

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE OBESOS GRAU III
ANTES E DEPOIS DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

**PUC-CAMPINAS
2006**

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE OBESOS GRAU III
ANTES E DEPOIS DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia: área de concentração Psicologia como Profissão e Ciência.


Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC-CAMPINAS
2006


JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE OBESOS GRAU III
ANTES E DEPOIS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

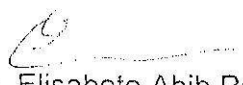
BANCA EXAMINADORA


Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida


Prof. Dra. Diana Tosello Laloni


Prof. Dra. Karina Magalhães Brasio


Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos


Prof. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Campinas, 18 de dezembro de 2006.

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE OBESOS GRAU III
ANTES E DEPOIS DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Profa. Dra. Diana Tosello Laloni

Profa. Dra. Karina Magalhães Brasio

Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos

Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Campinas, 18 de Dezembro de 2006.

Ao Porto, pelo amor, dedicaço e companheirismo.
Aos meus pais e as minhas irmes, pelo laço familiar inigualavel.

Omar e Graça.

Agradeço a vocês dois por existirem na minha vida.

Obrigado pelo amor, dedicação, incentivo e estrutura familiar. Obrigado pelas oportunidades que me levaram ao saber e à arte.

Obrigado por acreditarem em mim e por todo o esforço que fizeram nesses anos todos.

Às minhas irmãs, *Jeanna Glenda*. e *Janna Ilys*, por toda a amizade, amor, alegria e diversão.

Aos meus avós maternos, *Raimunda (in memorian)* e *Clodoaldo*, pelo exemplo de vida, união e felicidade. Saudade, em especial, de você vovó e de todos os momentos que passamos juntas.

À tia Maria Flor, pelo ser humano que é, pelo cuidado dedicado a mim e por me ensinar que a fé é essencial.

À tia Socorro pelo carinho e apoio de sempre.

À tia Marlene Roma, pelo incentivo e os conselhos sinceros.

Ao Porto, por acreditar na minha capacidade pessoal e profissional. Obrigado por fazer disso um caminho possível.

Agradecimentos

A Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, pelo convívio, disponibilidade e escuta amiga, estímulo e pelos momentos sinceros de partilha e contribuição no meu trabalho.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-CAMPINAS, pelo estímulo e por colaborações significativas para meu aprendizado e minha formação profissional.

À Marilda Lipp e ao Manoel Antonio dos Santos, pela contribuição acolhedora no exame de qualificação.

A todos os meus companheiros do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-CAMPINAS, pela convivência acadêmica e pelas experiências compartilhadas.

Ao Prof.Dr. Natalino Salgado Filho, Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - Unidade Presidente Dutra (HUUFMA), por permitir que eu realizasse a pesquisa naquela instituição.

Ao Prof.Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo, coordenador do Serviço de Cirurgia da Obesidade, pela parceria, amizade e por me ajudar a encontrar um lugar possível.

À Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho, Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão do (HUUFMA), pela disponibilidade e atenção dada na fase de coleta dos dados.

À Tereza, secretária do Serviço de Cirurgia da Obesidade do HUUFMA, pelo auxílio junto à seleção dos participantes dessa pesquisa. Agradeço pela atenção e pelo apoio.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento da Tese.

A equipe do Serviço de Cirurgia da Obesidade.

Aos funcionários do HUUFMA, pela compreensão e disponibilidade.

À Denise Piva, pela tradução dos resumos.

À Andréa, pela ajuda na formatação deste trabalho.

À PUC-CAMPINAS e aos funcionários, pela atenção, eficiência e dedicação amiga.

À CAPES, pela oportunidade e suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro”

O Encontro Marcado – Fernando Sabino

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv
RESUMÉ	xvi
APRESENTAÇÃO	xviii
INTRODUÇÃO	02
Epidemiologia.....	05
Definição, classificação e diagnóstico.....	11
Etiologia.....	18
Tratamento.....	26
Aspectos Psicológicos.....	46
Aspectos Psicopatológicos.....	60
Objetivos.....	84
MÉTODO	86
Participantes.....	86
Instituição.....	94
Instrumentos.....	94
Procedimento.....	98
RESULTADOS	103
DISCUSSÃO	115
Depressão.....	116
Ansiedade.....	118
Sintomas Psicopatológicos.....	120
Alexitimia.....	125

Nível de Maturidade Defensiva	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS	141
ANEXOS	161
Anexo A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
Anexo B Questionário de Dados Pessoais	162
Anexo C Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	163
Anexo D Escalas Psicológicas	164
Anexo E Apresentação da Pesquisa.....	172
Anexo F Consentimento da Instituição.....	173
GLOSSÁRIO	175

LISTA DE TABELAS

1. Características Sócio-Demográficas da Amostra.....	89
2. Resultados da BAI, BDI, EAS-40 e TAS dos Grupos 1 e 2.....	105
3. Resultados da DSQ-40 dos Grupos 1 e 2.....	106
4. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre IMC e BAI, BDI, EAS-40 e TAS.....	108
5. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre IMC e DSQ-40.....	110
6. Matriz de Correlação Grupo 1	112
7. Matriz de Correlação Grupo 2	113

RESUMO

Oliveira, J. H. A. de (2006) *Aspectos Psicológicos de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo. pp.xxii + 175.

Avalia depressão, ansiedade, sintomas psicopatológicos, alexitimia e o estilo defensivo de pacientes obesos grau III, antes e depois de cirurgia bariátrica, e estima o grau de associação entre essas variáveis. O delineamento metodológico foi correlacional de tipo *cross-sectional*. Participaram do estudo 65 pacientes (Gr 1: pré-cirúrgico vs. Gr 2: pós-cirúrgico), predominantemente do sexo feminino (92,3%), que responderam o *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*, o *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*, a *Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40)*, a *Versão em Português da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26)* e a *Versão em Português da Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)*. O Gr 1 apresentou nível de depressão e ansiedade leve e o Gr 2 nível mínimo (respectivamente, $p < 0,001$ e $p < 0,01$). O escore médio total da EAS-40 e de F2 e F3 (obsessividade-compulsividade e somatização) foram mais elevados no Gr 1 quando comparados aos do Gr 2 (respectivamente, $p < 0,005$, $p < 0,005$ e $p < 0,001$). Na TAS, o escore médio total e de F1 (habilidade de identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais) foram maiores no Gr 1 do que no Gr 2 (respectivamente, $p < 0,01$ e $p < 0,005$). De acordo com o DSQ-40, houve tendência a um estilo defensivo imaturo no Gr 1 quando comparado ao Gr 2 ($p < 0,02$). Em relação à associação das variáveis com o IMC, as correlações foram negativas no Gr 1 e o F2 da TAS (sonhar acordado, $p < 0,05$) e no fator maduro do DSQ-40 e o Gr 2 ($p < 0,05$), apontando uma propensão de estilo mais maduro e adaptativo no Gr 2. As correlações foram positivas e significantes nas defesas imaturas *acting out* (Gr 1: $p < 0,005$ e Gr 2: $p < 0,05$) e na fantasia autística no Gr 1 ($p < 0,05$). Os resultados mostram o modo de funcionamento psicológico dos participantes aptos à cirurgia bariátrica e assinalam uma diminuição da sintomatologia psicopatológica na proporção da perda de peso após a cirurgia.

Palavras-Chave: obesidade severa, mecanismos de defesa, alexitimia, sintomas psicopatológicos, depressão.

ABSTRACT

Oliveira, J. H. A. de (2006). *Evaluation of Psychological Aspects of Grade III Obese Patients Before and After Bariatric Surgery*. Doctorate Thesis. Post graduation course in Psychology of Center for Life Sciences, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo. pp.xxii + 175.

Evaluates depression, anxiety, psychopathologic symptoms, alexithymia and defensive style of grade III obese patients, before and after bariatric surgery, as well as estimates the level of association among such variables. Methodological study design was correlational *cross-sectional type*. 65 patients took part in the study (Group 1: surgical candidates vs. Group 2: postoperative patients), mainly females (92,3%), who answered the *Beck Depression Inventory (BDI)*, the *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, the *Symptoms Assessment Scale (EAS-40)*, and the version in Portuguese of The Toronto Alexithymia Scale (*TAS-26*) and of the *Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)*. Gr 1 showed mild anxiety and depression levels and Gr 2 minimum level (respectively, $p < 0,001$ e $p < 0,01$). The total average score for EAS-40 and F2 and F3 (obesity-compulsion and somatization) were higher in Gr 1 when compared to Gr 2 (repetitively, $p < 0,005$, $p < 0,005$ e $p < 0,001$). On TAS, the total average score for F1 (ability to identify and describe feelings and distinguish them from bodily sensations) were higher in Gr 1 than in Gr 2 (respectively, $p < 0,01$ e $p < 0,005$). According to DSQ-40, there was a tendency for an immature defensive style in Gr 1 in comparison to Gr 2 ($p < 0,02$). In relation to the association between the variables and BMI, the correlations were negative for Gr 1 and F2 of TAS (daydreaming, $p < 0,05$) and for the mature factor of DSQ-40 and Gr 2 ($p < 0,05$), which shows a trend towards a more mature and adaptive style in Gr 2. Correlations were positive and significant in relation to immature defenses - *acting out* (Gr 1: $p < 0,005$ and Gr 2: $p < 0,05$) and in the autistic fantasy in Gr 1 ($p < 0,05$). The results show the psychological status of the participants, who are apt for bariatric surgery and point to a decrease in psychopathological symptoms proportional to weight loss after surgery.

Key words: severe obesity, defense mechanisms, alexithymia, psychopathological symptoms, depression.

RESUMÉ

Oliveira, J. H. A. de (2006). *Évaluation Psychologique de Personnes Obèses Degré III avant et après la Chirurgie Bariatrique*. Thèse de Doctorat. Cours de Post - Graduation en Psychologie du Centre de Sciences de Vie, Pontificia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo. pp.xxii + 175.

L'étude évalue l'anxiété, les symptômes psychologiques, alexithymie et le style défensif de patients obèses degré III, avant et après la chirurgie bariatrique, et estime le degré d'association entre ces variables. Le délinéament méthodologique a été corrélationnel du type *cross-sectional*. Soixante-cinq patients ont participé de l'étude (Groupe 1: pré-chirurgie vs. Groupe 2: après-chirurgie), surtout du sexe féminin (92,3%), qui ont répondu à l'*Inventaire de Dépression de Beck (BDI)*, l'*Inventaire d'Anxiété de Beck (BAI)*, l'*Échelle d'évaluation de Symptômes (EAS-40)*, la *Version en Portugais de L'Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-26)* et la *Version en Portugais de la Défensive Style Questionnaire (DSQ-40)*. Le Groupe 1 a présenté un niveau de dépression et d'anxiété légère et le Groupe 2 a présente un niveau minimum (respectivement, $p < 0,001$ et $p < 0,01$). Les notes moyennes totales de EAS-40 et de F2 et F3 (obsessive - compulsive et somatisation) ont été plus élevés dans le Groupe 1 quand comparés à ceux du Groupe 2 (respectivement, $p < 0,005$, $p < 0,005$ et $p < 0,001$). Dans le TAS, les notes moyennes totales et de F1 (habilité d'identifier et découvrir des sentiments et de les distinguer des sensations corporelles) ont été plus grandes dans le Groupe 1 que dans le Groupe 2 (respectivement, $p < 0,01$ e $p < 0,005$). En accord avec le DSQ-40, il y a eu tendance à un style défensif immature dans le Groupe 1 en comparaison avec le Groupe 2 ($p < 0,02$). En relation à l'association des variables avec le IMC, les corrélations ont été négatives dans le Groupe 1 et le F2 de TAS (rêver éveillé, $p < 0,05$) et dans le facteur mûr du DSQ-40 et le Groupe 2 ($p < 0,05$), ce qui indique une proportion de style plus mûr et adaptif dans le Groupe 2. Les corrélations ont été positives et significatives dans les défenses immatures *acting out* (Groupe 1: $p < 0,005$ et Groupe 2: $p < 0,05$) et dans une fantaisie autistique dans le Groupe 1 ($p < 0,05$). Les résultats montrent le mode de fonctionnement psychologique des participants aptes à la chirurgie bariatrique et signalent une diminution des symptômes psychopathologiques dans la proportion de la perte de poids après la chirurgie.

Mots clés: obésité sévère, mécanismes de défense, alexithymie, symptômes psychopathologiques, dépression.

APRESENTAÇÃO

A preocupação com a obesidade tem sido alvo de muitos questionamentos na comunidade científica, entre os profissionais de saúde e órgãos governamentais, principalmente por afetar a qualidade de vida devido às comorbidades a ela associadas. A evolução da obesidade no mundo gera a necessidade de estudos que permitam vislumbrar estratégias de ações preventivas que possam propiciar a diminuição da prevalência dessa doença resultando numa melhoria tanto na qualidade de vida e saúde como nos gastos com o tratamento.

O aumento nos casos de obesidade, tanto em países desenvolvidos quanto países subdesenvolvidos, tem sido observado em boa parte pela transição no padrão alimentar da sociedade moderna, que converge para um aumento da ingestão de alimentos mais ricos em gorduras, açúcares e uma diminuição no consumo de produtos com baixo teor de gordura. Aliado a esses fatores, há uma evidente diminuição das atividades físicas que poderiam balancear o nível de consumo e gasto calórico.

Ao se focalizar a obesidade, em seus diversos níveis, deve-se considerar todos os fatores que concorrem para sua presença: alterações no modo de vida da sociedade moderna, consumo alimentar, diminuição da atividade física, incidência de estresse, ansiedade e depressão, hereditariedade, período de início da obesidade, entre outros. Esses aspectos ambientais, sociais e psicológicos, aliados à suscetibilidade genética têm sido apontados como as principais causas para o crescente aumento dos casos de obesidade no mundo.

Por outro lado, há também a preocupação estética. A pressão da sociedade quanto ao culto da magreza como padrão de beleza e não

necessariamente de saúde, é um fato que tem influenciado o comportamento de pessoas que estão acima do peso e que necessitam perdê-lo. Esse aspecto tem levado muitos indivíduos a internalizarem pensamentos negativos e acharem que só serão aceitos afetiva e socialmente, se apresentarem um corpo magro. Em muitos casos, a preocupação excessiva com a perda de peso faz com que se busquem dietas milagrosas que podem até levar ao aumento do peso. Esse fato aliado às frustrações com tratamentos pouco eficazes de controle da obesidade e principalmente de manutenção do peso, desencadeia uma série de desconfortos físicos, sociais e psicológicos, e abrem caminho para o surgimento de sérios transtornos alimentares tais como, bulimia, anorexia e compulsão alimentar, além de sintomas psicopatológicos como a ansiedade, a depressão, a baixa auto-estima, a distorção da imagem corporal, entre outros. Ou, podem também resultarem em ciclos de perda e ganho de peso, que também trazem prejuízos à saúde.

Na obesidade grau III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$) esse sofrimento é mais intenso porque já há um comprometimento físico e de doenças associadas. A obesidade atinge os diversos segmentos da população, adultos, crianças, adolescentes e idosos. Tem sido alvo de investimento em tratamentos específicos por parte do governo, com custos econômicos elevados se comparados a outras enfermidades.

A obesidade no seu nível mais severo pode levar muito provavelmente à morte prematura. Esse aspecto tem merecido especial atenção. Decidiu-se estudar a obesidade severa ou grau III pela complexidade de fatores que envolvem os indivíduos que dela sofrem e pelos prejuízos causados à saúde global. Outro ponto que fundamentou a pesquisa é a carência de estudos que

relacionam a obesidade grau III com aspectos psicológicos. Uma boa parte dos trabalhos desenvolvidos com obesos grau III são da área médica. Uma justificativa para tal fato é que há alguns anos a medicina avançou em termos do tratamento desses pacientes contando entre seus recursos com a cirurgia bariátrica, que reduz consideravelmente o peso dos pacientes em pouco tempo e diminui as comorbidades advindas da obesidade, tais como: problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, distúrbios do sono, tipos de câncer, entre outras.

Partindo do pressuposto de que se de um ponto de vista médico é possível saber as complicações que os indivíduos sofrem enquanto obesos e assim estabelecer um prognóstico de melhora depois da perda de peso, proporcionada pela cirurgia, o que se pode dizer a respeito do aspecto emocional desses indivíduos?

Diante desse problema o objetivo desta pesquisa é, portanto, avaliar a obesidade de grau III do ponto de vista psicológico levando em conta variáveis como: os sintomas psicopatológicos, o grau de alexitimia, o nível de depressão e ansiedade e os mecanismos de defesa. A avaliação se dará buscando primeiramente identificar como estas variáveis psicológicas se apresentam no obeso de grau III candidato à cirurgia bariátrica e após a cirurgia, identificando como elas se encontram representadas em cada momento. Em seguida, procurar identificar a contribuição de cada uma para as variâncias observadas em cada um dos grupos, estimando o grau de associação entre as variáveis em cada situação.

O intuito de estudar essas variáveis se dá pelas evidências apontadas na literatura, de que são aspectos fortemente ligados à obesidade em todas as

suas formas, especialmente em pacientes que se submetem a qualquer tratamento para controle do peso. Percebe-se que a condição de estar obeso repercute na saúde psíquica e que todas essas variáveis estariam interligadas de alguma forma. Como por exemplo, a ansiedade tem sido observada no próprio comportamento alimentar, a depressão apareceria pela própria dificuldade em lidar com a obesidade no dia-a-dia, especialmente no que concerne à auto-estima, fatores sociais e clínicos que interagem e se potencializam.

Todos esses aspectos explicitados acima conjugariam com a carência de pesquisas principalmente na população que apresenta obesidade grau III e que opta pela cirurgia bariátrica. Justifica-se ainda o pouco conhecimento dessas variáveis em segmentos diversos da população, considerando as diversidades econômicas, culturais, sociais, raciais e de gênero do povo brasileiro.

Do ponto de vista científico, esta pesquisa pode contribuir para ampliar o conhecimento e compreensão dos aspectos psicológicos dessa enfermidade, que vem sendo estudada do ponto de vista médico, nutricional e estético, mas ainda de forma incipiente pela psicologia. Tal estudo pode ainda resultar na utilização desse conhecimento como subsídio no estabelecimento de um diagnóstico psicológico, que venha a auxiliar na melhor escolha de tratamento e intervenção terapêutica para esses indivíduos.

Mediante tais considerações, a pesquisa focaliza, na introdução, a epidemiologia; na seqüência, a definição, classificação e diagnóstico da obesidade, a etiologia; em seguida, o tratamento psicológico e, na continuação, os aspectos psicopatológicos e os mecanismos de defesa. Finalizando, seguem-se os objetivos, que estão divididos em gerais e específicos.

No método, correlacional de tipo *cross-sectional*, explicitam-se os participantes, a instituição onde se desenvolveu a pesquisa, os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados no percurso do estudo.

Em seguida, são apresentados os resultados da pesquisa e, posteriormente, a discussão dos mesmos. Por fim, apresentam-se as considerações finais, as referências, os anexos e o glossário.

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura, a obesidade é descrita como provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga do ser humano (Loli, 2000a; Nonino, 2002).

Desde a Antigüidade existem relatos e figuras de pessoas obesas. Em algumas sociedades, e até na sociedade ocidental, em alguns períodos, a obesidade chegou a ser sinal de saúde e de beleza (Barros Filho, 2004; Repetto, Rizzolli & Bonatto, 2003).

Em meados do século XIX, entendeu-se a obesidade como resultante de dificuldades ou déficits morais e/ou de problemas psíquicos. Assim, o obeso passou a ser visto como uma pessoa de baixa auto-estima, com limitações intelectuais, com mau funcionamento mental, covarde e egoísta. A obesidade era associada à falta de caráter, auto-indulgência ou distúrbios psíquicos dos indivíduos por ela acometidos (Segal, 2003a).

A representação negativa da pessoa obesa teve como principal conseqüência, a penalização do doente pela sua doença e uma visão estigmatizada (Segal, 2003a), tendência que se acentuou especialmente no século passado, concomitantemente ao aumento do conhecimento da obesidade. Acumularam-se evidências de que a obesidade era uma condição que poderia prejudicar a saúde das pessoas (Repetto et al., 2003), além disto, passou a ser vista como uma questão muito mais ampla e complexa do que se pensava, posto que decorre de fatores genéticos, metabólicos, ambientais e psicológicos.

