ordem alfabética. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Cada uma das Referências deve aparecer como um novo parágrafo, deixando cinco espaços da margem esquerda na primeira linha (use o tabulador). Revise as normas da revista antes de preparar suas referências para obedecer a todos os critérios. Não use o comando negrito nessa seção.

6 Apêndices

Os apêndices devem ser apresentados em uma nova página, após as referências. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto, maiúsculas (A, B, C e assim por diante), e intitulados adequadamente. Somente utilize apêndices se isto for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

7 Figuras e Tabelas

Não produza Figuras gráficas com cores ou padrões rebuscados que possam ser confundidos entre si, quando da editoração da revista. Os títulos das Tabelas devem ser colocados no alto das mesmas e devem indicar seu conteúdo, em até 15 palavras.

Os títulos das Figuras devem ser apresentados abaixo das mesmas, sempre em letra

minúscula. Lembre que as normas não incluem a denominação Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras. Nas tabelas e no texto, ao informar resultados e análises, evite o uso de mais de duas casas decimais. Lembre-se que o uso de tabelas e figuras deve ser restrito ao estritamente necessário.

8 Notas sobre os Autores

Incluir uma breve descrição sobre as atividades atuais dos autores e sobre a sua formação.

[Exemplos de citações no corpo de texto](#)

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas, certamente, não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª ed.) para verificar as normas exigidas para fazer referência a outros veículos de divulgação que não constam na lista abaixo.

Textos com Autoria Múltipla

- Dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido no texto, acompanhado da data do estudo entre parênteses.
- Três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência, seguidos da data do estudo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilize o sobrenome do primeiro autor seguido de "et al."; e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.
- Seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

Citação de Obras Antigas e Reeditadas

Autor (data de publicação original/data de publicação consultada).

Citação Secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

Modelos de referências

1 Artigos de periódico

1.1 - artigo impresso

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do artigo. *Título da revista*, volume(número), páginas inicial e final do artigo.

Carvalho, R. G. G. (2012). Pessoas versus coisas: sobre as diferenças de gênero nos interesses profissionais. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 13, 173-182.

1.2 - artigo eletrônico com DOI

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do artigo. *Título da revista*, volume(número), páginas inicial e final do artigo. doi: xxxxx

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94, 3–15. doi: 10.1037/0033-295X.94.1.3

1.3 - artigo eletrônico sem DOI

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do artigo. *Título da revista*, volume(número), páginas inicial e final do artigo. Recuperado de <http://xxx>

Shimada, M., & Melo-Silva, L. L. (2013). Interesses profissionais e papéis de gênero: Escolhas femininas no BBT-Br. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 243-251. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-

[04712013000200015&lng=pt&tlng=pt](https://doi.org/10.1590/S0103-65132013005000006)

1.4 - artigo no prelo

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (no prelo). Título do artigo. *Título da revista*.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia*.

1.5 publicação eletrônica antecipada (ahead of print)

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano, dia e mês). Título do artigo. *Título da revista*. Publicação eletrônica antecipada. doi: xxx

King, N. C. de O., Lima, E. P. de, Costa, S. E. G. da (2014, 25 de fevereiro). Produtividade sistêmica: conceitos e aplicações. *Production Journal*. Publicação eletrônica antecipada. doi : 10.1590/S0103-65132013005000006

2 Livros

2.1 – livro em formato impresso

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). *Título do livro*. Cidade, Estado ou País: Editora.

American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*. 4ª edição (DSM IV). Porto Alegre: Artes Médicas.

2.2 livro impresso com autoria única

Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basics Concepts, Applications, and Programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

2.3 – livro impresso com organizadores como autor

Sabadini, A. A. Z. P., Sampaio, M. I. C., & Koller, S. H. (Orgs.). (2009). *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica*. São Paulo, SP: Associação dos Editores Científicos de Psicologia.

2.4 - capítulo de livro

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do capítulo. Em A. Editor & B. Editor (Eds.), *Título do livro* (pp. xx-xx). Cidade, Estado/País: Editora.