Nos anos 90 estava consolidado o reconhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para a obesidade. A falta de exercício físico, a qualidade e quantidade de alimento, os padrões alimentares e comportamentais que favorecem a obesidade e que são fatores de risco para a população e para os indivíduos. A análise das circunstâncias de vida, dos fatores biológicos e culturais para cada uma

das pessoas pode determinar porque cada indivíduo ganha ou não peso (Ades & Korbay, 2002). E mais recentemente, pesquisas têm se voltado para os aspectos neurobiológicos da obesidade, mais precisamente investigar os circuitos cerebrais ligados à alimentação (Markus, 2005).

A esse respeito Spiegel, Nabel, Volkow, Landis e Li (2005) esclarecem que por ser a obesidade um modelo de protótipo de uma complexa doença genética e um produto da escolha do estilo de vida, as pesquisas estão progredindo em dois campos: um biológico e o outro psicológico. O primeiro tem o objetivo de pesquisar o comportamento alimentar a fim de compreender e modificar os fatores de motivação individual do consumo alimentar exagerado e/ou a adoção de comportamentos sedentários. O segundo campo busca entender o processo de controle da ingestão alimentar, do estoque energético e do gasto energético, a fim de desenvolver estratégias terapêuticas eficazes. Segundo os autores, a intersecção da neurobiologia com o estudo do comportamento, tem sido essencial para o entendimento da obesidade.

Considerando esses aspectos históricos da obesidade, observa-se que a preocupação com os indivíduos obesos e as conseqüências prejudiciais à sua saúde vêm de longa data, não sendo, portanto um “modismo” dos tempos atuais.

Talvez apenas a forma de interpretar a obesidade tenha mudado, uma vez que atualmente os valores culturais e estéticos parecem exercer uma influência maior do que propriamente a preocupação com a saúde. A cultura do controle do peso ganhou independência e seu espaço social, e o resultado disso, neste século, é uma mudança significativa das preocupações humanas. A sociedade ocidental vive um conflito entre o desejo e o controle. Isso significa dizer que as pessoas vivem um paradoxo entre o prazer proporcionado pelo ato de comer e a obsessão

em controlar o peso corporal, para adequá-lo ao padrão estético dos dias atuais, que em alguns casos põem em risco a saúde do indivíduo (Stenzel, 2004).

Diferenciar e estabelecer o que é e o que não é patologia nesta área tem sido, portanto, um desafio para os profissionais que lidam com transtornos alimentares (Stenzel, 2004). Paralelamente, há ainda discursos que remontam a um período em que a obesidade era vista como responsabilidade específica do indivíduo e não como doença. Como consequência, ela ainda é alvo de segregação social. Essa postura de estigmatização dificulta a que pessoas tenham acesso a tratamentos mais efetivos, pois se sentem atraídas por propostas terapêuticas mágicas e por vezes enganosas, sem uma correta abordagem da doença (Segal, 2003a).

No que se refere à literatura científica atual, o estudo da obesidade tem sido intenso em três grandes áreas: a Medicina, que durante muito tempo dominou o que se escrevia e o que se falava sobre obesidade; a Nutrição, com uma história mais recente neste campo, mas muito marcante nos dias de hoje; e a Psicologia que além de abordar os transtornos alimentares sob enfoque dos sintomas e da patologia, busca aprofundar questões relacionadas à cultura e aos fenômenos psicossociais associados a estas patologias. Além destas três grandes áreas, de caráter científico, a obesidade também é retratada na escrita popular, na mídia, nas pinturas e na arte em geral. Ou seja, está presente no cotidiano das pessoas (Stenzel, 2004).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), a obesidade pode ser vista como uma doença em si mesma e também como fator de risco de outras doenças crônicas. É de causa multifatorial e tem sido caracterizada como epidêmica, pelo seu crescente aumento nos últimos anos. Por esse motivo, é vista

como um problema de saúde pública, principalmente se levar em conta as possíveis complicações médicas e psicológicas e os custos relacionados ao tratamento (Porto et al., 2002).

A questão principal e que permeia os estudos científicos é a prevalência dessa enfermidade, o avanço rápido e progressivo, sem diferenciar raça, sexo, idade ou nível social (Repetto, et al., 2003). A dificuldade de compreender a etiologia, a sua resistência e seriedade, faz com que ela se configure num grande desafio para a sociedade moderna.

Por esses motivos, a visão dos profissionais que tratam à obesidade tem mudado, fazendo com que haja uma conscientização maior em tratar esses indivíduos de forma multidisciplinar, levando em conta as variáveis ambientais, psicológicas e fisiológicas, a fim de que se busque uma alternativa mais eficaz no seu combate.

Epidemiologia

A obesidade é uma doença epidêmica, que se propaga rapidamente no mundo moderno, um tema que ganha espaço na mídia, na sociedade, no meio médico, psicológico e nutricional, e é natural e procedente que profissionais de várias áreas se debrucem sobre este problema para buscar novas soluções (Mello, 2001). Sendo necessário analisar a tendência de desenvolvimento da doença em regiões e países distintos, como também a distribuição em diferentes estratos populacionais (por idade, sexo, faixa econômica ou cultural, entre outros) (Mancini, 2002).

A epidemia da obesidade tem se tornado pandemia, definida como uma epidemia que ocorre sobre uma área amplamente geográfica e afeta uma proporção excepcionalmente alta da população (Rosett, 2004).

Roth, Qiang, Marbán, Redelt e Lowell (2004) assinalam que, a epidemia da obesidade foi notada primeiramente nos Estados Unidos e agora se expande para outras nações industrializadas. Ao mesmo tempo, se espalha igualmente nos países em desenvolvimento. Foi percebida primeiramente entre os adultos e atualmente tem crescido rapidamente entre crianças e adolescentes. Esse fenômeno tem ganhado força e irá seriamente afetar a mortalidade, morbidade e a qualidade de vida por todo o mundo.

Em função da alta prevalência e das comorbidades a ela associadas, a obesidade é considerada, atualmente, a mais importante doença nutricional do mundo ocidental (Nonino, 2002).

Recentemente, a Organização das Nações Unidas ONU (2006) redefiniu o conceito de má nutrição incluindo a obesidade nesse grupo, além daqueles que passam fome. De acordo com especialistas, que estavam reunidos em Genebra, a má nutrição é uma condição fisiológica atípica causada por excessos, deficiência ou desequilíbrios na ingestão de calorias, proteínas ou outros nutrientes.

No mundo atual há mais de um bilhão de adultos com excesso de peso e pelo menos 300 milhões deles sofrem de obesidade clínica. Também é possível observar o aumento crescente da obesidade na infância e na adolescência. Como é o caso dos Estados Unidos onde o número de crianças obesas dobrou e o de adolescentes obesos triplicou desde 1980 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; Viuniski, 2003).

A Organização Mundial da Saúde em colaboração com a *International Association for the Study of Obesity* anunciou a nova estimativa de sobrepeso e obesidade no mundo, aproximadamente 1,7 bilhões de pessoas (Deitel, 2003).

A OMS estima que por volta de 2020 dois terços da carga de doenças globais serão atribuídos a doenças crônicas associadas com obesidade (Chopra, Galbraith e Darton, 2002). Nos países da América Latina, onde a desnutrição existe, agora está diante de um paradoxo.

A esse respeito Shiraga (2006) assinala que de um lado a dificuldade de pessoas obesas na eliminação do peso. Do outro, a fome leva o Governo a criar um projeto denominado Fome Zero. Segundo a autora, 70 milhões de pessoas estão acima do peso (crianças e adultos) e 80 mil morrem por ano por problemas relacionados à obesidade. As ações existentes no Brasil no combate a problemas de saúde pública devem levar em conta essas duas faces, sob pena de não serem eficazes. Pinheiro, Freitas e Corso (2004) apóiam essa questão e complementam que o quadro epidemiológico nutricional do Brasil deve apontar para estratégias de saúde pública capazes de dar conta de um modelo de atenção para desnutrição e obesidade, integrando conseqüências e interfaces das políticas econômicas dentro do processo de adoecer e morrer da população.

Romero e Zanesco (2006) apontam que estudos prospectivos mostram que, em 2025, o Brasil será o quinto país do mundo a apresentar problemas de obesidade. A obesidade em crianças e adolescentes, no Brasil, triplicou nos últimos 30 anos. Os dados mais recentes apontam para 14,8% de obesidade infantil entre as crianças da região sudeste e 9,8% entre as do Nordeste (Viuniski, 2003). Kac e Meléndez (2003) também confirmam a crescente magnitude da obesidade em

crianças e adolescentes e assinalam também para o aumento entre mulheres na idade reprodutiva.

Na Europa um estudo avaliou a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças portuguesas entre 7-9 anos, de 1970-2002. O estudo aponta para um índice alto de crianças com sobrepeso e obesidade (31,5%) comparadas a outros países da Europa. Os autores concluem que Portugal segue a mesma tendência de países como a Espanha (30%), Grécia (31%), e Itália (36%) (Padez, Fernandes, Mourao, Moreira & Rosado, 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), a prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes na idade de dois a 18 anos vai de 9% na Eslováquia para 39% na Grécia. Na Espanha, a prevalência é de 19,1% e 5,7% em homens e de 15,6% e 2,4% em mulheres na idade de 13 a 18 anos, respectivamente.

Na América Latina, seguindo a tendência observada nos países ricos, a obesidade tem aumentado consideravelmente tornando-se um problema de saúde pública em quase todos os seus países (Kain, Vio & Albala, 2003).

No Brasil, a prevalência dessa enfermidade aumentou em 70% entre 1975 e 1989, indicando que o excesso alimentar está rapidamente se tornando um problema mais proeminente do que o déficit (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

A segunda parte da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004) em conjunto com o Ministério da Saúde, revela que o país tem cerca de 38,6 milhões de pessoas com excesso de peso, o que equivale a 40% de sua população adulta. Deste total, 10,5 milhões são obesos.

No Brasil observa-se que nos últimos 20 anos, em todas as faixas etárias, houve um aumento da prevalência da obesidade (Monteiro & Conde, 2000). Tal fato

demonstra que a população brasileira segue a mesma tendência de países como os Estados Unidos.

Outro fator de risco é a população feminina. No Brasil, as mulheres têm maiores riscos de obesidade e a prevalência já se mostra crescente a partir da idade de 4 – 5 anos (Abrantes, Lamounier & Colosimo, 2003; Benedetto, 2006; Mancini, 2002).

Schwartz e Brownell (2004) complementam que as mulheres além de apresentarem maiores riscos de obesidade, também são mais vulneráveis a desenvolverem uma insatisfação com o corpo. Um motivo seria porque elas são mais preocupadas com a imagem corporal do que os homens e são as que mais procuram tratamento.

A renda também tem sido discutida e associada à obesidade. Um estudo caracterizou a prevalência de obesidade em adultos de segmentos pauperizados, com renda mensal de até dois salários mínimos. Participaram da pesquisa 390 famílias, incluindo 782 indivíduos com idades iguais ou maiores de 19 anos, dos quais 46% eram homens e 54% mulheres. As prevalências de obesidade entre homens e mulheres foram respectivamente 5,6 % e 21,6%. Sendo que nos homens da zona urbana foi de 5,6% e rural 5,8%, nas mulheres da zona rural 23,4% e na zona urbana 19,8%. Os autores concluem que houve o predomínio de obesidade nas mulheres da zona rural.

A pesquisa do IBGE sobre Orçamentos Familiares (2004) também revela que o excesso de peso não é mais exclusividade de pessoas com renda alta. A proporção de indivíduos de baixa renda com excesso de peso é mais elevada do que de peso normal. Uma justificativa para tal fato é que a alimentação do brasileiro está com maior teor de gordura e açúcares e o consumo de frutas e hortaliças está

inferior aos parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Também parece razoável inferir que com as mudanças ocorridas na sociedade, nos últimos anos, há uma facilidade maior de se adquirir alimentos menos saudáveis, como o caso dos *fast foods*, que na maioria das vezes se tornam mais baratos, do que um cardápio diário baseado em consumo de peixe, frango, hortaliças e frutas.

A obesidade é responsável por 2 a 6% do custo total de atenção à saúde em vários países em desenvolvimento; algumas estimativas apontam para até 7% (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).

No Brasil, os inquéritos das últimas três décadas projetam resultados que são bastante preocupantes com relação ao aumento de sobrepeso e obesidade em adultos e também com relação aos custos diretos e indiretos dessa patologia. Os custos correspondem ao gasto com doenças secundárias ao excesso de peso e a diminuição da produtividade e da capacidade laborativa. Indivíduos obesos apresentam maior índice de absenteísmo e licenças médicas mais freqüentes. Na Suécia, 7% do PIB é associado a problemas relativos à obesidade (Halpern & Rodrigues, 2004).

Segundo esses autores, no Brasil há poucas análises que permitam um cálculo fidedigno dos custos. De toda forma, pode-se afirmar que o custo é elevado e sem medidas de combate (Halpern & Rodrigues, 2004). Já nos Estados Unidos, os gastos da saúde relacionados com doenças secundárias ao excesso de peso chegaram a 75 bilhões de dólares, só no ano de 2003.

Definição, Classificação e Diagnóstico

Obesidade (do latim *obesus*, *ob* – muito e *edere* – comer) é o aumento da quantidade de gordura corporal (Halpern & Mancini, 1999).

É mais conhecida na literatura como o acúmulo de tecido adiposo no organismo (Ades & Kerbauy, 2002; Cabrera & Filho, 2001; Coutinho, 1998; Halpern & Mancini, 2000b; Mancini, 2001; Matos & Bahia, 1998).

Segundo Wadden (1999), o excesso de gordura corporal deve responder a aproximadamente 25% do peso em mulheres e 18% do peso em homens. Mancini e Carra (2001) mostram que em sociedades ocidentais modernas os valores normais da quantidade de tecido adiposo em adultos estão em torno de 20% a 30% para mulheres e 18% a 25% para homens.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - WHO (1998), a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz prejuízos à saúde do indivíduo.

Segundo Mancini e Carra (2001), a diferença entre a normalidade e a obesidade é arbitrária, mas um indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta em uma extensão tal que a saúde física e psicológica são afetadas e a expectativa de vida reduzida.

Em se tratando de avaliar a presença de obesidade clínica para estudos epidemiológicos, a Organização Mundial da Saúde (1998), utiliza o método chamado de IMC (Índice de Massa Corpórea de Quetelet), que relaciona o peso com a altura ao quadrado, igual ou maior que 30kg/m². A classificação quanto ao IMC e o grau de obesidade podem ser vistas a seguir:

IMC < 18,5: Magreza – Grau 0

IMC 18,5 – 24,9: Normal – Grau 0

IMC 25 – 29,9: Sobrepeso – Grau I

IMC 30 – 39,9: Obesidade – Grau II

IMC > 40,0: Obesidade grave – Grau III

Essa posição também é descrita pela Organização Pan-Americana da Saúde (2003), posto que IMC superior a 25 kg/m² significa excesso de peso e IMC superior a 30kg/m², obesidade.

No caso do IMC ≥ 40 kg/m é classificado como obesidade grave, grau III e adquire um caráter de morbidade, refletindo-se na redução das expectativas de vida, incidência de patologias concomitantes, como hipertensão arterial, cardiopatias, morte súbita, insuficiência venosa, hepatopatias, distúrbios hormonais, dermatites, osteoporose, dentre outras.

Na literatura coexistem alguns termos comumente usados para designar esse grau de obesidade tais como: obesidade severa, grave, mórbida ou grau III. Adota-se nesse trabalho o termo obesidade grau III, por ser um dos termos já mencionados e adotados pela Organização Mundial da Saúde (1998).

Outra classificação segundo o IMC, diz respeito à diferenciação dos indivíduos de acordo com o risco de comorbidades associadas à obesidade e complementa a classificação acima descrita (Organização Mundial da Saúde, 1998).

Magreza – risco de doença elevado

Normal – risco de doença normal

Sobrepeso – risco de doença elevado

Obesidade – risco de doença muito elevado

Obesidade Grave – risco de doença muitíssimo elevada

Em crianças e adolescentes como o peso varia conforme a altura e idade, o uso simples do IMC não é satisfatório. Utiliza-se o IMC percentual (% IMC), que se apóia em tabelas de percentis de peso e altura. É calculado: % IMC = [peso (percentil 50 do peso para a idade): altura² (percentil 50 da altura para a idade)] x 100. Valores acima de 110% indicam sobrepeso e acima de 120%, obesidade (Halpern & Mancini, 2000b).

Alguns autores descrevem esse método como Índice de Obesidade – IO, (calculado pelo peso atual/peso no percentil 50/estatura atual/estatura no percentil 50 x100), que nos indica quanto o peso do paciente excede seu peso esperado, corrigido para a estatura. De acordo com esse parâmetro, a obesidade é considerada leve quando o IO é de 120 a 130%, moderada quando é de 130 a 150%, e grave quando excede 150% (Mello, Luft & Meyer, 2004).

Um dos problemas do diagnóstico de sobrepeso e obesidade em populações jovens é o desacordo quanto ao “ponto de corte” ou limites para sua identificação.

A questão é se um IMC alto (sobrepeso) realmente representa um alto teor de gordura corporal. Estabelecer um critério antropométrico para avaliar obesidade é muito mais complexo e difícil entre adolescentes do que entre outras faixas etárias, devido à larga variação entre indivíduos e população durante a puberdade (Veiga, Dias & Anjos, 2001).

Em termos práticos, na perspectiva dos serviços de saúde, é desejável que se utilize um critério diagnóstico simples, de baixo custo, reproduzível e confiável, que tenha alta sensibilidade e especificidade, minimizando a ocorrência de diagnósticos falsos positivos ou negativos (Giugliano & Melo, 2004). Sendo assim, o

uso exclusivo do IMC ainda é um método com boa acurácia tanto para estudos que buscam detectar a prevalência de obesos, quanto para uso na prática clínica.

Um estudo brasileiro sobre o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares, avaliou a concordância entre o índice de massa corporal segundo o padrão internacional e indicadores de adiposidade. Foram avaliadas 528 escolares, entre seis e 10 anos, de ambos os sexos. A obesidade foi obtida segundo o índice de massa corporal por idade. A adiposidade foi estimada a partir da somatória das dobras cutâneas tricipital e subescapular, tricipital e da panturrilha e pelas circunferências da cintura e quadril. Os resultados apontam para uma boa concordância entre os índices de massa corporal por idade, segundo as definições de Cole (2000) para diagnóstico de obesidade na faixa etária estudada, e a adiposidade (Giugliano & Melo, 2004).

O nível de definição de obesidade não se diferencia na população idosa quando comparada à adulta, apesar de uma tolerância maior em idosos com o aumento de IMC, podendo assim a obesidade ser definida em um patamar de IMC mais elevado nesta faixa etária, segundo Cabrera e Filho (2001). Esses autores realizaram um estudo para aprofundar o conhecimento da obesidade em pessoas acima dos 60 anos. Foram avaliados 847 indivíduos, com idade média de 72,3 anos. Utilizaram o cálculo do IMC e a Razão Cintura-Quadril (RCQ). A análise das médias das variáveis antropométricas identificou uma diminuição progressiva do peso, altura e IMC nas faixas consecutivas em ambos os sexos, e um aumento de RCQ nas mulheres. Também uma diminuição da obesidade na faixa etária de 80 anos. Os autores defendem que na população idosa há uma grande variação na prevalência de obesidade e por isso é necessário normatizar adequadamente os valores antropométricos nessa faixa etária.

Apesar do IMC ter um cálculo simples e rápido, sendo utilizado em estudos epidemiológicos e para o monitoramento da prevalência de obesidade na população, tem suas limitações assim como outras medidas. O IMC ignora a distribuição de gordura. Não é capaz de diferenciar gordura central de gordura periférica, não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo superestimar o grau de obesidade em indivíduos musculosos e mesmo edemaciados (Mancini, 2002; Mancini & Carra, 2001). Assim no caso de atletas, o IMC pode indicar obesidade e eles não necessariamente serem obesos. Como as limitações em crianças e idosos, cujo IMC pode variar e não representar com acurácia o nível e a distribuição de gordura no corpo, o mesmo pode se falar em relação aos diferentes grupos populacionais que podem apresentar estrutura corpórea distinta.

Nesse caso, há outras formas de se diagnosticar a obesidade. Segundo Mancini (2002), pode-se estabelecer basicamente dois tipos de diagnósticos: quantitativo, que se refere à massa corpórea ou massa de tecido adiposo e um qualitativo, que se refere ao padrão de distribuição da gordura corporal, que por sua vez é um forte indicador de presença de adiposidade visceral. O primeiro é estimado através das medidas antropométricas obtidas com o cálculo do IMC (índice de massa corpórea), para adultos e idosos, e % IMC (índice de massa corpórea percentual) ou IO (índice de obesidade) para crianças e adolescentes. Outras medidas são: a somatória das medidas de pregas cutâneas, a espectroscopia bioelétrica de frequência múltipla, a condutibilidade elétrica corpórea total (Tobec), a bioimpedância ou impedância bioelétrica de frequência única, a absorpciometria dual de raios X, a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética, o peso corpóreo total e a água duplamente marcada (DO₂), que são métodos de custo elevado e uso limitado na prática clínica. De todos esses, pouco utilizados em

estudos epidemiológicos e até clínicos, a bioimpedância ou impedância bioelétrica de frequência única, é um recurso que vem ganhando aceitabilidade, pelo desenvolvimento de aparelhos menores e mais baratos, e que permitem avaliar com precisão a massa adiposa e a massa magra.

O diagnóstico qualitativo pode ser obtido através de métodos como: Relação Cintura-Quadril, medida do maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista íliaca e também através da absorpciometria dual de raios X (DXA), da ultra-sonografia, da tomografia computadorizada e da ressonância nuclear magnética. Esses últimos têm seu uso restrito e estão em fase experimental.

O que tem sido utilizado em conjunto com o IMC, e que tem mostrado ser suficiente para estabelecer riscos de doenças, é a medida isolada da circunferência da cintura ou medida do maior perímetro entre a última costela e a crista íliaca, sendo considerados limites normais: < 95 cm para homens e < 80 cm para mulheres (Mancini, 2002). É o que mostra também um guia que foi produzido pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (*National Institutes of Health – NIH, 2000*), para avaliar, diagnosticar e tratar sobrepeso e obesidade em adultos.

Uma parte desse guia foi resumida numa revista (*Pan American Journal Public Health*) e evidencia que a avaliação do paciente deveria incluir o IMC (índice de massa corporal), a circunferência da cintura e os riscos médicos totais. Sendo assim, mulheres que tenham a circunferência da cintura maior do que 88 cm e homens maior do que 102cm, têm altos riscos de diabetes, dislipidemia, hipertensão e doenças cardiovasculares por causa do excesso de gordura abdominal. Essa posição também é descrita na área da cardiologia (Spósito, Santos & Ramires, 2002) que mostra que a avaliação dos parâmetros clínicos, índice de massa corpórea e

circunferência abdominal qualificam e quantificam a obesidade podendo estimar, em conjunto com a avaliação geral, o risco cardiovascular dos pacientes obesos.

Quanto à distribuição de gordura, a obesidade pode ser de três tipos: a difusa ou generalizada, a andróide ou também conhecida como superior, central, abdominal ou em maçã, que é mais freqüente nos homens, e a obesidade ginóide, também chamada de inferior, periférica, subcutânea ou em pêra, mais concentrada na região dos quadris e mais freqüente em mulheres. Essa classificação quanto à distribuição de gordura é útil para indicar a associação com doenças. Assim a do tipo andróide tem correlação com complicações cardiovasculares e metabólicas e a do tipo ginóide, complicações vasculares e periféricas e problemas ortopédicos e estéticos (Benedetti, 2003; Loli, 2000a; Mancini, 2002; Mancini & Carra, 2001).

A obesidade pode ainda ser dividida quanto à sua origem. A exógena, a mais freqüente, e a endógena. A primeira origina-se do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, e a segunda geralmente é resultante de alguma doença (Mello, Luft & Meyer, 2004).

A obesidade também pode ser vista quanto ao seu início. Mesmo podendo iniciar-se em qualquer fase da vida, há que se dar atenção principalmente aos períodos de aceleração do crescimento, pois a obesidade na infância e adolescência pode manter-se por toda a vida (Mello, 2001).

A conseqüência mais importante, a longo prazo da obesidade na infância e adolescência, é a de persistir na fase adulta, com todos os riscos de saúde. A obesidade é mais provável de persistir quando inicia no fim da infância ou adolescência (Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2003). Como a obesidade vem aumentando entre as crianças e os adolescentes, há que se preocupar com o aparecimento na infância. Esse tem sido o

alvo de estudos e talvez a saída para o controle da obesidade no adulto. Medidas preventivas dos vários órgãos de saúde se voltam para o combate da obesidade já na infância.

Estima-se que aproximadamente dois terços dos casos tenha início na fase adulta. Em idosos, apesar da tendência natural à diminuição da massa muscular e ao aumento do tecido adiposo, não é comum o surgimento de novos casos de obesidade (Coutinho, 1998).

Há que se considerar também a obesidade que tem início com eventos experienciados na vida como casamento, gravidez, mudanças de trabalho, perda de parentes, entre outros.

Etiologia

Diante da definição, classificação e diagnóstico há que se perguntar por que algumas pessoas engordam e outras não. Isto remete à discussão das causas múltiplas da obesidade e de como cada fator influencia seu surgimento.

A obesidade é uma doença heterogênea, que pode ser causada por fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos, endócrinos, metabólicos e psiquiátricos. Em poucos casos, é causado por defeitos genéticos específicos (Benedetti, 2003; Cezar, 2000; Licinio & Wong, 2003; Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2003; Wadden, 1999).

Buscando entender esse aspecto multifacetado da obesidade, Barros Filho (2004) explicita as diversas direções que os estudos apontam tentando explicar as causas da obesidade. O autor compara essas diversas tentativas de se explicar à obesidade a um jogo de quebra-cabeça. Embora ainda muitas peças precisem ser

identificadas para se compor este quebra-cabeça, um conceito já está definido: o peso corporal é regulado por vários mecanismos que procuram manter um equilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta, e esses mecanismos são bastante precisos em condições normais. Qualquer fator que possa interferir nesses mecanismos, levando a um aumento da ingestão energética ou à diminuição de seu gasto, pode levar à obesidade a longo prazo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003) e a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), o que mais contribui para o aumento da obesidade no mundo são as mudanças sociais e a transição nutricional. Fatores contextuais também contribuem para o aumento da epidemia, como o crescimento econômico, modernização, urbanização e globalização do mercado de alimentos.

A transição nutricional é um fenômeno caracterizado pela inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (Kac & Meléndez, 2003).

Apesar da genética desempenhar um papel importante na suscetibilidade do indivíduo ganhar peso, o balanço energético é determinado pela ingestão de calorias e pela atividade física. A sociedade tem substituído a alimentação rica em carboidratos complexos por alimentos com maior proporção de gorduras saturadas e açúcares. Paralelamente, tem havido mudanças no mercado de trabalho no mundo inteiro, e agora as ocupações que exigem menos esforço físico predominam. Além disto, o uso de transporte automatizado, tecnologia no lar e formas de lazer mais passivas, contribuem para o abandono das atividades físicas.

Do ponto de vista fisiopatológico, a obesidade se deve a um problema de desequilíbrio energético (Organização Pan-Americana da Saúde & Organização

Mundial da Saúde, 2003), decorrente da proporção entre a ingestão de alimentos e a calorigênese. Sendo que há obesos hiperfágicos, que são aqueles que comem muito, e obesos que apresentam uma calorigênese diminuída, que são aqueles que não ingerem mais do que a média da população e engordam. Em ambos os casos, há que se conhecer efetivamente o que estaria contribuindo para a obesidade.

No primeiro caso, alterações psíquicas como depressão leve, ansiedade, angústia, estresse e carência afetiva, estímulos ambientais, podem levar a uma ingestão calórica excessiva. Da mesma forma, alterações orgânicas podem conduzir à hiperfagia como disfunções dos núcleos hipotalâmicos da saciedade e da fome, que dependem de inúmeros estímulos de ordem química, hormonal e psíquica.

No segundo caso, o metabolismo basal (que é a queima calórica requerida para a manutenção da homeostase do organismo), o gasto energético total (decorrente do efeito térmico dos exercícios), o gasto calórico de 24 horas (que é o efeito térmico do alimento) e até a mais recente descoberta que é a leptina, estariam contribuindo para a calorigênese diminuída em obesos.

A leptina é um hormônio protéico codificado pelo gene “ob” e produzido pelo tecido adiposo, que parece ter um importante papel na regulação homeostática da gordura corporal em animais e humanos (Halpern & Mancini, 2000b). A leptina tem ação sobre os adipócitos e também sobre o hipotálamo, induzindo uma resposta complexa de controle do peso e de energia consumida. A presença elevada de leptina no sangue é um achado comum em obesos e, por esse motivo, tem sido alvo de investigação dos interessados no tratamento da obesidade (Benedetti, 2003; Spiegel, Nabel; Volkow, Landis & Li., 2005).

De acordo com Markus (2005) a investigação sobre leptina tenta elucidar os caminhos cerebrais da obesidade. Ao ser injetada em ratos, essa substância

reduz a fome e a perda de gordura. Mas as pessoas acima do peso, até agora, mostraram resistência à leptina. Tal fato se dá pela alta quantidade de tecido adiposo (cujas células secretam o hormônio). Nesse caso, as pesquisas ainda precisam avançar para compreender essa resistência.

Romero e Zanesco (2006) esclarecem que a resistência a leptina é caracterizada por alterações no receptor de leptina ou uma deficiência em seu sistema de transporte na barreira hemato-cefálica. Segundo esses autores, outro hormônio chamado grelina, que é produzido pelo estômago, abre novos campos de estudo para o controle da obesidade. A grelina está diretamente envolvida na regulação do balanço energético a curto prazo.

Quanto ao fator genético, evidências sugerem sua influência no desenvolvimento da obesidade, embora seus mecanismos ainda não sejam claros. Acredita-se que esses fatores possam estar associados ao consumo e gasto energético. Acredita-se ainda que o controle do apetite e do comportamento alimentar também sofrem influência genética (Francischi et al., 2000).

Alguns componentes genéticos podem levar à obesidade em algumas doenças genéticas raras associadas com características dismórficas. Entre as principais estão, as síndromes de Prader-Willi, Bardet-Biedl, Ahlstrom, Cohen e Carpenter (Coutinho, 1998).

A hereditariedade é outro fator a ser considerado. Indivíduos com obesidade de início na infância e história familiar positiva, em geral, são mais obesos do que os de início na idade adulta e uma história familiar negativa. Ou seja, a combinação entre o início da obesidade na infância associada a uma história familiar positiva sugere uma predisposição genética (Mello, 2001; Wadden, 1999). Por outro lado, apesar da tendência hereditária para a obesidade, o ambiente familiar e social

pode determinar a expressão e o aparecimento ou não da obesidade. Ou seja, a carga genética modula a suscetibilidade, mas não constitui fator inevitável da expressão fenotípica (Benedetti, 2003).

É o que apresentam Villares, Ribeiro e Silva (2003). Estima-se que crianças com idade entre três e 10 anos com pais obesos têm o dobro de chances de tornarem-se adultos obesos quando comparadas com crianças obesas cujos pais não são obesos. Criança de um a dois anos com um dos pais obeso expressa um aumento de risco de obesidade em 28%. O status de obesidade infantil após seis anos correlaciona-se com obesidade na idade adulta; entretanto, a criança obesa antes dos três anos de idade não predispõe à obesidade adulta. Lembrando também que o ambiente familiar influencia o desenvolvimento da obesidade.

Certo número de desordens neuroendócrinas também pode conduzir à obesidade, dentre estas: a síndrome hipotalâmica, a Síndrome de Cushing, a síndrome dos ovários policísticos, pseudo-hipoparatiroidismo, hipogonadismo, deficiência de hormônio do crescimento e insulinoma, e hiperinsulinismo (Coutinho, 1998). Francischi et al. (2000) complementam que estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso.

Há também a obesidade iatrogênica, causada por uso de drogas como psicotrópicos e corticosteróides e por procedimento cirúrgico na região do hipotálamo, podendo conduzir a um quadro de obesidade uma vez que pode lesionar os núcleos reguladores da fome e saciedade. Dentre as drogas, estão os antidepressivos (Coutinho, 1998).

Licinio e Wong (2003) destacam a interface entre a obesidade e a depressão. Coincidentemente ambas são um dos maiores problemas de saúde pública. As drogas usadas para tratar a obesidade agem predominantemente no

mesmo sistema neurotransmissor (como a serotonina), que as drogas utilizadas no tratamento da depressão. Ambas podem resultar em síndrome metabólica, forte aumento cardiovascular e morbidade metabólica.

O que se percebe na literatura científica é que o aumento significativo nos casos de obesidade nos últimos 20 anos dificilmente poderia ser explicado por mudanças genéticas que tenham ocorrido nesse tempo (Pereira, Francischi & Lancha Júnior, 2003). Tampouco pela manifestação de algum fator de evolução biológica. Enquanto a suscetibilidade genética deve explicar 30% da obesidade observada, mudanças no estilo de vida e no ambiente na metade do século passado, parecem ser a explicação mais provável para a recente epidemia de obesidade (Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2003).

A presença de obesidade para o indivíduo traz inúmeras conseqüências em termos de saúde. A própria condição de excesso de peso em si origina doenças metabólicas como hipertensão, dislipidemia e resistência à insulina. (Pereira, et al., 2003).

De acordo com Geloneze e Pareja (2006), a obesidade severa é uma condição que contribui para o desenvolvimento da síndrome metabólica (SM). A SM é uma condição de risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica sistêmica, especificamente a coronariana, e está diretamente relacionada ao desenvolvimento do diabetes tipo 2. O diabetes está presente em 10% a 20% dos pacientes (Peixoto & Geloneze, 2006). O diabetes e a SM são alvos de investigação na associação com a obesidade, e estudos têm apontado para sua redução ou reversão com a cirurgia bariátrica, resultando numa melhora significativa na saúde geral.

Embora a obesidade deva ser considerada como doença em si mesma, ela representa também um dos principais fatores de risco de outras doenças crônicas. Os problemas de saúde não fatais, mas debilitantes associados à obesidade incluem: problemas respiratórios, musculares e esqueléticos, doenças na pele e infertilidade. As outras doenças mais graves que ameaçam a vida são: as cardiovasculares, certos tipos de câncer e doenças da vesícula biliar (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).

Dentre os fatores envolvidos na obesidade, um grupo específico tem destaque não tanto pelo seu papel etiológico, mas pelas dificuldades que impõem ao enfrentamento da doença. Este é o grupo dos fatores psicológicos e psiquiátricos (Segal, 2003a). Efetivamente, embora não se possa falar em um perfil de personalidade do paciente obeso ou alguma característica psicopatológica única, fatores psicológicos podem ser relevantes e interferir no manejo convencional da obesidade. Este, por exemplo, é o caso da presença de forte ansiedade, apontando para dificuldades internas, afetivas e relacionais, as quais requerem um tratamento psicoterápico adequado (Mello, 2001).

Segundo Segal (2003a), a postura atual é a de que a população geral de obesos não apresenta maiores níveis de psicopatologia, quando comparada à população não obesa. No entanto, pacientes obesos (ou seja, pessoas obesas em tratamento) apresentam estes sim, maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos da personalidade.

Wadden (1999) discute que é fácil encontrar em centros médicos e cirúrgicos pessoas obesas que sofram de depressão, baixa auto-estima e outras complicações emocionais clinicamente significativas.

Um estudo brasileiro sobre obesidade mórbida, estilos alimentares e qualidade de vida em mulheres, apesar de não se propor a avaliar os aspectos emocionais, evidenciou que as pacientes relataram manifestações de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade com frequência significativamente maior do que mulheres com peso normal. A avaliação da qualidade de vida relacionada aos aspectos psicológicos permitiu constatar a presença de um comprometimento emocional por parte das obesas. O sofrimento psicológico poderia ser resultante do excesso de gordura corporal, bem como das tentativas, através de dieta, de se adaptar aos padrões de aparência (Almeida, Loureiro & Santos, 2001b).

Aspectos psicológicos como o estigma social, a percepção da imagem corporal, os possíveis fatores de manutenção da obesidade e a falha no tratamento devem ser avaliados (Azevedo, 2003b).

Em se tratando das conseqüências sociais, o obeso sofre de discriminação no ambiente de trabalho, pois tem maior dificuldade de ser admitido em empregos. Também apresenta limitações físicas que o impedem de desenvolver atividades rotineiras como comprar roupas, andar de ônibus, encontrar lugares que tenham assentos adequados, entre outras. Fatores que podem ter conseqüências sobre a auto-estima e eficácia adaptativa. A esse respeito Mello (2001) comenta que dentre as conseqüências sociais e econômicas mais freqüentes da obesidade encontram-se: a perda da produtividade, o absenteísmo, a deficiência funcional, a incapacitação física e morte prematura, trazendo custos e danos à sociedade e à própria pessoa.

As questões psicopatológicas envolvem a distorção da imagem corporal, o transtorno de compulsão alimentar periódica ou apenas a compulsão alimentar, a síndrome do comer noturno, a depressão, a ansiedade, entre outras.

Os aspectos psicológicos e psicopatológicos relacionados à obesidade serão tratados mais à frente. Antes, porém, serão focalizados alguns aspectos concernentes ao tratamento da obesidade.

Tratamento

Apesar das modificações ocorridas já no século XX, com a introdução de tratamentos farmacológicos inovadores, desenvolvimento de programas para perda e manutenção do peso, baseados em dietas, exercícios físicos e modificação comportamental, e a mais recente cirurgia do aparelho digestivo, que foram responsáveis por avanços significativos, ainda persiste o desafio no tratamento da obesidade (Benedetti, 2003).

A obesidade é uma doença complexa e de origem multifatorial. Neste sentido, seus tratamentos devem contemplar estas características, sob pena de não serem efetivos e trazerem elevados e injustificados custos para o paciente e para o sistema de saúde (Segal, 2003a).

As propostas terapêuticas variam conforme a gravidade da doença (Benedetti, 2003). A escolha do tratamento para obesidade a ser instituído depende ainda da presença de comorbidades, inclusive com patologias psiquiátricas como: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), Síndrome do Comer Noturno e/ou Depressão Atípica, que podem determinar o ganho de peso, e se não identificados e tratados adequadamente podem levar à falha no tratamento da obesidade (Azevedo, 2003a).

As opções de tratamento da obesidade incluem: dieta, farmacoterapia, atividade física, psicoterapia e cirurgia. Mas sabe-se que a associação entre os

métodos é mais efetiva do que um único apenas. Azevedo (2003b) destaca que o tratamento deva envolver a prevenção do ganho de peso, e uma vez instalado, a escolha inicial deve ser de métodos como a combinação de psicoterapia e dietoterapia. Com a falha desses métodos opta-se pela farmacoterapia considerando os riscos inerentes a determinadas drogas.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), o manejo eficaz no tratamento da obesidade nas pessoas e em grupos de risco requer uma série de estratégias a longo prazo, que inclui: prevenção, manutenção do peso ou dieta para perdê-lo.

O tratamento da obesidade deve dirigir-se para a melhoria do bem-estar e da saúde metabólica, diminuindo os riscos de doença na vida futura. Embora com freqüência a obtenção de resultados cosméticos seja parte das expectativas do paciente, isto não é o objetivo primário do tratamento (Halpern & Mancini, 2000b).

Dieta e Farmacoterapia

A dieta é a forma mais tradicional de reagir ao excesso de peso e é bem aceita entre os profissionais e a comunidade científica. A base do tratamento dietético é a prescrição de uma dieta hipocalórica que favoreça o déficit energético. O elemento mais importante na dietoterapia é a redução da ingesta energética. A dieta convencional, com a proporção de 25% de gordura, 15% de proteína e 60% de carboidrato pode ser adaptada de acordo com as características e objetivos do paciente. Hoje com todas as discussões com relação ao que seja considerado risco para doenças, é mais desejável e mais importante pensar no que está sendo

ingerido, ou seja, na qualidade, do que efetivamente na proporção entre eles (Halpern & Rodrigues, 2003).