Costa, E. R., & Boruchovitch, E. (2006). A Autoeficácia e a motivação para aprender: considerações para o desempenho escolar do aluno. Em R. G. Azzi & S. A. J. Polydoro (Eds.), *Autoeficácia em diferentes contextos*. (pp.87-109). São Paulo: Alínea.

2.5 - livro traduzido para o português

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original publicado em 1977)

3 – Trabalhos acadêmicos

3.1 – formato impresso

Autor, A. A. (Ano). *Título* (Tese de doutorado ou Dissertação de mestrado). Instituição, Local.

Lima, L. B. V. (2012). *Depressão infantil, compreensão de leitura e escrita: um estudo com crianças do ensino fundamental* (Dissertação de mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba S.P.

3.2 – formato eletrônico – disponível em sites institucionais

Autor, A. A. (Ano). *Título* (Tese de doutorado ou Dissertação de mestrado, Instituição, Local). Recuperado de <http://www.xxx>

Lima, T. H. (2011). *Cloze e escala de avaliação de estratégias de aprendizagem: evidências de validade* (Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, S.P.) Recuperado de <http://www.usf.edu.br>

3.3 - trabalho apresentado em congresso, mas Não-Publicado

Hutz, C. S. (2000, Agosto). Applying Psychological theory to develop effective community based interventions. Trabalho apresentado no Simpósio "Developmental Psychology in Brazil: Research Trends and Applications"; na XVI ISSBD Biennial Meeting. Beijing, China.

3.4 - trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Custódio, E. M. (2000). Avaliação psicológica no contexto da saúde: perspectivas atuais. Em Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (Eds.), Anais, VIII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico (p. 170). Serra Negra, SP: ANPEPP.

3.5 - obra antiga e reeditada em data posterior

Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)

4 – Podcast

Autor, A., & Autor B. (ano, dia e mês). Título [Audio podcast]. Recuperado de <http://www.xxx>

5 - Web Site ou Homepage

Para citar Web Site ou Homepage na íntegra, incluir o endereço dos mesmos no texto, de preferência entre vírgulas ou parênteses e em itálico. Não é necessário listá-lo nas Referências. Por exemplo: (www.ibap.br).

[Declaração de éticas e boas práticas da publicação](#)

A revista Avaliação Psicológica está empenhada em manter os mais altos padrões de ética de publicação e toma todas as medidas possíveis contra quaisquer desvios no processo de publicação. Assumimos que os princípios recomendados pelo *Committee on Publication Ethics*– COPE (<http://publicationethics.org/>) devem orientar os padrões de comportamento de todas as partes envolvidas no ato de publicação: o autor, os editores da revista e os membros do Conselho Editorial. Para os autores, além das condições

incluídas no processo de submissão exige-se:

Questões éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade única dos autores

Todos os trabalhos resultantes de pesquisa ou relatos de experiências que envolveram sujeitos humanos terão sua publicação condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverão ser claramente descritos no último parágrafo da seção Metodologia do artigo. Deverão indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1975, revisada em 1983). Os trabalhos de autores brasileiros deverão, ainda, indicar respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97.

RESPONSABILIDADE DOS AUTORES

Os autores de relatos de pesquisa original devem apresentar um relato preciso do trabalho realizado, bem como uma discussão objetiva de seu significado. Os artigos devem conter detalhes suficientes e as referências usadas, para permitir que o trabalho possa ser replicado. Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas são inaceitáveis e constituem comportamento antiético.

Os autores devem garantir que o trabalho é totalmente original e se forem usados trechos ou palavras de outros autores eles deverão ser devidamente citados. Todas as pessoas que fizeram contribuições significativas devem ser listadas como coautores. Deve ser garantido que todos os coautores estão incluídos no artigo, e que todos eles viram e aprovaram a versão final do artigo e concordaram com a submissão à revista para sua

publicação.

Erros significativos em trabalhos publicados

Quando um autor descobre um erro significativo ou uma imprecisão em seu próprio trabalho publicado, é sua obrigação informar imediatamente ao editor da revista e cooperar com o editor para que seja feita retratação ou correção do artigo.