Por outro lado, há divergências quanto à melhor forma de intervenção. Sabe-se que a eficácia do controle da dieta se dá a longo prazo quando esta é associada a outros métodos. A sua utilização única causa discussão pela restrição alimentar imposta e pela limitação na própria perda de peso, que pode levar o indivíduo a ciclos de perda e ganho de peso, o chamado efeito *sanfona* (Benedetti, 2003). Outro perigo são as dietas mágicas e as conseqüências a curto e longo prazo, que devem ser esclarecidas (Ades & Kerbauy, 2002).

A esse respeito, Segal (2003a) discute que a segregação a que os indivíduos obesos estão submetidos diariamente favorece o aparecimento e a manutenção de um mercado de propostas terapêuticas mágicas e enganosas, trazendo uma grande dificuldade na correta abordagem de uma doença num grupo de pessoas que já fizeram de tudo e não agüentam mais investir tempo, dinheiro e expectativas.

Halpern e Rodrigues (2003) discutem a questão das várias modalidades das dietas atuais e suas composições. Os autores mostram que algumas são condenáveis, principalmente com relação à manutenção a longo prazo. Por outro lado, alguns aspectos dessas dietas trazem evidências que devem ser consideradas, como por exemplo, o foco no tipo de macronutriente (proteína, carboidrato, entre outros), o que abre discussão para uma melhor recomendação nutricional e o forte apelo que pode auxiliar a adesão dos pacientes.

Ao mesmo tempo em que há o aumento crescente da obesidade, há uma preocupação excessiva com a boa forma física. Parece controverso, mas as pessoas, de uma maneira geral, preferem seguir dietas não convencionais, sem

fundamento científico, que trazem perda de peso rápida, porém insustentável (Halpern, Monegaglia & Beyruti, 2004). Esses autores esclarecem que o problema das dietas é que elas requerem um esforço enorme das pessoas e são em geral difíceis de serem seguidas no dia-a-dia, uma vez que as pessoas adaptam a sua vida à dieta, e o contrário é mais adequado e esperado.

Os medicamentos anti-obesidade, muito difundidos entre os profissionais, devem todavia ser usados quando todas as outras formas de manejo no tratamento tiverem sido esgotadas, posto que têm suas limitações e efeitos colaterais e principalmente, podem causar dependência física. A este respeito, Azevedo (2003b) esclarece que o tratamento farmacoterápico deve ser indicado após a falha de procedimentos não invasivos e sempre em conjunto com estes.

Há o grupo dos inibidores de apetite e o grupo mais recente dos que agem diretamente nos níveis de regulação da saciedade. Segundo Halpern e Mancini (2000b) há três grupos: medicamentos anorexiantes de ação central, medicamentos termogênicos e medicamentos que afetam a absorção de nutrientes.

Os de ação central atuam nos sistemas catecolaminérgico, serotoninérgico ou ambos (ação combinada). São os chamados anorexígenos e usualmente são semelhantes à anfetamina. Drogas como fenilpropanolamina, manzidol, femproporex e anfepramona têm excelente ação anorexígena e conseqüentemente perda de peso, e são, portanto, medicamentos muitas vezes escolhidos para um tratamento de sucesso. Outros farmacoterápicos como o orlistat com ação quase que puramente gastrointestinal, não provoca efeitos colaterais e tem a vantagem de não alterar a absorção de drogas que possam estar sendo utilizadas concomitantemente, como medicamentos antidepressivos. No caso destes, o paciente é obrigado a evitar alimentos ricos em gorduras pelo risco de apresentar quadro de diarreia de difícil

controle. A sibutramina, também de ação central, atua inibindo a recaptura de noradrenalina e serotonina, levando ao aumento da saciedade e à termogênese. Pode apresentar efeitos colaterais como irritabilidade e insônia, porém não apresenta potencial para abuso ou dependência. Essas são as drogas aprovadas para o uso no tratamento da obesidade. Os inibidores da recaptura seletiva de serotonina, como a fluoxetina e sertralina, parecem exercer algum efeito sacietógeno, determinando a perda de peso. Mas nenhuma dessas drogas são aprovadas para tratamento da obesidade (Azevedo, 2003b).

Halpern (2003) discute sobre o uso dos medicamentos catecolaminérgicos e expõe sua posição diante disso. Segundo ele, há uma preocupação por parte dos profissionais que tratam pacientes obesos sobre a solicitação para que sejam retirados do mercado os medicamentos anorexígenos catecolaminérgicos, ou seja, a anfepramona, o femproporex e o mazindol. Halpern argumenta de duas formas contra a retirada desses medicamentos. A primeira é que eles são efetivos, e a outra é que são medicamentos que a população mais pobre pode obter. Ele que trata tanto de pacientes no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo como da sua clínica particular, defende a posição de que seria insensato prescrever medicamentos como o orlistat e a sibutramina a pacientes com poucos recursos.

Por outro lado, ele esclarece que essa polêmica é baseada na falta de estudos bem controlados com essas drogas, feitos por longo tempo para verificar sua segurança, principalmente se comparados com os estudos feitos com a sibutramina e o orlistat. Segundo ele, a pouca quantidade de estudos se dá pela época em que foram lançados e o preconceito que existia e ainda existe contra a obesidade. Sendo lamentável que hoje haja o desinteresse das indústrias

farmacêuticas por estudos com essas drogas (medicamentos baratos, perda das patentes). O autor diz que o maior problema dessas drogas são as chamadas “fórmulas para emagrecer”, que dificultam a credibilidade aos medicamentos. Complementa que com base na sua experiência clínica aliada a uma revisão na literatura, esses medicamentos se corretamente administrados, bem tolerados e com um perfil de segurança aceitável (respeitadas as contra-indicações), são bastante úteis.

A esse respeito Machado et al. (2002) realizaram estudo em que compararam a associação do uso do medicamento femproporex (catecolaminérgico), a dietoterapia, o estímulo a atividade física e a terapia cognitiva comportamental no tratamento da obesidade. O estudo foi realizado durante seis meses e participaram 40 pacientes, que foram orientadas quanto à dietoterapia, exercícios físicos e receberam doses de 25 ou 50 mg diários de femproporex. Dois grupos foram divididos aleatoriamente e submetidos ao mesmo tratamento, sendo que num grupo experimental foi acrescida a terapia cognitiva comportamental. Os autores constataram a eficácia do medicamento, tanto através da avaliação clínica como por parte das pacientes, com poucos efeitos colaterais, baixa tolerância farmacológica e pequena dependência. Os autores concluem que o enfoque disciplinar do tratamento foi essencial, destacando que a terapia cognitiva comportamental foi propulsora para a aderência ao tratamento quando associada às outras modalidades.

Com relação à associação de várias drogas, que constituem as chamadas “fórmulas para emagrecer”, Suplicy (2003) alerta sobre os conceitos errôneos de pacientes, muitas vezes reforçados pelo médico, que acham que as fórmulas são mais eficazes que o medicamento de farmácia, além de interpretarem que são

fórmulas naturais. Outro ponto que o autor chama atenção é que existem pacientes com IMC normal, utilizando fórmulas absurdas, com mais de 20 drogas (anorexígenos, laxantes, diuréticos, tranquilizantes, hormônios de tireóide, antieméticos, vitaminas, etc). Segundo ele, o Conselho Federal de Medicina veda essa associação de medicamentos. Para burlar as leis, alguns médicos receitam o anorexígeno em uma cápsula e os outros medicamentos em outra.

Oliveira e Mancini (2002) escreveram um artigo de revisão onde são discutidos os tratamentos alternativos visando o emagrecimento. Os autores listaram algumas das substâncias comumente encontradas nos estudos e que são largamente comercializadas tais como: Glucomanan, DHEA (dehidroepiandrosterona), L-Carnitina, Quitosana, Garcinia, Cambogia, Hormônios Tiroidianos, Acunpuntura, Mesoterapia e Cremes para Obesidade, e por fim, diuréticos e laxativos. Os autores evidenciaram que essas terapias alternativas têm muitas características em comum como: os investidores não possuem credenciais clínicas e/ou científicas fortes e fazem afirmações exageradas e irreais dessas modalidades; a razão fundamental e a base lógica dessas terapias contêm aplicações errôneas e equivocadas dos dados científicos; têm o potencial financeiramente proveitoso para quem desenvolve, promove e comercializa, e são geralmente propagadas e comunicadas fora dos canais de comunicação científica e clínica. Também verificaram que não há estudos que comprovem a eficácia no uso dessas substâncias, ou seja, não há base científica. Além de não apresentarem segurança em seu uso prolongado. Portanto, esses tratamentos continuam não sendo recomendados, mas são amplamente utilizados.

O que se pode perceber no caso da problematização do uso de medicamentos é o reflexo da tendência atual, segundo a qual estudos que

evidenciam resultados empíricos e não apenas clínicos, têm maior credibilidade. Isso está ocorrendo em diversas áreas, não só nesse caso específico. No caso dos fármacos, isso tem acontecido principalmente por dois motivos: o primeiro são as evidências no uso inadequado e indiscriminado, e o segundo pela falta de estudos eficazes e seguros, que garantam o uso.

O que é de senso comum é que qualquer medicamento deva ser corretamente utilizado e monitorado pelo médico, principalmente quando o uso for prolongado, pelos efeitos colaterais e pelas conseqüências psicopatológicas.

A preocupação dos órgãos de saúde e da comunidade científica é pertinente, pois quando se fala em saúde é necessário haver um maior controle de qualidade por parte dos fabricantes, um maior conhecimento dos produtos pelos médicos, principalmente dos efeitos nocivos e dos aspectos éticos de seu uso. E por fim, os próprios pacientes têm que buscar informações e serem melhor esclarecidos sobre o que estão utilizando. Tudo isso em conjunto é essencial quando se fala em reduzir danos futuros.

O desejável é que haja um maior investimento em estudos que possam comprovar a eficácia das drogas anti-obesidade, a fim de complementar os resultados já evidenciados pela prática clínica de alguns profissionais. Com isso a ciência, os profissionais e, sobretudo, as pessoas que sofrem de obesidade, serão beneficiados.

Wannmacher (2004) complementa que tem que haver prudência no uso de medicamento. Segundo a autora:

O balanço entre potenciais benefícios e riscos deve ser considerado antes da indicação de medicamentos com objetivo de diminuir o apetite e peso, ainda mais porque há falta de evidência sobre eficácia e segurança de longo prazo. Esses

fármacos são considerados como medidas coadjuvantes das modificações de estilo de vida, sendo indicados para pacientes selecionados e com obesidade relacionada à co-morbidades (p.3).

Ou seja, não se devem indicar medicamentos para obesidade sem nenhum critério quanto à necessidade do paciente. Deve-se caracterizar o tipo de obesidade, a necessidade da perda de peso a curto prazo, para a melhora da saúde, e não apenas, devido à aspectos estéticos.

Atividade Física

A outra modalidade no tratamento da perda de peso é a atividade física. Berezovsky (2002) relata que a atividade física é fator fundamental para a prevenção da obesidade.

Desde o início do século XX, inúmeros estudos têm sido realizados com a finalidade de estabelecer a importância de exercício regular, ou não, no controle da obesidade (Damaso & Guerra, 2002). Esses autores discutem que devido às características do estilo de vida urbano houve uma necessidade de se estabelecer outros parâmetros de atividade física. Sendo assim, hoje é difundido o aumento tanto do exercício regular quanto da atividade física espontânea ou de lazer. Ambos podem aumentar o gasto energético. Ou seja, a prática regular e sistematizada de atividade física é um recurso essencial no controle da obesidade. E a prática espontânea tem mostrado que pode ser cumulativa quando incorporada a um novo estilo de vida e associada a uma alimentação adequada.

O que se tem percebido é o estímulo ao aumento da atividade física, seja qualquer modalidade, esporte, caminhada, freqüência a academias (em que se

praticam diferentes modalidades de exercício físico), entre outras. Paralelamente, o combate ao sedentarismo ou pelo menos a diminuição deste. Enfatizando que todas as modalidades devem ser indicadas conforme a disposição do indivíduo e seu estado geral de saúde.

Desde 2002, a Organização Mundial da Saúde vem construindo e difundindo uma importante iniciativa chamada – Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. O objetivo foi o de criar um conjunto de estratégias com orientações e recomendações para políticas e ações a serem adaptadas às diferentes realidades dos países e integradas às políticas de saúde, agricultura e desenvolvimento social. Em termos práticos, a estratégia recomenda ações que visam aumentar o conhecimento das pessoas sobre escolhas alimentares mais saudáveis, sobre a importância da atividade física e, sobretudo, despertar nas pessoas a opção de ter um estilo de vida mais saudável e com maior qualidade. Essas ações visam primordialmente à prevenção tanto da obesidade quanto das doenças crônicas associadas (Coitinho & Monteiro, 2004: Organização Mundial da Saúde, 2003)

Os mesmo autores citados apresentam e discutem em seu artigo a posição do Brasil quanto a essa estratégia. Primeiro o Brasil vinha atuando intensamente nas etapas dessa iniciativa da Organização Mundial da Saúde, depois a Missão Diplomática Brasileira enviou uma manifestação contrária à Estratégia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Segundo os autores, de acordo com a imprensa, tal posição foi resultante da pressão exercida pelos produtores de açúcar ao Ministério da Agricultura. Diante desse impasse, houve vários protestos das sociedades científicas do país que culminaram numa nota de esclarecimento dada pelo Ministério da Saúde, afirmando manter seu apoio à Estratégia Global. A

carta enviada pela missão diplomática brasileira e também a resposta de outros estados membros pode ser consultada no site da Organização Mundial da Saúde (www.who.int).

Esse impasse não ocorreu só no Brasil. Os Estados Unidos criou várias oposições às estratégias de ação global contra a obesidade em 1990, e desde então houve um assustador aumento dos casos de obesidade adulta, infantil e da síndrome metabólica em adolescentes (Halpern & Rodrigues, 2004). Segundo os autores, não é aceitável que interesses políticos e econômicos se sobreponham à saúde e o bem-estar da população.

Uma outra estratégia em termos mundiais contra a obesidade é a *International Obesity Task Force – IOTF*, que é parte da *IASO – International Association for the Study of Obesity* (2004). Essa força tarefa colabora com a Organização Mundial da Saúde para alertar o mundo sobre o problema da obesidade e busca persuadir os líderes mundiais sobre uma gama de questões e ações que devem ser feitas. Para isso conta com grupos de trabalho que se dedicam principalmente à prevenção, obesidade infantil, tratamento e custos econômicos.

Intervenções Cirúrgicas

Outra modalidade de tratamento é o cirúrgico, que deve ser indicado para casos de obesidade grau III, a chamada cirurgia bariátrica. Atualmente há basicamente três procedimentos cirúrgicos, dentre estes: os que limitam a capacidade do reservatório gástrico, denominados restritivo; os que interferem na digestão, chamados de mal-absortivos e uma combinação de ambos (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004; Segal & Fandiño, 2002; Zilberstein, Neto & Ramos, 2002).

Apesar de sua natureza invasiva, a cirurgia bariátrica tem mostrado taxa de sucesso consistente promovendo, em média, uma redução de 50% no peso com manutenção dessa redução a longo prazo. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004).

De acordo com Garrido Jr. (2000), para indicação cirúrgica, adotam-se padrões recomendados pelo *National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel* (1991). Basicamente as indicações são: presença de morbidade resultante da obesidade ou agravado por ela; persistência do excesso de peso de no mínimo cinco anos; IMC acima de 40Kg/m² ou IMC maior que 35 Kg/m², em presença de complicações diversas; fracasso de métodos conservadores de emagrecimento; ausência de causas endócrinas e avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar as transformações radicais de comportamento imposta pela operação.

Segundo Segal (2003b), as indicações para a cirurgia são divididas em estabelecidas e futuramente possíveis. A primeira é indicada de acordo com os critérios já citados e a segunda, corresponde à expectativa de avanço das técnicas cirúrgicas de forma que seja possível indicá-las a pacientes com IMC mais baixo, que apresentem comorbidez grave e responsiva à redução de peso, e que sejam refratários a tratamentos conservadores.

Quanto aos critérios psicológicos ou psiquiátricos de exclusão dos pacientes a cirurgia, Segal (2003b) comenta que não há um consenso na literatura, dependendo muito da equipe multidisciplinar.

Segal e Fandiño (2002) também demonstram que não há acordo sobre os critérios psicológicos e/ou psiquiátricos, mas complementam que os transtornos

psiquiátricos, especialmente do humor, ansiosos e psicóticos são comumente considerados contra-indicações.

O que se percebe é que há uma divergência de opiniões sobre esses critérios, pela escassez de pesquisas que demonstrem com exatidão os fatores preditivos de bom ou mau prognóstico.

Contudo, é observada uma preocupação comum dos profissionais com os sintomas psicológicos e os quadros psiquiátricos na população obesa em tratamento e naqueles que se candidatam à cirurgia. Pois se entende que se não forem adequadamente tratados podem comprometer o prognóstico.

Pinto (2004) esclarece que o Conselho Federal de Medicina baixou uma resolução que exige do médico a avaliação geral do paciente antes de realizar uma operação definitiva, como é o caso das cirurgias de redução do estômago. A solicitação de pareceres e laudos psicológicos é indispensável. O laudo é necessário também para autorizar a operação inclusive em hospitais públicos. Segundo essa autora, o laudo é importante por dois aspectos: o primeiro para avaliar a estrutura emocional do indivíduo para lidar com as mudanças trazidas pela cirurgia. E o segundo é que o acompanhamento e a avaliação psicológica teriam conseguido diagnosticar alguns casos em que houve o aparecimento de outros comportamentos desadaptativos, após a cirurgia, tais como: a compulsividade por drogas, álcool, jogos, trabalho ou sexo. Ou seja, o paciente poderá migrar para outras escolhas. Nesse sentido, o laudo do profissional pode restringir a cirurgia e propor um trabalho psicoterápico.

Silva (2000) traz a importância da avaliação psicológica em pacientes obesos grau III, quando da preparação para cirurgia, para diagnosticar e prognosticar a adaptação das novas condições impostas pela alimentação, pela

mudança no corpo e pelas dificuldades no próprio seguimento do tratamento. Questão também apoiada por Oliveira, Linardi e Azevedo (2004).

Still (2005) reforça essa visão e complementa que os candidatos devem estar bem informados sobre a cirurgia bariátrica, motivados e com expectativas realísticas. Os riscos operatórios devem ser bem aceitos e os pacientes devem entender como suas vidas irão mudar depois da operação. Eles também devem estar preparados para aceitar um longo acompanhamento pós-cirúrgico.

De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade (Coutinho, 1999), são reconhecidas três técnicas cirúrgicas: a *Lap Band*, a Gastroplastia Vertical com Bandagem e a Gastroplastia com Derivação Gastro-Jejunal. Outras duas modalidades de técnicas vêm sendo utilizadas, entre elas a proposta por Nicola Scopinaro e que, portanto, leva o seu nome, e uma variação dessa mesma técnica, o *Duodenal Switch*.

Segundo Garrido Jr. (2001), as técnicas cirúrgicas mais utilizadas atualmente baseiam-se em diminuir drasticamente o reservatório gástrico de forma a limitar a ingestão de alimentos, causando a sensação de saciedade precoce. Segundo Garrido Jr., Edward Masson foi o pai da cirurgia da obesidade moderna ao introduzir a modalidade chamada de gastroplastia vertical com bandagem, que predominou na década de 80. Hoje essa mesma técnica é feita por uma bandagem gástrica ajustável por via laparoscópica, à chamada *Lap Band*. O diâmetro do orifício de saída é ajustável, o que permite atingir o ponto ideal.

Outra técnica restritiva é o balão intragástrico introduzido por endoscopia. Esse método não implica em cirurgia e seu efeito é temporário, devendo se retirar o balão no prazo de quatro a seis meses.

Zilberstein, Neto e Ramos (2002) esclarecem que o balão intragástrico pode ser uma opção para aqueles pacientes que tenham indicação cirúrgica, mas não apresentam condições clínicas para se submeter de imediato à cirurgia. Através dessa técnica, eles podem perder peso antes de poder realizar o procedimento cirúrgico.

Garrido Jr. (2001) discute que muitas vezes as técnicas de restrição mecânica não são suficientes para os pacientes. Tomando-se como exemplo, a perda média de peso até 20% para um paciente com 180 kg. Outro ponto é que os apreciadores de doce logo aprendem a ingerir líquidos e pastosos hipercalóricos.

A partir dos anos 90, com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, uma outra modalidade foi proposta e veio associar os procedimentos de restrição do reservatório gástrico e mal-absorção com um prejuízo na digestão através de uma derivação gástrica-jejunal em Y de Roux. Essa técnica foi proposta por Capella e leva o seu nome - a chamada Gastroplastia Vertical em Y de Roux (Garrido Jr., 2001; Segal & Fandiño, 2002).

Garrido Jr. (2001) esclarece que nessa técnica há um acréscimo de uma derivação gastrojejunal à diminuição da capacidade gástrica. Havendo assim um fator restritivo funcional à ingestão de alimentos, principalmente os açucarados. Ou seja, a técnica permite interferir na digestão de carboidratos simples podendo ocasionar a síndrome de *dumping* (náuseas, vômitos, dor epigástrica e sintomas de hipoglicemia). O que aumenta a eficiência e diminui as taxas de recidiva. Hoje essa operação é a mais difundida e realizada pelos profissionais, por que os resultados apontam para uma perda de 40% do peso, e a taxa de mortalidade relacionada à operação é de 0,4% (Garrido Jr., 2001). Atualmente é a técnica mais utilizada no Brasil.

A outra técnica comentada por Garrido Jr. é semelhante à Capella, mas realizada por via laparoscópica e foi introduzida por Wittgrove e Clark em 1996. Mas segundo ele é bastante complexa, pois exige maior habilidade do cirurgião laparoscopista (Garrido Jr., 2001).

As técnicas citadas como a de Scopinaro, o *Duodenal Switch*, o Balão Intragástrico, a Capella por via convencional e laparoscópica, são algumas das técnicas de cirurgia bariátrica. De qualquer forma, a indicação de determinada técnica depende de cada caso clínico.

O que se pode perceber é que a cirurgia bariátrica tem se expandido no mundo inteiro, fato demonstrado no artigo de Buchwald e Williams (2004). Esses autores realizaram um estudo com a finalidade de levantar informações sobre a realização de cirurgias bariátricas entre 2002-2003 em 26 nações. A pesquisa foi feita através de e-mails enviados aos presidentes das associações de cirurgia bariátrica dos seus países, com questões, a saber: 1) aproximadamente quantas cirurgias bariátricas foram feitas no seu país anualmente; 2) aproximadamente quantos cirurgiões praticam a cirurgia bariátrica; 3) quando iniciou a cirurgia bariátrica em seu país, e 4) quando o seu país associou-se a IASO – *International Federation for the Surgery of Obesity*. Outras questões também foram investigadas como a proporção de cirurgias por via convencional e laparoscópica, e os procedimentos específicos de cirurgia. Alguns dos principais resultados dessa pesquisa mostram que foram realizadas 146, 301 cirurgias no período de 2002-2003. Destas, 103,000 foram realizadas nos Estados Unidos/Canadá. Das nações que realizaram 2,000 operações ou mais, anualmente, estão respectivamente: a França com 12,000; a Bélgica com 6,000; o Brasil com 4,000; a Austrália com 2,750; o Egito com 2,750; o México com 2,500 e a Espanha com 2,000. Outro dado

importante é que do total de cirurgiões, 850 são dos Estados Unidos/Canadá, 510 são do Brasil, 200 são da Bélgica, 200 da França, 200 da Itália, 200 do México e 160 da Espanha. Menos de 150 para os demais países. De acordo com esses dados, o Brasil realiza em torno de 4,000 cirurgias por ano e está em segundo lugar de acordo com o número de cirurgiões bariátricos, num total de 510. O Brasil está associado à *IASO (International Association for the Study of Obesity)* desde 1996, quase similarmente aos Estados Unidos que foi em 1995.

Dentre os procedimentos por via convencional vs. laparoscópica, os resultados apontaram respectivamente para 37,15% e 62,85%. No caso do Brasil, Garrido Jr. (2001) comenta que a operação por via laparoscópica exige habilidade e técnica do cirurgião, nesse sentido no Brasil ainda é pouca realizada. Por fim, a pesquisa concluiu que o número de cirurgias tem aumentado de 40,00 para 146,301, um total de 266%. Entretanto, os dados são limitados, pois nem todos os países participaram, sendo necessário outros estudos.

Alguns métodos são usados para avaliar as operações bariátricas a longo prazo como, por exemplo, o *BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)*, cujo procedimento é simples, prático e eficiente (Nicareta, 2005). Faria, et al. (2002) esclarecem que o *BAROS* analisa a perda de peso, a diminuição das comorbidades e a qualidade de vida. O sistema classifica os pacientes em cinco grupos (fracasso, ruim, bom, muito bom e excelente), baseado em uma tabela de pontuação que abrange os três aspectos citados. Para a análise da qualidade de vida, é aplicado um questionário que abrange a investigação da auto-estima, das atividades físicas, do relacionamento social, da disposição para o trabalho e da atividade e interesse sexual. Além disso, devem ser deduzidos pontos em relação às complicações cirúrgicas apresentadas pelo paciente e as reoperações.

Pesquisas também têm sido feitas para avaliar a melhoria na qualidade de vida dos pacientes pós-operados. O estudo de Mello (2001) avaliou a qualidade de vida em 22 pacientes operados com a técnica de Capella, há mais de seis meses. Como objetivos específicos ela investigou os fatores psicológicos, sociais e físicos, que condicionam a precária qualidade de vida dos obesos e avaliou a frequência e intensidade dos desconfortos e impedimentos que a obesidade acarreta na vida cotidiana desses pacientes. Segundo a autora, os pacientes perderam peso de forma rápida, recuperaram a auto-estima e passaram a ter uma vida mais saudável e com maior qualidade de vida, pois passaram a desenvolver atividades que até então não conseguiam ou tinham dificuldade. Concluiu que diante da situação de obesidade anterior à cirurgia, a técnica permitiu que os pacientes alcançassem resultados positivos em todos os setores avaliados, podendo retomar uma vida normal e com diminuição dos problemas de saúde.

Outra pesquisa (Carlini, 2001) avaliou os prós e contras da cirurgia bariátrica, no que diz respeito aos aspectos nutricionais e de qualidade de vida. O estudo retrospectivo incluiu um grupo de 30 pacientes obesos mórbidos de ambos os sexos com idades variadas, submetidos à cirurgia bariátrica no período de seis meses. Foram definidos o perfil da população e o tipo de técnica utilizada. As mudanças na composição corporal foram avaliadas através da bioimpedância elétrica e após seis meses da cirurgia. As complicações metabólicas como deficiências de zinco, ferro, vitamina B12 foram analisadas através de exames laboratoriais. Foi aplicado também um questionário de Qualidade de Vida após seis meses da cirurgia. Os dados indicaram que aqueles pacientes que não utilizaram suplementação nutricional após a cirurgia, apresentaram déficits nutricionais, o peso corporal, o índice de massa corporal e a massa corporal diminuíram. A qualidade de

vida dos pacientes melhorou em grande parte, mas muitos ainda não mudaram seus hábitos de vida, com relação à atividade física freqüente. A autora concluiu que apesar da qualidade de vida dos pacientes melhorar após a cirurgia, houve um insucesso no quadrante saúde daqueles que não praticam atividade física. Outro aspecto é que a cirurgia, apesar de reduzir as comorbidades associadas à obesidade, tende a provocar déficits nutricionais se os pacientes não forem monitorados para o uso de suplementos.

Também é necessário comentar uma outra modalidade de tratamento menos invasiva e que tem sido estudada, que é o marca-passo gástrico. O instrumento é um eletrodo implantado laparoscopicamente na parede externa do estômago, ligado a um marca-passo, semelhante ao usado em cardiopatias (Buchwald, 2004; Garrido Jr, 2001).

A finalidade do marca-passo é emitir estimulações contínuas aos músculos da parede estomacal para provocar uma sensação de saciedade precoce e falta de apetite. E dessa forma, controlar o apetite promovendo um emagrecimento.

Garrido Jr, Szego, Leite, Turatti e Carra (2002) discutem as questões fisiopatológicas do marca-passo gástrico. Para estes autores, ainda há pontos obscuros de como se dá a perda de peso, de como seriam as modalidades de estimulação, a erosão e desgarramentos dos eletrodos, a estratégia integral (quanto tempo o paciente contará com as ações do marca-passo gástrico e quais as repercussões de sua eventual retirada), os cuidados coadjuvantes e os resultados a longo prazo. Mas concluem que é um método promissor de tratamento da obesidade num futuro próximo.

O que se percebe é que a cirurgia ainda é o recurso mais eficaz no tratamento da obesidade grau III. Mas há que se considerarem todas as complicações advindas da cirurgia. Zilberstein, Neto e Ramos, (2002) apontam que o estabelecimento dos riscos do tratamento cirúrgico deve envolver as complicações operatórias, perioperatórias e a longo prazo.

Repetto, Rizzolini e Casagrande (2002) discutem que hoje o grande problema a médio e longo prazo é que os pacientes passam a apresentar os mais variados graus de desnutrição protéica e calórica, anemias e hipovitaminoses diversas que, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas, se estivessem sendo acompanhado antes, durante e depois da cirurgia. Esses autores consideram que a cirurgia é uma das etapas do tratamento, e que a seleção rigorosa e o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar são indispensáveis.

Outro ponto abordado, por Garrido Jr. (2005), é que mesmo que a cirurgia com derivação gástrica em Y-de-Roux (DGY) seja eficiente, 5% a 10% dos operados não respondem ao tratamento a longo prazo e continuam obesos severos. O autor relata sua experiência em reoperações que visam a corrigir falhas de DGY, aumentando o grau de disabsorção através de modificações nos desvios intestinais, de maneira a promover menor aproveitamento da ingesta. O autor destaca ainda para a possibilidade de redução de peso insuficiente mesmo após a segunda operação, contudo os resultados são animadores.

Zilberstein, et al. (2002) apontam também para a possibilidade de aumento de peso após os dois primeiros anos da cirurgia. Mesmo com as possíveis complicações clínicas citadas, a cirurgia bariátrica, nas suas diversas modalidades, é capaz de oferecer nova perspectiva de vida aos pacientes com obesidade grau III.

Aspectos Psicológicos

Enquanto a obesidade parece estar bem estabelecida em termos de sua associação com as complicações clínicas e, portanto, enquanto doença e que precisa de tratamento na área médica, o mesmo não se pode dizer em relação às alterações psicológicas e a obesidade (Benedetti, 2003; Wajner, 2000).

Há autores que consideram que os aspectos psicológicos além de serem identificados como causas ou conseqüências da obesidade, são também retroalimentadores da condição de obesidade, concomitantes a uma condição clínica e educacional alterada (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Há que se destacar que, na maioria das vezes, não há diferenças entre a população obesa e a não obesa em termos de problemas emocionais e surgimento de distúrbios psicopatológicos (Reto, 2003). Contudo, há que se ter cuidado para essa generalização uma vez que nos casos de obesidade severa, os estudos mostram que esses indivíduos são mais vulneráveis a apresentarem alterações psicológicas. É o que assinala Benedetti (2003): “Embora a prevalência e incidência de transtornos psiquiátricos se assemelhem às observadas em não obesos, não se enquadram nessa generalização obesos mórbidos” (p.41).

Por outro lado, Wajner (2000) sugere que embora não se possa generalizar os problemas psicológicos a todos os casos de obesidade, é importante diferenciar aquelas patologias psíquicas que desempenham papel importante no desenvolvimento da obesidade daqueles que sobrevivem do estado obeso, principalmente vivendo em uma cultura hostil ao sobrepeso.

Por exemplo, Fabricatore e Wadden (2003), em seu artigo de revisão, mostram que indivíduos obesos da população geral têm um funcionamento

psicológico normal. Contudo, os autores assinalam que há maior probabilidade de existir complicações emocionais em mulheres obesas mais do que em homens, na extrema obesidade e num grupo específico que são os obesos que apresentam compulsão alimentar.

Por não haver uniformidade sobre a natureza da associação dos aspectos psicológicos com a obesidade, não há também como supor uma personalidade única no indivíduo com obesidade. Essa posição é defendida por alguns estudiosos do tema (Larsen, et al., 2004; Rydén et al., 2003; Wadden et al., 2001).

Na área da cirurgia bariátrica, as pesquisas apontam em duas direções, uma para a presença de comprometimento psicológico elevado e significativo nos candidatos a cirurgia (Capitão & Tello, 2002; Dixon, Dixon & O'Brien, 2003; Fabricatore, Wadden, Sarwer & Faith, 2005; Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas, 2005), enquanto outras não apontam nessa direção (Dymek, Grange, Neven & Alverdy, 2004; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer, 2004).

Dentre as pesquisas que não levantaram a presença elevada de problemas psicológicos, antes da cirurgia, está um estudo realizado em Portugal (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). Tal estudo aponta uma importante direção sobre a caracterização da população obesa grau III antes da cirurgia. É um estudo sobre o protocolo psicológico realizado no Centro Hospitalar de Lisboa. A pesquisa levantou medidas clínicas de psicopatologia, alterações da personalidade e emocionais, qualidade de vida e auto-conceito, dimensões relativas a aspectos relevantes da história de obesidade e motivação, expectativa frente ao tratamento, e padrão do comportamento alimentar atual e estilo de vida. Participaram do estudo 212 pacientes, 29 do sexo masculino (13,7%) e 183 do sexo feminino (86,3%).

Segundo os autores, a abordagem psicológica se estrutura em três fases: 1- pré-cirurgia, 2- internamento e 3 - pós-cirurgia e follow-up. Nessa primeira fase de avaliação, os autores utilizam uma entrevista clínica semi-estruturada, o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon* para avaliação da personalidade, *A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *A Escala Medical Outcome Studies Short-Form Health Survey (MOS-SF/20)* para avaliar o bem-estar e o funcionamento de pessoas que sofrem de doenças crônicas e o *Inventário Clínico de Auto-Conceito*, utilizado para medir aspectos sociais e emocionais de auto-conceito, investigando entre outras dimensões, a maturidade psicológica. Os resultados apontam para a predominância de mulheres com IMC elevado, antecedentes familiares e início da obesidade na infância, e um comportamento alimentar desregrado. Os pacientes afirmam assumir um papel ativo e de comprometimento com o tratamento, embora haja um desacordo com relação essa postura e a forma de agir. Os autores discutem que há uma tendência desses indivíduos se apresentarem favoráveis, dissimulando dificuldades pessoais e procurando a aceitação e aprovação dos outros, tendo em vista a seleção e o parecer favorável para a cirurgia.

Os dados mostram que não houve perturbação psicológica e de personalidade com significado clínico, em termos de média estatística, revelando, contudo, algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade emocional, entre as quais a personalidade compulsiva. Adicionado a isso, uma ligeira alteração da ansiedade que se associa ao comportamento alimentar. Os autores ainda discutem dois resultados que não corroboraram com a expectativa teórica. O primeiro a qualidade de vida, que era esperada em menor grau, não foi observada, dando indício de que esta dimensão precisa ser avaliada novamente. O segundo dado diz respeito ao auto-conceito, auto-estima e a maturidade psicológica,

que também deveria ser prejudicadas pela própria condição da obesidade. Os autores argumentam que essa escala não deverá ser a mais indicada para avaliar esse parâmetro.

A conclusão desta investigação psicológica foi que os valores médios obtidos em todas as escalas, e semelhantes à população geral, facultam uma visão geral e reducionista, ocultando dados individuais de cada paciente. Pois enquanto não há no geral presença de aspectos emocionais e de personalidade marcantes nessas dimensões avaliadas, existem indivíduos que apresentaram alterações significativas. Esse fato só confirma a necessidade da avaliação psicológica antes da cirurgia, como forma de selecionar os candidatos que reúnam as melhores condições para a eficácia do tratamento, e também para adiar a cirurgia no caso de indivíduos que apresentarem alterações psicológicas significativas.

Gleiser e Candemil, (2006) destacam uma questão relevante sobre a avaliação psicológica para realização da cirurgia. De acordo com os autores, o paciente é muito mais acessível, pois ele está disposto a enfrentar qualquer dificuldade a fim de ser considerado apto a cirurgia.

Retomando a posição das pesquisas, no pós-cirúrgico a mesma situação é vista, ou seja, há estudos que indicam comprometimento psicológico e outros com posições contrárias. Nesse caso específico, a maioria dos estudiosos indicam uma melhora no quadro emocional principalmente nos primeiros meses, se estendendo até por dois anos (Dixon, et al., 2003; Dymek, et al., 2004; Fandiño, et al., 2004; Garrido, 2001; Gemert, et al, 1998; Malone & Mayer, 2004; Mello, 2001; Peixoto & Geloneze, 2006). Mas têm pesquisas citando alterações psicológicas e clínicas após um longo tempo depois da cirurgia (Guisado & Leal, 2003; Guisado, Vaz, Alarcón,

Béjar, Casado & Rubio, 2002; Marchesini, 2006; Pinto, 2004; “Psychological Consideration”, 2006; Silva & Costa, 2003; Silva, 2005).

Larsen et al. (2004) realizou um estudo com pacientes antes e depois da cirurgia (breve tempo: intervalos de três e seis meses nos primeiros dois anos após a cirurgia, e um longo tempo: dentro de 24 meses ou mais após a cirurgia). Segundo os autores, o paciente perdeu grande quantidade de peso nos 18 meses após a cirurgia e depois o paciente estabilizou a média de peso.

A estabilização ou perda gradual do peso é apontada pelos médicos como algo esperado, assim como o aumento de peso. Zilberstein, Neto e Ramos (2002) mostram que há uma tendência de aumento de peso (5 a 7kg) após os dois primeiros anos, porém mantendo redução esperada de 50% do excesso de peso.

Existe também a possibilidade da perda insuficiente após a cirurgia (Garrido Jr., 2005; Salameh, 2006), com necessidade muitas vezes de refazer a cirurgia (Garrido Jr., 2005; Liorci, Ilias, Kassab & Castro, 2006).

A questão do ganho de peso após a cirurgia tem merecido atenção especial na área médica, nutricional e psicológica, pois o que se tem observado é que de cinco a nove anos após a cirurgia, os indivíduos tendem a apresentar um retorno ao patamar de obesidade grau III ou mesmo de obesidade (Silva, 2005). Segundo Silva, a preocupação maior do ponto de vista emocional é a substituição da compulsão alimentar para outras esferas.

Silva e Costa (2003) destacam a questão da substituição do problema da obesidade. Eles explicitam que após o terceiro mês da cirurgia há um confronto do paciente com relação à perda de peso, pois, com o emagrecimento, ele constata que os problemas continuam existindo. Nesse momento é comum aparecer a depressão. Além do que, o foco do problema (que antes se configurava na obesidade) pode ser

direcionado para outro objeto que antes não tinha consciência. Esses mesmos autores esclarecem como o paciente vai encarando as mudanças depois da cirurgia. Para eles a primeira fase é de grande alegria com a perda de peso, ocasionando uma melhora no funcionamento psicológico, pois a cirurgia age diretamente na auto-estima. Na segunda fase (aproximadamente no terceiro mês) é a mais preocupante, pois termina a fase de “lua de mel” e o paciente passa a entrar em contato com questionamentos e enfrentamento de sua nova realidade que antes não eram visualizados pelo excesso de peso que mascarava os conflitos, sonhos e ideais. Surge uma nova vida, social, interpessoal, familiar, afetiva, sexual e profissional, a qual terá que se adaptar. A fase seguinte (sexto a oitavo mês) o paciente já perdeu 30% do peso e começa a ser “notado” tanto no meio social quanto familiar. Fase de grande euforia com a nova imagem corporal. Na etapa seguinte (um ano de cirurgia) o peso já está estabilizado, mas algumas pessoas sentem-se insatisfeitas, pois não alcançaram certos objetivos como: profissional, namoro, relacionamentos e uma imagem positiva do novo corpo. Nesse momento, muitos procuram auxílio psicoterápico para reorganizar a vida e trabalhar aspectos dessa nova identidade.