Outros procedimentos éticos da publicação:

Jogo limpo

O editor e os revisores avaliam os manuscritos por seu conteúdo intelectual, sem levar em conta raça, sexo, orientação sexual, crença religiosa, origem étnica, nacionalidade, ou o pensamento político dos autores.

Confidencialidade

Quaisquer trabalhos recebidos para análise devem ser tratados como documentos confidenciais. Eles não devem ser mostrados ou discutidos com terceiros, exceto quando autorizado pelo editor da revista Avaliação Psicológica.

Padrões de objetividade

Os pareceres dos revisores serão realizados objetivamente. Crítica pessoal ao autor é inadequada. Os árbitros devem expressar as suas opiniões de forma clara, com o apoio de argumentos.

Crédito às fontes

Os revisores devem identificar qualquer trabalho relevante, já publicado, que não tenha sido citado pelos autores. Qualquer afirmação de que uma observação ou argumento já tenha sido publicado deve ser acompanhada pela citação correspondente. O revisor também deve chamar a atenção do editor para qualquer semelhança substancial ou sobreposição entre o manuscrito em questão e qualquer outro artigo publicado de que tenha conhecimento pessoal.

Desvios

Quaisquer desvios das regras acima definidas devem ser informados diretamente para o editor, que está comprometido em fornecer resoluções rápidas para qualquer problema desse tipo.

Correções e Retratação

Quando houver erros em artigos publicados decorrentes de problemas durante o processo editorial, haverá a publicação de uma correção ou errata de parte do trabalho. As correções aparecerão em páginas numeradas e listadas no Sumário. Também, se for detectada falha relativa à honestidade ou integridade do trabalho, tanto submetido como publicado, é responsabilidade do editor levar a questão para ser acompanhada pela instituição onde o trabalho foi realizado ou pela agência financiadora. Após a decisão final, caso um artigo fraudulento tenha sido publicado, a revista publicará uma retratação. Como uma alternativa à retratação, o editor poderá publicar uma retificação espontânea ou uma nota de preocupação sobre aspectos da conduta ou integridade do trabalho.

Faça uma revisão cuidadosa do texto com relação ao Português e à digitação.

Solicite a um colega bilíngue que revise o Abstract e o Resumen.

Revise cuidadosamente o texto, no que diz respeito às normas de publicação da revista.

Solicite a um colega de área que faça uma apreciação prévia de seu manuscrito para garantir a qualidade e tornar o processo editorial mais ágil. Verifique, então, os itens seguintes.

[Endereço para Contato](#)

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Revista Avaliação Psicológica

Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

Universidade São Francisco

Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Centro – 13251-900, Itatiba,SP.

Fones: + 55 11 4534-8040

E-mail: revista@ibapnet.org.br

Recife, 29 de agosto de 2016

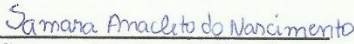
Ao
Conselho Editorial
Revista Avaliação Psicológica


Encaminhamos o manuscrito intitulado “Ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica” para apreciação e possível publicação na revista *Avaliação psicológica*.


Informamos que concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornem propriedade exclusiva da *revista Avaliação psicológica*, e temos ciência que fica vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impresso ou digital sem prévia autorização da mesma, evidenciando que o artigo não se encontra sob análise em nenhuma outra revista nacional ou internacional.

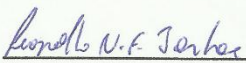
Atestamos que os autores participaram da concepção e revisões que resultaram neste artigo. O qual seguiu rigorosamente os procedimentos éticos de pesquisa, segundo o CONEP, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integrado Prof. Fernando Figueira, CAAF de nº 04486615.7.0000.5201.

Atenciosamente,


Samara Anacleto do Nascimento
E-mail: samara.anacleto@yahoo.com.br


Cleide Dyhana Silva de Mello
E-mail: cleidefps13@hotmail.com


Mônica Cristina Batista de Melo
E-mail: monicacbmelo@gmail.com


Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
E-mail: leopoldopsi@gmail.com


Juliana Monteiro Costa
E-mail: jullymc@hotmail.com