Uma publicação recente (“Psychological Considerations”, 2006) tem demonstrado as conseqüências psicológicas da perda de peso após a cirurgia. Segundo o artigo, as mudanças consideradas positivas após a cirurgia incluem: aumento da auto-estima, diminuição da avaliação negativa sobre a imagem corporal, melhoramento no comportamento alimentar e aumento da qualidade de vida. Dentre as mudanças que podem se configurar negativas estão: crise de identidade, demanda por novos relacionamentos seja familiar ou conjugal, um esforço para aceitar a mudança do corpo, necessidade de reaprender a se alimentar, estabilidade na perda de peso, dificuldade em assumir um olhar “normal” sobre o corpo, e o

permanente monitoramento da alimentação. Ressaltando que essa estabilidade na perda de peso diz respeito àqueles indivíduos que tem expectativas que não condizem com realidade e tampouco com o objetivo da cirurgia.

Marchesini (2006) discute que muitos pacientes não consideram que existe conseqüências do emagrecimento que vão além do seu domínio, sendo essencial orientá-los em suas expectativas e esclarecê-los quanto à nova realidade.

De acordo com essa autora:

Se pensarmos que já existem, em cada um dos pacientes que procura o tratamento da cirurgia, questões que lhe são pertinentes, particulares a dinâmica da sua personalidade e à própria tentativa de livrar-se da sua obesidade, podemos supor que, após o emagrecimento promovido pelo recurso bariátrico, muitas lá permanecerão, irão acentuar ou distorcer (p.200).

No pós-operatório, Gleiser e Candemil (2006) também discutem sobre a dificuldade do paciente retornar para o acompanhamento com o psicólogo. De acordo com os autores, a interrupção prematura do tratamento está associada a prováveis dificuldades emocionais do paciente. O paciente após a cirurgia, e com a melhora no estado de ânimo e auto-conceito, atribui idéias onipotentes de autonomia e independência, o que pode indicar a razão para seu afastamento. Para esses autores, o acompanhamento proposto é incompatível com seu suposto sentimento ideal de autonomia e de auto-suficiência manifestado e idealizado.

Pacheco (2006) complementa a questão da dificuldade de adesão pós-cirurgia: “o paciente teme que o psicoterapeuta arranje uma angustia a ser elaborada”. Segundo essa autora, o paciente diante do entusiasmo com seu novo estado, exclui os aspectos desagradáveis de sua percepção, evitando uma angústia

de que lá esteja, encoberta ou deslocada, negada ou diluída nessa alegria. Nesse sentido, o paciente evita esse confronto consigo mesmo e prefere ver só o lado bom da história, correndo o risco de que a mudança seja apenas temporária.

De fato, alguns indivíduos podem não responder positivamente a esse tipo de tratamento, mas afirmar o contrário também não é uma atitude sensata. Sobretudo, a cirurgia tem como objetivo primordial a saúde física e clínica, e não necessariamente a emocional. Gleiser e Candemil (2006) confirmam essa posição de que a cirurgia não cura os sintomas psíquicos da obesidade. Tampouco tem como finalidade a questão estética.

Do ponto de vista da pesquisadora, o paciente esclarecido e preparado antes da cirurgia, apresentando expectativas realistas e recursos psíquicos adaptativos e principalmente, se manter o acompanhamento e as recomendações preconizados pela equipe após a cirurgia, poderá ter sucesso na manutenção da perda de peso.

No caso das mulheres serem um grupo de risco para obesidade, alguns autores justificam que elas são as que mais procuram tratamento, as que fazem maior uso de fármacos (inibidores de apetite, antidepressivos, analgésicos, anticoncepcionais) e as que apresentam oscilações de peso. Além dos comprometimentos clínicos advindos da obesidade como baixa infertilidade, dificuldade no curso da gestação com maiores riscos de mortalidade fetal e morbidade materna e fetal, um aumento do risco de câncer de mama e de endométrio (Fabricatore & Wadden, 2003; Halpern, & Mancini, 2000a).

Quanto ao peso flutuante, também denominado ciclo de perda ou ganho de peso, Andrade, Mendes e Araújo (2004) realizaram um estudo para determinar a

freqüência de peso flutuante numa população de mulheres, em tratamento para obesidade, e investigar os fatores associados.

Participaram do estudo 218 pacientes atendidas em ambulatório de obesidade de um hospital universitário, no período de 1992-2000. Estudou-se a prevalência de peso flutuante > 5% do peso inicial. Foram excluídas da pesquisa pacientes com doenças psiquiátricas, infecciosas ou crônicas (exceto síndrome metabólica), gravidez e uso de glucocorticóide. A idade das pacientes foi de 18 a 68 anos e a média de IMC foi de 41,0 kg/m². Todas passaram por avaliação clínica e bioquímica e foram tratadas com dieta hipocalórica e aumento da atividade física. A medicação anti-obesidade foi utilizada em 61% das pacientes em curtos períodos de tempo. Variáveis como tabagismo e consumo de álcool também foram relacionadas. Durante o acompanhamento, percebeu-se a flutuação de peso em 28,4% do total de pacientes, das quais 53 perderam e posteriormente ganharam peso e nove ganharam peso e depois perderam. Dentre as que perderam peso inicialmente, 59,1% recuperaram o peso no primeiro ano. Não houve associação entre o grau de obesidade ou tabagismo. O peso flutuante foi 2,4% mais freqüente nas pacientes que consumiram ≥60g de álcool por semana em relação àquelas que o consumo foi menor ou ausente. Os autores concluíram que a flutuação de peso foi freqüente e elevada nessas mulheres e que o consumo de álcool foi um fator preditivo.

Segundo Silva (2000), a psicologia tenta explicar a obesidade a partir de dois pontos: o comportamento alimentar que descreve o indivíduo por suas ações, atitudes, e a psicodinâmica que procura entender como os indivíduos organizam seu mundo interior.

De forma geral, os correlatos psicológicos no estudo da obesidade abrangem o ponto de vista do comportamento alimentar, da manifestação dos

sintomas e dos problemas psicossociais (discriminação, preconceito, padrões sociais de culto à magreza, preocupação excessiva com o emagrecimento, baixa auto-estima, imagem corporal negativa). Também estão relacionados a características da estrutura da personalidade (percepção dos sentimentos, mecanismos de defesa, adaptação, auto-conceito). Outro ponto que tem sido considerado são os aspectos psicopatológicos (depressão, transtorno da imagem corporal, ansiedade, compulsão alimentar, transtorno da compulsão alimentar periódica, entre outros). Por fim, as escolhas de tratamento e suas dificuldades subjacentes, como a manutenção a longo prazo da perda de peso, que incide diretamente na aderência ao tratamento.

Obesidade como Sintoma e o Comportamento Alimentar

Do ponto de vista da psicanálise, a obesidade é vista como manifestação de um sintoma produzido por um conflito iniciado em algum momento da história do indivíduo, geralmente proveniente da relação mãe e filho, e de como se deu a questão da alimentação enquanto bebê. Por isso a literatura mostra que o início da obesidade faz diferença no comportamento dos obesos. Quando esta se dá na infância é provável que os indivíduos apresentem maiores complicações emocionais do que quando a obesidade aparece na fase adulta.

Silva (2000) destaca que a obesidade é expressão sintomática de conflitos internos e externos, uma forma que o indivíduo encontra para lidar com situações conflituosas, com suas tristezas e ansiedades.

Silva e Costa (2003) destacam que a alimentação é uma das formas da criança se relacionar com a mãe e dependendo de como esse contato foi estabelecido, a criança pode apresentar uma relação com o alimento de forma

inadequada. Nesse caso, o alimento poderá torna-se a única fonte de prazer e o alívio para as situações de tensão e ansiedade. Essa posição também é discutida por Fabricatore e Wadden (2003), quando referem que pessoas obesas tendem a ver a comida como fonte de conforto que ajuda a dar conta de suportar eventos estressores, raiva, solidão, depressão, entre outros.

O comer simbólico é descrito por Liberman (1994) como tendo vários significados, um deles seria a comida usada para compensar a falta de afeto. Essas pessoas em geral confundem seus desejos com sensações implacáveis de fome eterna e não sabem ou não podem procurar amor em relações que trariam gratificações verdadeiras e reais, quando não as afastam com sua voracidade. O comer também pode estar relacionado à existência de emoções negativas intoleráveis, às vezes de raiva voltada contra a pessoa que gerariam culpa. O desejo de comer pode ter o caráter de gratificação sexual, pois o comer pode substituir, camuflar e até negar a sexualidade. Ao mesmo tempo, pode prejudicar a atratividade. A obesidade pode conotar um desejo de conquista de espaço no mundo, que no caso é feito pela quantidade de volume que se ocupa. Também pode sinalizar para o medo de crescer, amadurecer, que são gerados por insegurança e ansiedade.

Por outro lado, Anaruma (2002) destaca os mecanismos de fome, apetite e saciedade. Segundo a autora, a fome é mediada por sensações fisiológicas e entendida como desejo de comer. Já o apetite tem sido descrito como desejo de comer, que envolve a lembrança da sensação agradável de estar satisfeito. Ele é despertado pela aparência, cheiro e sabor do alimento. Ambos influenciam na quantidade de ingestão de comida, assim uma pessoa com fome pode comer para sentir-se satisfeita, mas o apetite pode induzi-la a comer mais. A autora chama

atenção para o fato de que nos indivíduos obesos haveria um distúrbio relacionado ao apetite.

Esse fato da superalimentação é destacado por Benedetti (2003) como hiperfagia, que seria um problema de autocontrole em que estão implícitas as conseqüências imediatas e tardias de um determinado comportamento. É considerada, portanto, como produto do hábito (aprendizado) ou como uma forma de defesa psicológica. A psicologia comportamental entende o comportamento alimentar como resultante de um aprendizado: o comportamento é repetido à medida que é reforçado pelas conseqüências que produz. Neste sentido, Laloni (2004) descreve que o comportamento alimentar é compreendido através da análise de contingências, ou seja, a relação dos estímulos que antecedem o comportamento alimentar e as conseqüências que o seguem.

De acordo com a visão da pesquisadora, a perspectiva psicológica da obesidade não deve ser reduzida a uma única vertente teórica, sob risco de se desconsiderar prematuramente aspectos que podem ter relevância para o seu desenvolvimento e manutenção. Neste sentido, assumir uma visão maniqueísta, que contrapõe conflitos internos vs. aprendizado e contingências externas, visão Psicanalítica vs. Comportamental-Cognitivista, não parece ser a opção mais indicada. Ao contrário, há necessidade de se buscar uma compreensão integrativa de múltiplos fatores que estariam implicados nesta patologia, especialmente quando se trata da obesidade de grau III, dadas às conseqüências médicas, sociais e pessoais a ela relacionadas.

Aspectos Psicossociais

A obesidade tem como uma de suas conseqüências principais o preconceito e a discriminação social. Conforme já citado, o estigma de pacientes obesos em geral e, especificamente grau III, é demonstrado de forma unânime. Os problemas sociais decorrem primeiro porque há uma pressão da sociedade quanto a uma concepção padronizada relativa à estética corporal, estando às pessoas com excesso de peso, distantes dos padrões preconizados hoje. Como conseqüência, os indivíduos obesos sofrem com a sua condição porque sabem que não se enquadram nessa perspectiva social. Decorre daí, portanto, outros problemas como: a baixa auto-estima, a desvalorização, a vergonha, entre outros.

Outro ponto é que as limitações físicas presentes nos casos de obesidade grau III, fazem com que esses pacientes tenham uma piora na qualidade de vida que decorre em grande parte da dificuldade de realizarem atividades cotidianas simples; estarem prejudicados no âmbito profissional, pois além de terem uma saúde frágil, não conseguem emprego. No ambiente familiar também pode haver dificuldades, pois nem todos se dispõem a ajudar no tratamento. Além disto, os obesos sentem-se pouco atraentes o que usualmente interfere no relacionamento afetivo e amoroso. Esses aspectos aliados às doenças associadas à obesidade, fazem com que este seja um dos fatores que mais mobilizam sofrimento psicológico e dos quais os indivíduos mais se queixam (Benedetti, 2003; Loli, 2000a; Wajner, 2000).

Partindo do princípio que o desejo de emagrecer seja alavancado pela insatisfação com o corpo, percebe-se que tanto a obesidade quanto a imagem corporal estão ligadas. Na obesidade, o indivíduo apresenta uma imagem corporal negativa, em parte pela internalização dos conceitos negativos provenientes da

cultura atual que estigmatiza o obeso e em parte pelas dificuldades internas de lidar com essa situação vinculando esse aspecto a um conflito central de vida. Dessa forma, havendo uma necessidade constante de emagrecer.

A imagem corporal é destacada no estudo de Almeida, Loureiro e Santos (2001a). O objetivo foi o de avaliar a imagem do corpo em mulheres com obesidade grau III comparativamente a mulheres não obesas. Utilizaram o desenho da figura humana e entrevista complementar. Quanto aos aspectos gerais do desenho, houve diferenças quanto à qualidade do grafismo, localização da página e temática, caracterizando sentimentos de inadequação com o grupo das obesas. Quanto ao tamanho do desenho, proporção, representação do tronco e tamanho de diferentes partes do corpo, os grupos diferiram entre si, indicando a presença de depreciação e distorção da imagem corporal entre as obesas. Os autores concluíram que as obesas têm dificuldade de expressar sua vivência corporal, dando indícios de sentimentos de inferioridade, insatisfação e preocupação com o corpo e a beleza.

Lemes et al. (2001) também descrevem esse aspecto. O estudo avaliou a imagem corporal de homens e mulheres sobrepesos e obesos de um spa médico. Foram avaliados 126 pacientes, sendo 29 homens e 97 mulheres. A avaliação foi feita através do índice de massa corpórea e a aplicação do questionário de imagem corporal (IC). Os resultados apontam para uma diferença significativa entre homens e mulheres. Os homens apresentaram preocupação com a imagem corporal quando estão obesos, ao passo que nas mulheres essa preocupação independe do IMC. Concluem que 30% das mulheres apresentaram graves distorções com a imagem corporal.

Por outro lado, um questionamento que se faz presente nesse aspecto da insatisfação com o corpo, presente em indivíduos obesos, se remete à questão do

emagrecimento. Será que quando se emagrece os problemas psicológicos se alteram?

Em relação ao processo de emagrecimento, Loli (2000a) argumenta que ao mesmo tempo que há o movimento da sociedade moderna de culto ao corpo, há também que se atentar para a dificuldade do próprio emagrecimento, que não implica em simplesmente perder peso e sentir-se feliz. Para ela o emagrecimento, consiste num processo de desestruturação e reestruturação, tanto do mundo interno (identificações, ambições, conceitos morais), como também em relação ao seu próprio mundo exterior. Ressaltando que esse processo de desestruturação e reestruturação do mundo exterior, significa a nova relação com o mundo externo real que se estabelece para o indivíduo obeso a partir do processo de perda de peso. Isto é, o paciente precisa se reorganizar para essa nova condição.

Aspectos Psicopatológicos

A psicopatologia na obesidade tem sido verificada basicamente em indivíduos que estão em tratamento, mas também pode ser vista na população geral de obesos. A presença de psicopatologia não está esclarecida principalmente na população com obesidade severa e que procura tratamento cirúrgico. A literatura assinala uma disparidade nos resultados sobre a severidade desses sintomas tanto antes quanto depois da cirurgia.

Os aspectos psicopatológicos verificados apontam para a presença de depressão, ansiedade (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004; Guisado et al., 2002; Matos et al., 2002; Matos & Zanella, 2002; Oliveira, Linardi & Azevedo,

2004; Sarwer, et al., 2004; Vaques, Martins & Azevedo, 2004), transtorno da imagem corporal (Lemes et al., 2001; Matos & Zanella, 2002; Vasques, et al., 2004) e os transtornos do comportamento alimentar.

O TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica tem sido descrito com frequência em obesos (Appolinário & Claudino, 2002; Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Laloni, 2004). Em algumas situações, tem se verificado casos de anorexia e bulimia em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e/ou aqueles que se submeteram ao tratamento cirúrgico (Guisado et al., 2002; Sarwer, et al., 2004).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV-TR (2002), o TCAP é uma nova categoria e está no apêndice B como critério para estudos adicionais.

Caracteriza-se pela ingestão em período de tempo limitado (por ex, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, com sentimento de falta de controle sobre a ingestão alimentar durante o episódio. O indivíduo pode apresentar três dos seguintes comportamentos: comer muito mais do que o normal; comer até sentir-se incomodamente repleto; ingerir grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto; comer sozinho, em razão da vergonha diante da quantidade de alimentos que consome; sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. Também tem sido apontado o grupo de obesos que apresenta a Síndrome do Comer Noturno (Dobrow, et al., 2002).

As pesquisas recentes têm dado maior ênfase na investigação dos transtornos alimentares associados à obesidade e nesse sentido, a principal conclusão é quanto à presença de compulsão alimentar ou TCAP, além de um aumento da psicopatologia geral quando esta presença se dá (Matos et al., 2002 Sarwer, et al., 2004).

Borges (1998) em sua dissertação verificou que mulheres com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentaram escores mais elevados de depressão do que mulheres obesas sem esse transtorno. Esse dado pode sugerir que a além da obesidade, a presença de transtornos alimentares aumentaria os níveis de depressão.

No caso específico da cirurgia bariátrica, as pesquisas têm sido mais congruentes quanto à melhora psicopatológica após a cirurgia e diversificadas quanto aos níveis elevados de psicopatologia.

Um estudo americano (Maddi et al, 2001) objetivou avaliar se a psicopatologia diminui depois da cirurgia. Foi administrado o MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 ed.*) antes da cirurgia, depois de seis meses e após um ano do procedimento cirúrgico. Os resultados indicaram alto nível de psicopatologia antes da cirurgia e um declínio significativamente estatístico seguido da cirurgia bariátrica. O estudo sugeriu que os níveis de psicopatologia apresentados pelos pacientes antes, deva estar ligado a fatores que surgem com a obesidade severa e uma reação da própria obesidade em si. Os autores concluíram que a psicopatologia declina para níveis esperados na população geral, indicando que os pacientes tornam-se mais positivos sobre suas vidas.

Guisado et al. (2002) avaliaram a psicopatologia em pacientes pós cirurgia gástrica. Participaram da pesquisa 100 sujeitos, sendo 85 mulheres e 15

homens, 18 meses após a cirurgia. Os pacientes foram avaliados com o *Symptom Check List – 90 – R*. Os resultados indicaram que 40% apresentaram critérios de patologia psiquiátrica do CID-10 e 60% não apresentaram nenhum diagnóstico psiquiátrico. Dentre os 40%, os sintomas mais comuns foram: 75% de transtornos afetivos, 40% transtornos de ansiedade, 25% transtornos de bulimia e anorexia nervosa e 5% dependência de álcool. As pontuações mais altas (medidas pelo índice de severidade geral - GSI) apontam para somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e ideação paranóide. O estudo indicou a importância de se fazer a avaliação psiquiátrica em pacientes obesos grau III antes e depois da cirurgia.

Um estudo realizado na Grécia (Mamplakou, et al., 2005) avaliou mudanças na vida psicológica e emocional dos pacientes e a qualidade de vida durante os dois primeiros anos após cirurgia. Participaram do estudo 59 pacientes, (45 mulheres e 14 homens) entre 18 e 64 anos, que responderam o SCL-90 (*Sypmtom Check List*) e o BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) antes e após dois anos da cirurgia. Mulheres apresentaram mais depressão do que homens no pré-operatório e a melhora emocional foi visível no pós-operatório. O índice de saúde mental geral foi mais alto nas mulheres do que nos homens. Após dois anos, o IMC foi reduzido significativamente. As médias de todas as sub-escalas da SCL-90 mostraram uma redução significativa após dois anos, indicando melhora psicossomática dos pacientes. Maior perda de peso significou maior melhora na qualidade de vida, avaliada pelo BAROS.

Uma pesquisa realizada na Holanda (Gemert, Severeijns, Greve, Grenman & Soeters, 1998) investigou os efeitos a longo prazo da perda de peso induzida pela cirurgia no funcionamento psicológico de obesos severos. Foi feita uma comparação

dos resultados dos testes psicométricos, entre o pré e pós-operatório, em um estudo *cross-sectional*. Participaram do estudo 62 obesos grau III que responderam a quatro testes: *Groninger Intelligence Test* (GIT), *The Dutch Shortened MMPI* (NVM), *The Dutch Personality Inventory* (NPV) e a *Scale for Interpersonal Behavior* (SIG). A média de tempo utilizada após a cirurgia foi de 85,9 meses. O tratamento cirúrgico resultou na média de perda de peso de 45,0 kg. Os resultados psicométricos antes da cirurgia apontaram: somatização, depressão, sentimentos de insegurança, negação de estresse emocional, incompetência social e uma atitude indiferente em relação a certos aspectos do comportamento interpessoal e baixa auto-estima. Toda a psicopatologia, exceto a somatização foi revertida após a cirurgia. O melhoramento da psicopatologia foi determinado e sustentado pelo sucesso da perda de peso e não influenciado pelo procedimento cirúrgico, sugerindo que os transtornos psicológicos no pré-operatório são resultados mais do que causa da obesidade severa.

Depressão e ansiedade

A depressão é definida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - IV - TR (2002) em transtornos do humor, mais especificamente episódio depressivo maior. O humor é descrito pelas pessoas como deprimido, triste, desesperançado e desencorajado.

Na depressão ocorre a presença de sintomas como: perda de interesse ou prazer por todas as atividades, alterações no apetite ou peso, perturbação do sono, alterações psicomotoras, diminuição da energia, cansaço e fadiga. Também

traz referência ao transtorno depressivo maior que é caracterizado pela presença de um ou mais episódios depressivos maiores que podem ser divididos em leve, moderado e grave (com ou sem características psicóticas).

A CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2000) também explicita a depressão no código F-32 como “episódios depressivos”, com as mesmas especificações descritas pelo DSM – IV -TR (2002).

A ansiedade é descrita no DSM – IV - TR (2002) no item que refere a “transtorno da ansiedade generalizada”, que ocorre quando há uma ansiedade e preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades. Podendo incluir sintomas como: inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais a real probabilidade ou impacto temido.

De acordo com a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 2000), a ansiedade é descrita no item F41. 1 como “ansiedade generalizada”, que é persistente e não ocorre por uma situação determinada. Também caracteriza-se pelos mesmos sintomas já mencionados no DSM - IV –TR (2002), incluindo também tremores, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico.

Um estudo americano recente (Simon et al., 2006) avaliou a associação entre obesidade e grau de humor, ansiedade, e transtorno no uso de substâncias. Foi a maior pesquisa já realizada com uma amostra representativa da população americana. Num total de 9125 participantes completaram dados de protocolo de avaliação psiquiátrica, peso e altura. Para avaliação dos transtornos mentais foi

usado o *World Mental Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Os resultados indicam que as pessoas obesas têm aproximadamente 25% a mais de probabilidade de apresentar depressão e ansiedade do que a população geral. Essa taxa aumenta para 44% na população branca e com grau de escolaridade maior. A obesidade foi associada negativamente com a toxicodependência, sugerindo que essa população tem menos de 25% de chance de apresentar esse transtorno do que a população geral. Não foi possível determinar no estudo se a depressão conduz a obesidade ou vice-versa, mas os autores consideram a possibilidade da associação funcionar nos dois sentidos.

Licinio e Wong (2003) discutem a interface entre obesidade e depressão. Um dos aspectos seria que as duas doenças são problemas de saúde pública no mundo inteiro, são fatores de risco para a síndrome metabólica que é um termo usado para a combinação de obesidade, hipertensão arterial, hiperlipidemia e intolerância à glicose, resultando em alto risco para doenças cardíacas. Outro ponto é que o humor depressivo pode de um lado ser o efeito de tratamentos de obesidade. Por outro lado, o ganho de peso e a obesidade pode ser efeito de tratamentos com antidepressivos.

Stunkard, Faith e Allison (2004) complementam essa posição e referem que tradicionalmente a depressão e obesidade eram vistas distintamente quanto à etiologia e tratamento e que atualmente esse ponto de vista está sendo revisto. Chamam atenção para a necessidade de estudos que permitam explicar o porquê destes transtornos coexistirem em certos indivíduos e como desenvolver intervenções mais eficazes.

Um estudo americano (Averbukh et.al, 2003) avaliou o relacionamento entre a severidade da depressão e o sucesso da perda de peso após a cirurgia. Participaram 47 pacientes que responderam ao BDI antes e um ano após a cirurgia. A perda de peso foi significativamente relatada para os escores do BDI antes da cirurgia. O índice do BDI também foi considerado preditor da perda de peso após um ano. Os resultados mostraram uma correlação positiva entre a severidade da depressão e o sucesso de um ano de perda de peso e sugere que os indivíduos mais depressivos tendem a perder maior porcentagem de peso quando comparados aos menos depressivos.

Franques e Ascencio (2006) verificaram a frequência e intensidade da depressão através do BDI, fazendo correlação com o IMC, sexo, idade, grau de escolaridade e uso de medicamentos antidepressivos. Participaram do estudo 371 mulheres e 137 homens. Segundo as autoras, a motivação para a pesquisa se deu pelo constante atendimento de pacientes que apresentavam algum grau de depressão. Os resultados mostram que 57,08% dos obesos atendidos apresentaram algum grau de depressão, sendo que a prevalência e intensidade da depressão foram predominantemente no sexo feminino (61% das mulheres e 46% dos homens). Das mulheres avaliadas, 39% não apresentaram depressão, 36% depressão leve, 22% depressão moderada e 3% grau grave de depressão. Dos homens avaliados, 54% não apresentaram depressão, 28% depressão leve, 14% moderada e 4% depressão grave. Dos 62 pacientes, 19% faziam uso de medicamentos antidepressivos, sendo 15% das mulheres e 4% dos homens. As autoras discutem que a presença e o grau de obesidade foram significativamente menores do que a encontrada em pessoas obesas sem a perspectiva de uma “solução concreta para sua obesidade”. Segundo as pesquisadoras, o fato de

estarem em preparo para a cirurgia já faz os pacientes se sentirem melhor e mais animados.

Uma pesquisa da Austrália (Dixon, et al., 2003) examinou a associação da depressão com obesidade severa antes e depois da cirurgia. A amostra foi composta de 487 pacientes que completaram o BDI antes e um ano depois da cirurgia. A média do BDI no pré-operatório foi 17,7 e DP=9,5 e um ano após a cirurgia caiu para 7,8 e DP=6,5. Após quatro anos, os escores médios do BDI foram 9,6 e DP=7,7. O estudo mostra que a perda de peso foi associada com uma significativa e sustentada queda nos escores de depressão, o que também melhorou a avaliação da aparência entre os pacientes. A conclusão dos autores é que os obesos severos especialmente as mulheres, com imagem corporal frágil, tem altos riscos de desenvolverem depressão. A pesquisa também sustenta a melhora da depressão com a perda de peso e suporta a hipótese de que a obesidade severa causaria ou agravaria a depressão.

Wadden, et al. (2006) compararam o status psicossocial e as expectativas de mulheres com obesidade extrema que procuraram cirurgia, com aquelas com classe I e II de obesidade, que apenas controlavam o peso. Todas as participantes completaram o BDI e o *Weight and Lifestyle Inventory*, para avaliação de sintomas de depressão e baixa-auto-estima; histórico de complicações psiquiátricas, estressores e expectativas de perda de peso. As mulheres com obesidade grau III reportaram mais sintomas depressivos do que as do outro grupo. Cerca de 25% tiveram uma depressão significativa, histórico de complicações psiquiátricas, incluindo abuso sexual e físico, e um estresse maior com a saúde física e a problemas financeiros. Ambos os grupos apresentaram expectativa irreal sobre a perda de peso.

Um estudo americano (Dymek, et al., 2002) avaliou a qualidade de vida em quatro grupos de pacientes: T1 - antes da cirurgia, T2 - duas a quatro semanas depois da cirurgia, T3 - seis meses após, e T4 - um ano pós-cirurgia. Num total de 326 sujeitos responderam a três medidas de qualidade de vida: SF-36, *The Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire* (IWQOL-LITE) e o BAROS. Também completaram o BDI e a *Rosemberg Self-Esteem Scale* (RSE). Os resultados mostraram diferenças significantes entre o T1 e T2 no SF-36, nas escalas do IWQOL-LITE, no BDI e na RSE. Diferenças significantes foram encontradas em todas as medidas entre os grupos T2 e T3, no BDI e no RSE. Entre os grupos T3 e T4 diferenças foram encontradas nas escalas do IWQOL-LITE, mas não no SF-36, RSE ou no BDI. Fato relevante neste estudo foi com relação à depressão, os escores médios dos grupos foram: T1 média de 17,8; T2 11,9; T3 6,0 e o T4 5,4. Indicando que antes da cirurgia esses pacientes apresentaram um nível leve de depressão e após o procedimento, os escores caíram para depressão mínima.

Outro estudo buscou avaliar a associação entre o IMC, qualidade de vida e sintomas de depressão na obesidade grau III. Os resultados mostraram que os escores de depressão são mais fortemente associados à qualidade de vida do que ao IMC. Esses dados indicam que a contribuição do IMC para a depressão não foi significativa, ou seja, o IMC alto não prediz altos escores de depressão. Já a precária qualidade de vida, que incluem outras variáveis, seria significativamente associada a altos escores de depressão (Fabricatore, Wadden, Sarwer & Faith, 2005). Nesse caso, os autores mostram que o comprometimento psicológico é mais um resultado da precária saúde geral do que a alguma sintomatologia psicopatológica.

Outras pesquisas têm avaliado a depressão e a ansiedade em conjunto com os transtornos alimentares.

Malone e Mayer (2004) avaliaram os resultados da cirurgia bariátrica de acordo com a severidade da compulsão alimentar, verificada nos pacientes antes da cirurgia. Pacientes adultos responderam aos seguintes testes: SF-36, *Gormally Binge Eating Scale* (BES) e o BDI antes e um ano depois da cirurgia. Participaram 109 pacientes, divididos em três grupos: 1- sem compulsão alimentar (48%), 2- com compulsão alimentar moderada (28%), 3- e como severa compulsão (24%). Quanto aos escores médios do BDI, os resultados foram o seguinte: 1- M= 9, 2- M= 12 e, 3- M=19. De acordo com os resultados, a perda do excesso de peso no grupo 3 foi grande e não houve diferenças significativas entre os grupos. Segundo os autores, o grupo com compulsão alimentar severa teve escores maiores de depressão do que o grupo sem compulsão ou com moderada compulsão alimentar. Depois da cirurgia, os escores do BDI declinaram significativamente em todos os grupos e passaram a apresentar: 1- M=4, 2- M=4 e 3- M= 10. Não houve diferenças nos componentes físicos avaliados no SF-36 entre os grupos, e os componentes mentais avaliados pelo SF-36 foram significativamente baixos no grupo com severidade na compulsão alimentar. Após a cirurgia, não houve diferenças entre os grupos em nenhum escore do SF-36.

Um estudo brasileiro (Matos, et al., 2002) avaliou depressão, ansiedade, episódios de compulsão alimentar (CAP) ou transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), e imagem corporal em obesos grau III indicados para tratamento cirúrgico de obesidade. Participaram do estudo 50 pacientes (40 M e 10 H) com idades entre 18 e 56 anos. Utilizaram quatro instrumentos: Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso, BDI, Inventário de Ansiedade, Traço e Estado (IDATE) e Questionário de Forma Corporal (BSQ). Os resultados indicaram que 100% dos pacientes apresentaram depressão, sendo que 84% apresentavam

sintomatologia grave. A frequência de ansiedade como traço de personalidade foi de 70% e como estado ansioso foi 54%. O transtorno da compulsão alimentar periódica estava presente em 36% e episódios de compulsão alimentar em 54%. A preocupação com a imagem corporal esteve presente em 76% dos pacientes. O estudo sugere que a ocorrência de ansiedade como traço de personalidade e uma preocupação intensa com a imagem corporal sejam fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em pacientes obesos graves.

Algumas pesquisas discutem o diagnóstico psiquiátrico para candidatos à cirurgia bariátrica. Sarwer et al. (2004) investigou a história de tratamento psiquiátrico e o diagnóstico psiquiátrico em 90 pacientes. Para tal pesquisa, todos os participantes responderam ao Inventário de Peso e Estilo de Vida (*Weight and Lifestyle Inventory*), Questionário de Padrões de Alimentação e Peso (*Questionnaire on Eating and Weigth Patterns*), e o BDI. Os pacientes também passaram por uma avaliação psicológica, na qual foram revistas às respostas das medidas para prover um prognóstico da condição psiquiátrica dos pacientes e também para proceder à recomendação para cirurgia. Do total, 62% dos indivíduos receberam um diagnóstico psiquiátrico, sendo que metade desses recebeu dois diagnósticos e seis pacientes receberam três ou mais diagnósticos. O mais comum foi o transtorno de depressão maior percebido em 43 pacientes, seguido do transtorno da compulsão alimentar presente em 24 pacientes. Entre os pacientes com dois diagnósticos, a mais freqüente combinação foi depressão com transtorno da compulsão alimentar. Dois quintos de todos os participantes e mais da metade daqueles com diagnóstico psiquiátrico foram indicados para alguma forma de tratamento psiquiátrico. O estudo indicou que 64% dos pacientes foram aprovados para cirurgia, 31% foram

recomendados para um aconselhamento nutricional ou psiquiátrico antes da cirurgia, e três pacientes não obtiveram permissão para cirurgia.

Outro estudo também avaliou a prevalência e os fatores de risco para transtornos psiquiátricos em pacientes obesos grau III que aguardavam a cirurgia (Sánchez et al., 2003). A pesquisa foi realizada com 70 pacientes (25 H e 35 M) que responderam à entrevista estruturada do DSM – IV e foram avaliados quanto à condição clínica. Do total de pacientes, 60% apresentaram desordens do eixo I do DSM- IV, mais freqüentemente a ansiedade e transtorno do humor. Os problemas médicos observados foram: hipertensão em 59%, diabetes mellitus tipo 2 em 29% e síndrome da apnéia obstrutiva do sono em 29%. O IMC dos candidatos e o diabetes foram associados com alto risco da presença de transtornos psiquiátricos. O estudo indicou que mais da metade dos pacientes teve pelo menos um diagnóstico psiquiátrico do eixo I do DSM – IV. Os achados indicaram a importância do acompanhamento psicológico e psiquiátrico e da aderência médica e nutricional, nesse grupo de pacientes, que possam incidir na diferença entre um prognóstico bom ou ruim.

Dentre os estudos que investigam a ansiedade está à pesquisa brasileira de Costa e Biaggio (1998), que investigou as relações entre ansiedade e raiva. A amostra foi constituída por 120 sujeitos divididos em dois grupos: 60 obesos que estavam numa clínica em início tratamento de emagrecimento, e 60 não obesos. Foram utilizados três instrumentos: o IDATE, o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) e um questionário complementar. Os resultados apontaram para uma relação significativa entre obesidade e as variáveis ansiedade-

traço, ansiedade-estado e raiva voltada para dentro. O estudo sugeriu que esses achados se devam à condição de ser obeso e de estar em tratamento.

A ansiedade também foi verificada (Rydé, et al., 2003) num estudo que avaliou dois anos de efeito da mudança de peso sobre as características de personalidade entre obesos severos tratados convencionalmente ou cirurgicamente. O estudo também avaliou diferenças entre obesos severos e um grupo de peso normal. Às características de personalidade foram avaliadas utilizando sete das 15 escalas do *Karolinska Scales of Personality*. Um total de 1380 candidatos à cirurgia, 1241 pacientes tratados convencionalmente e 1135 de peso normal foram avaliados. Os dois primeiros grupos foram avaliados duas vezes, antes do tratamento e dois anos depois, e o grupo de referência apenas uma vez. De acordo com os resultados, os obesos foram mais ansiosos, impulsivos, irritáveis e apresentaram menor capacidade de evitar monotonia do que o grupo sem obesidade. Com o grupo tratado cirurgicamente, esses aspectos foram ainda maiores do que os com tratamento convencional. No *follow-up*, os achados mostraram que além da ansiedade diminuir, a perda de peso foi associada a quase todas as mudanças nas variáveis estudadas. Os dados sugerem que a melhora nas variáveis acontecem na proporção da magnitude da perda de peso.

Capitão e Tello (2002) verificaram se as mulheres com obesidade grau III apresentavam traço ou estado de ansiedade acima do esperado, utilizando o IDATE. Segundo a pesquisa, 55% das mulheres apresentaram nível estado de ansiedade abaixo do normal, que é considerado como apatia. Apenas 20% das mulheres apresentaram estado de ansiedade, o que é uma porcentagem reduzida. Segundo os autores, a explicação para os dados serem menores é que a ansiedade provoca várias reações físicas. As pessoas dizem que quando estão ansiosas buscam se

alimentar em demasia, conseguindo dessa forma, diminuir os sintomas ansiosos, o que acaba resultando em alguns quilos a mais. Significando dizer que a ansiedade pode ser compensada ou amenizada pelo ato de comer. No entanto, se a obesidade for considerada como um sintoma, os níveis de ansiedade poderão ficar mais baixos ou até imperceptíveis, pois nesse caso a obesidade poderia estar substituindo a ansiedade.

Mecanismos de Defesa

De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), os “mecanismos de defesa são processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos e externos” (p.754). São, sobretudo, um dos recursos de que o ego dispõe para enfrentar situações. As defesas modulam as respostas do indivíduo frente às circunstâncias da vida e apontam o nível dessa adaptação.

Segundo Blaya, Kipper, Perez Filho e Manfro (2003), o estudo dos mecanismos de defesa, conceito derivado da teoria psicanalítica, tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos. Segundo os autores, o funcionamento se dá em nível inconsciente para manter a homeostase do ego e afastar conflitos de origem intrapsíquica, interpessoal ou de estressores ambientais da consciência.

As defesas consistem de tipos especiais de esforços destinados a enfrentarem a tensão psicológica que resulta dos conflitos entre importantes exigências, são comuns e habilitam o indivíduo a levar uma vida razoavelmente

confortável, sem ter de continuar a enfrentar problemas que são demasiado difíceis de resolver (Lazarus, 1977).

Os mecanismos de defesa podem ser agrupados de acordo com o grau de maturidade do funcionamento defensivo. Caracterizam-se como maduros quando são utilizadas defesas mais adaptadas para controlar o impulso do id, ajustadas adequadamente à realidade e ao mundo externo; imaturos, quando predominam as defesas menos adaptadas e podendo utilizar recursos para controlar a ansiedade e outros estados afetivos, que podem ser considerados patológicos. As neuróticas estão num nível intermediário e entre o funcionamento maduro e imaturo (Blaya, et al., 2003).

Os mecanismos de defesa têm sido investigados por alguns autores, que explicitam a sua contribuição no entendimento da psicodinâmica do paciente, a fim de escolher uma proposta terapêutica mais adequada (Blaya, et al., 2003; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Perry 1990; Vaillant, 2000).

Especificamente na área da obesidade, poucos estudos avaliam os mecanismos de defesa. A pesquisa de Ellsworth, et al. (1986) avaliou se a maturidade defensiva estaria relacionada com a manutenção da perda de peso. Participaram 12 sujeitos divididos em dois grupos: 1 - com perda de peso de 16 a 18 meses e 2 - com perda de peso temporária. O grupo 1 reportou maior prevalência de maturidade defensiva do que o que perdeu peso por pouco tempo. O grupo 2 apresentou escores maiores na defesa imatura agressão-passiva. Esse estudo concluiu que o conceito de maturidade defensiva deve ser útil no entendimento da manutenção da perda de peso.

Loli (2000a) discute em seu livro, elaborado a partir de sua dissertação de mestrado, algumas defesas que predominam em pacientes com obesidade grau III. Por exemplo, o *acting-out* foi percebido quando os pacientes atuavam de forma impulsiva dissipando as emoções, que dessa forma encontrariam lugar na manifestação do sintoma da obesidade; a projeção quando delegavam o insucesso do tratamento à incompetência do profissional ou até mesmo dos familiares; a negação quando não reconhecem os aspectos que causam angústia; a agressividade que geralmente era superada por um ato impulsivo de comer; a somatização, dentre outras. Essas formas de reagir das pacientes abrem caminho para a suposição de que sejam pessoas que possivelmente tenham dentre os estilos defensivos, a predominância de defesas imaturas.

Algumas pesquisas têm sido feitas utilizando o DSQ-40 para aferir o uso dos mecanismos de defesa em pacientes com algum transtorno psicopatológico.

Blaya et al., (2006) avaliou o uso de mecanismos de defesa por pacientes deprimidos e ansiosos, sem comorbidades, em comparação a um grupo controle, a fim de verificar se esses padrões de defesa podem ser diferenciados entre os diagnósticos. O estudo foi do tipo *cross-sectional*, com 203 pacientes divididos em quatro grupos de acordo com o diagnóstico: transtorno depressivo maior (TDM), transtorno da ansiedade social (TAS), transtorno do pânico (TP) e transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Os resultados indicaram que as defesas neuróticas discriminam o grupo controle de todos os pacientes dos quatro grupos, além de discriminar os pacientes deprimidos dos pacientes com TP e TOC. A análise discriminante indicou que a projeção diferencia pacientes deprimidos, sublimação diferencia pacientes com TP e o *acting-out* diferencia pacientes com TOC. O TAS e

o TDM foram ambos associados com o uso de defesas imaturas, mas o TDM revelou usar mais defesas desadaptativas do que o TP e TOC. O uso do *acting-out* pelo TOC pode ser conseqüência dos seus sintomas. A conclusão foi de que os pacientes do grupo controle diferem no uso de mecanismos de defesa, e cada patologia tem seu padrão particular.

Outro estudo, com o DSQ-40 (Kipper, et al., 2004), foi feito em pacientes com transtorno do pânico, buscando avaliar o mecanismo de defesa usado com mais freqüência por esses pacientes comparados a um grupo controle. Também verificou a associação entre severidade da doença e o uso de mecanismos de defesa específicos. Segundo o estudo, os pacientes com pânico usaram mais defesas neuróticas, seguida das imaturas quando comparado ao controle. Pacientes com severidade na doença apresentaram mais depressão e usaram defesas mais imaturas do que pacientes com menor severidade. O estudo concluiu que a severidade do pânico e da depressão está associada ao uso de mecanismos desadaptativos, conseqüentemente defesas imaturas.

Um estudo semelhante a esse (Kipper, et al., 2005) avaliou os mecanismos de defesa em pacientes com transtorno do pânico antes e depois do tratamento. De acordo com o estudo, os pacientes com pânico usaram mais defesas neuróticas e imaturas e depois do tratamento, para remissão dos sintomas, eles mostraram uma redução no uso dessas defesas. Os dados sugeriram que o estilo defensivo é influenciado pela presença dos sintomas, severidade e resultado da doença.

Alexitimia

Loli (2000a) utiliza no seu livro o conceito de alexitimia para relacionar ao que ela observou de modo constante nas pacientes obesas, que foi a dificuldade e/ou a incapacidade de refletir sobre os acontecimentos mobilizadores de emoção. Ou seja, algumas pacientes não conseguiram expressar seus afetos e muitas vezes confundiam a sensação de fome com sentimentos de angústia e depressão, agressividade e necessidade de afeto.

A alexitimia é um constructo proposto por Sifneos (1973) para designar a dificuldade de identificar e/ou descrever o estado emocional. De acordo com Sousa (1993), essas pessoas não são capazes de nomear seus afetos adequadamente, ou melhor, elas podem até usar termos que se refiram a afetos - como dizer que sentem medo ou raiva - mas não sabem esclarecer como é sentir isso.

De acordo com Yoshida (2006), a alexitimia pode ser primária ou secundária. A primeira é vista como traço de personalidade e predispõe a aparição de distúrbios psicossomáticos pela limitação da expressão emocional. É ligada à educação e as relações afetivas precoces que marcam o desenvolvimento do indivíduo e pouco acessível à psicoterapia. A outra apresenta características semelhantes à primária, mas se manifesta em sujeitos expostos a situações de risco extremo ou que estão ameaçados, inclusive no caso de doenças. É um estado transitório ou às vezes prolongado e pode ser vista como uma modalidade adaptativa de tipo “mal menor” para fazer frente a uma situação ameaçadora.

Ainda de acordo com essa autora, dentre as características do alexitímico, as dificuldades não implicam: na incapacidade de reconhecer as emoções quando

expressas por outros, na limitação léxica para qualificar a vida afetiva e nem na incompreensão das palavras que traduzem emoções. O problema está no grau de reconhecimento pelo sujeito de suas emoções, na distinção entre sensações corporais e emoções, na dificuldade de experienciar as emoções e na dificuldade de fantasiar.

No princípio, a alexitimia foi relacionada a doenças psicossomáticas e como sendo um traço de personalidade. No artigo de Taylor e Bagby (2004) são apontadas novas tendências na pesquisa com alexitimia. Segundo os autores, hoje se revisa o conceito de alexitimia, se o mesmo seria um traço ou um estado da personalidade. Também são demonstrados os vários campos nos quais a alexitimia tem sido estudada tais como: fisiologia, biologia, associação a outros construtos de personalidade, alexitimia e depressão, entre outros.

Um estudo francês (De Chouly de Lenclave, Florequin & Bailly, 2001) investigou a relação entre obesidade e alexitimia de acordo com a presença ou não de problemas de compulsão alimentar. Foram avaliadas 40 mulheres com IMC maior ou igual a 27,3 que procuravam tratamento de obesidade e 32 mulheres de peso normal, usadas como grupo controle. No grupo com obesidade, 27,5% foram diagnosticadas com transtorno de compulsão alimentar (TCAP) segundo os critérios do DSM IV. Utilizou-se a TAS (*Toronto Alexithimia Scale*) para avaliar a alexitimia, a entrevista clínica estruturada do DSM III serviu para estimar o andamento de transtornos mentais através de sua média, e o BDI para considerar a depressão. Os resultados mostraram que o escore médio da TAS foi significativamente mais alto em pacientes obesos do que nos do grupo controle, do mesmo modo que a alexitimia foi significativamente mais freqüente em pacientes obesos. Porém, não

houve diferenças entre pacientes obesos com e sem TCAP. A depressão maior foi também mais freqüente em obesos do que no grupo de peso normal. Os resultados do estudo sugeriram que a alexitimia é freqüentemente observada em pacientes obesos.

O estudo de Wagner (2000), sobre obesidade na adolescência, avaliou três variáveis: alexitimia, imagem corporal e ansiedade. O estudo foi feito com dois grupos de adolescentes: obesos e não obesos. Utilizaram-se três instrumentos: IDATE para avaliar ansiedade, a TAS para avaliar alexitimia e o TAT para avaliar a presença de expressões de sentimentos presentes nas histórias. Os resultados apontam para uma maior preocupação com a imagem corporal entre obesos e especificamente nas meninas. Os obesos são significativamente mais alexítimicos do que os não obesos. A variável ansiedade não foi diferente entre os dois grupos, constatando apenas que as meninas são mais ansiosas do que os meninos. O estudo indicou diferenças entre adolescentes obesos e não obesos, principalmente em torno da variável alexitimia.

Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet e Barbe (2003) investigaram a relação entre alexitimia e alimentação emocional em mulheres obesas com ou sem TCAP. Participaram da pesquisa 169 mulheres que completaram os seguintes questionários: BDI, IDATE, *The Stress Perceived Scale*, *The Dutch Eating Behavior Questionnaire* e TAS. A presença de TCAP foi avaliada com o *Questionnaire of Eating and Weight Patterns*, confirmado com entrevista clínica. Sujeitos com TCAP e sem TCAP foram comparados. Os resultados mostraram que sujeitos com TCAP apresentaram escores maiores de depressão, ansiedade, estresse, alexitimia, alimentação emocional e externa do que o grupo sem TCAP. Esses dados sugerem

a presença de alexitimia nos transtornos alimentares entre mulheres obesas. Borges (1998) também verificou a presença de alexitimia em maior grau nos obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica.

Adami, Campostano, Ravera, Leggieri e Scopinaro (2001) avaliaram pacientes com obesidade severa para verificar se a forma corporal, distante do padrão de aceitação social, pode causar em pessoas obesas o desenvolvimento de características alexitímicas. A avaliação foi feita num grupo de obesos candidatos a cirurgia e outro grupo após a cirurgia. Um quarto dos pacientes teve características alexitímicas sem nenhuma modificação seguida da estabilidade da perda de peso. O grau de alexitimia foi similar àqueles observados em população não clínica. Os autores concluem que ser obeso por si só não influencia a presença de características de personalidade alexitímica. Mas sugerem que o melhoramento relatado sobre as atitudes de alimentação e peso, seguida da estabilidade da perda de peso, deve ser diferente em alexitímicos e não alexitímicos.

Wheeler, Greiner e Boulton (2005) investigaram alexitimia, depressão e transtorno alimentares em mulheres obesas. Participaram 65 sujeitos divididos em dois grupos, 35 com transtorno alimentar e 30 sem. Dos sujeitos, 95% tiveram diagnóstico de TCAP (transtorno da compulsão alimentar periódica), 18% anorexia e 23% bulimia. Os resultados mostraram que houve relações significantes entre a TAS, compulsão alimentar e depressão. Os dados apontam que ambos, alexitimia e depressão, discriminaram entre mulheres com e sem TCAP.

Outros estudos têm avaliado alexitimia associada a doenças. O estudo de Pregnotatto (2005) avaliou alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Participaram da pesquisa 48 pacientes em hemodiálise, que responderam a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) e a Escala de Avaliação

de Sintomas (EAS - 40). A autora verificou que os pacientes apresentaram altos escores na escala de alexitimia, indicando 52% com pontuação igual ou maior que 74. Com relação aos sintomas psicopatológicos, os domínios com maior pontuação foram especialmente os relacionados à somatização e obsessividade e compulsividade. A respeito da associação entre alexitimia e sintomas psicopatológicos, averiguou-se correlações significantes entre os escores totais da TAS e EAS- 40, e o escore total da TAS e os fatores 1 (psicoticismo), 2 (obsessividade e compulsividade) e 3 (somatização) da EAS -40, que corresponderam a expectativa teórica. Sendo assim, o estudo indicou que nesta população a alexitimia se associa com sintomas psicopatológicos.

A TAS tem sido utilizada em outros estudos com população clínica no Brasil, como o de Maciel (2005) com dependentes de álcool; Medeiros (2002) com pacientes com retocolite; Regina (2006) com portadores de glaucoma e Yoshida (2006) com pacientes de hospital geral, sendo constatado a presença de alexitimia.

Já outras pesquisas com universitários como a de Yoshida (2000), os escores não foram considerados clínicos e apontaram para resultados semelhantes ao da população geral.

Com o aumento de pesquisas brasileiras utilizando a TAS, Yoshida (2006) compilou os resultados e pondera que hoje já se pode dizer que quando os escores são > 73 já há presença de alexitimia e < 63 é não alexítimico. Indicando, portanto um parâmetro de ponto de corte para a população brasileira. No entanto, até o presente, não se contava com pesquisas voltadas para o estudo da alexitimia com pacientes obesos severos.

Resumindo o acima exposto, pode-se dizer que a literatura científica sobre a existência de alterações psicológicas e psicopatológicas na obesidade severa é heterogênea e semelhante ao que é discutido nos outros tipos de obesidade. Os questionamentos podem ser traduzidos pelas seguintes indagações: 1- existem de fato complicações psicológicas e/ou psicopatológicas significantes associadas à obesidade? Em caso afirmativo, 2 - qual a natureza e extensão dessas alterações? E 3 – a perda de peso é acompanhada de melhora da sintomatologia psicopatológica? Por fim, será que a perda e manutenção do peso estão relacionadas a um funcionamento psicológico mais maduro e adaptativo?

Diante do que foi mencionado da literatura nacional e internacional sobre obesidade e especificamente obesidade grau III, a revisão feita até o momento não revelou pesquisas brasileiras que avaliem do ponto de vista psicológico, simultaneamente, pacientes antes e depois de cirurgia bariátrica.

Entretanto, a presença de sintomas psicopatológicos tem se confirmado na maioria dos estudos, principalmente a depressão, a ansiedade, o transtorno da compulsão alimentar periódica e o transtorno da imagem corporal.

Sobre o funcionamento psicológico em termos de investigação dos mecanismos de defesa, algumas pesquisas indicam dados relevantes sobre os mecanismos de defesa e sobre o uso do DSQ-40 no Brasil, mas não foram encontrados estudos brasileiros que avaliam o grau de maturidade dos mecanismos de defesa usando o DSQ-40 em obesos grau III. A alexitimia tem também sido apontada em muitos estudos como associada a diferentes patologias, mas ainda precisa ser elucidada nessa população específica

Sobretudo, as pesquisas que relacionam aspectos psicológicos à obesidade grau III ainda são incipientes. Neste sentido, foram definidos para esta pesquisa os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Avaliar aspectos psicológicos em obesos de grau III antes e depois de cirurgia bariátrica.

Objetivos Específicos

1. Avaliar sintomas psicopatológicos, alexitimia, depressão, ansiedade e o estilo defensivo de obesos de grau III candidatos à cirurgia bariátrica;
2. Avaliar sintomas psicopatológicos, alexitimia, depressão, ansiedade e o estilo defensivo de obesos de grau III submetidos à cirurgia bariátrica;
3. Avaliar as associações existentes entre as variáveis acima e o IMC em cada grupo.

MÉTODOS

A pesquisa é de delineamento correlacional de tipo *Cross-Sectional* (Bordens & Abbott, 1999). Esse modelo de pesquisa baseia-se na comparação de dois grupos cujos participantes estejam em estágios diferentes de um processo desenvolvimental ou tenham idades cronológicas diferentes.

Assume que o interesse da pesquisadora é o de investigar mudanças desenvolvimentais sem que haja necessidade do acompanhamento dos participantes ao longo do tempo.

A opção por esse delineamento, em detrimento de uma pesquisa longitudinal, deveu-se à restrição de tempo disponível para a realização da tese.

Participantes

A amostra foi constituída por 65 adultos, pacientes do serviço de Cirurgia da Obesidade de um Hospital Universitário da Região Nordeste. O Grupo 1 (pré-cirúrgico, n=32) formado por pacientes que estavam esperando pela cirurgia no momento da coleta de dados. E Grupo 2 (pós-cirúrgico, n=33) formado por pacientes já operados entre seis e 33 meses e que se mantinham em atendimento ambulatorial (Tabela 1).

A distribuição por gênero mostrou-se equilibrada nos dois grupos sendo 96,87% de mulheres no Grupo 1 e 87,87% no Grupo 2. Nesse caso, a amostra é predominantemente do sexo feminino.

O IMC foi dividido em pré-cirúrgico e pós-cirúrgico. Quanto ao IMC pré-cirúrgico observa-se que ambos os grupos apresentam distribuição muito semelhante pelas diferentes faixas. Em ambos predominou o IMC pré-cirúrgico ≥ 40 Kg/m², respectivamente 87,50% no Grupo 1 e 87,87% no Grupo 2, o que atende aos

critérios de indicação para cirurgia (Garrido Jr, 2000; National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel, 1991). O IMC médio do Grupo 1 foi 45,30 (DP=5,41) e do Grupo 2, antes da cirurgia, 46,09 (DP=5,03).

No pós-cirúrgico, predominou o IMC na faixa de 25 a 29,9 kg/m² com 63,63% (M=29,00 e DP= 3,55), o que corresponde ao esperado para candidatos que já se submeteram à cirurgia da obesidade. Houve diferença estatística significativa nas médias entre os grupos, antes e depois cirurgia, (t para amostras independentes presumindo-se variâncias equivalentes = 14,40, tc bi-caudal=1,99). Ou seja, houve uma diminuição do IMC no Grupo 2. Entretanto, foi percebido que 36,36% dos participantes do Grupo 2 mantiveram o IMC na faixa de 30 a 39,9 Kg/m², o que corresponde a um grau de obesidade II. Significando dizer que alguns ainda não tinham atingido, até o momento da coleta de dados, a média da perda de peso comumente esperada com a cirurgia. A média de peso do Grupo 1 é de 111,35kg e a do Grupo 2, 76,49kg.

No Grupo 2, predominou o tempo de cirurgia de seis a 18 meses com 57,57% (Mo=16, M=17,21, DP=7,27), seguido da faixa de 19 a 24 meses (24,24%) e em terceiro lugar de 24 a 33 meses(18,18%).

Quanto à idade, predominou a faixa etária entre 31 e 40 anos, com 46,87% no Grupo 1 (M=36,48 e DP=9,19) e 60,60 % (M=37,66 e DP=9,22) no Grupo 2.

O número de filhos foi homogêneo nos dois grupos. Os participantes têm de um a três filhos, 59,37% no Grupo 1 (M=1,78 e DP=1,67) e 57,57% no Grupo 2 (M=1,45 e DP=1,43).

A amostra ficou composta em sua maioria por participantes casados e/ou amasiados sendo 43,75% no Grupo 1 e 57,57% no Grupo 2. Em segundo lugar,

estão os solteiros com 40,62% no Grupo 1 e 36,36% no Grupo 2 e, em terceiro lugar os separados com 15,62% e 6,06% respectivamente.

A moda da distribuição quanto ao grau de escolaridade nos dois grupos foi no ensino médio com 53,12% no Grupo 1 e 33,33% no Grupo 2. Em segundo lugar, a amostra compreendeu o ensino fundamental incompleto com 18,75% e 15,15% respectivamente.

Os dois grupos apresentaram equilíbrio em todas as variáveis pesquisadas o que os torna comparáveis e, portanto corrobora a opção metodológica utilizada.

Através do questionário de dados pessoais (Anexo B) além de se obter as características sócio-demográficas, de acordo com as variáveis relatadas anteriormente, foi possível também obter outros dados que complementam esse estudo.

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas da Amostra (N=65)

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2			
	f	f%	f	f%	f	f% total
Sexo						
Feminino	31	96,87	29	87,87	60	92,30
Masculino	1	3,12	4	12,12	5	7,69
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00
IMC pré-cirúrgico						
25 a 29,9	-	-	-	-	-	-
30 a 39,9	4	12,50	4	12,12	8	12,30
≥ 40	28	87,50	29	87,87	57	87,69
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00
IMC pós-cirúrgico						
25 a 29,9	-	-	21	63,63	21	63,63
30 a 39,9	-	-	12	36,36	12	36,36
≥ 40	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	33	100,00	33	100,00
Idade						
21-30	7	21,87	4	12,12	11	16,92
31-40	15	46,87	20	60,60	35	53,84
41-50	8	25,00	6	18,18	14	21,53
51-69	2	6,25	3	9,09	5	7,69
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00
Tempo de cirurgia						
Seis a 18 meses	-	-	19	57,57	19	57,57
19 a 24 meses	-	-	8	24,24	8	24,24
24 a 33 meses	-	-	6	18,18	6	18,18
Total	-	-	33	100,00	33	100,00
Filhos						
0	9	28,12	12	36,36	21	32,30
1 a 3	19	59,37	19	57,57	38	58,46
>3	4	12,50	2	6,06	6	9,23
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00
Estado civil						
solteiro	13	40,62	12	36,36	25	38,46
Casado/amasiado	14	43,75	19	57,57	33	50,76
separado	5	15,62	2	6,06	7	10,76
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00
Grau de Escolaridade						
Analfabeto	1	3,12	0	0	1	1,53
Fundamental incompleto	6	18,75	5	15,15	11	16,92
Ensino fundamental	3	9,37	3	9,09	6	9,23
Ensino médio incompleto	1	3,12	4	12,12	5	7,69
Ensino médio	17	53,12	11	33,33	28	43,07
Superior incompleto	2	6,25	4	12,12	6	9,23
Superior	2	6,25	6	18,18	8	12,30
Total	32	49,23	33	50,76	65	100,00

Com relação à história familiar de obesidade, no Grupo 1 90,62% apresentam algum parente de primeiro ou segundo grau com obesidade e 9,37% não. No outro Grupo, 96,96% têm histórico familiar de obesidade e 3,03% não (um participante).

A motivação para cirurgia não foi possível categorizar, mas dentre os motivos que levaram os participantes a escolherem essa forma de tratamento estão: a expectativa de emagrecer; a preocupação com a saúde e a prevenção de doenças; a preocupação com a estética e a imagem corporal; a discriminação e o estigma social (dificuldade de arranjar emprego, de se locomover, andar em lugares públicos e se sentirem fiscalizados, entre outras) e as questões emocionais (baixa auto-estima, dificuldade de se ver no espelho por se achar feia, dificuldade no relacionamento amoroso e/ou familiar). Outros pontos também apontados pelos participantes foram: a pressão da família quanto ao fato de não conseguirem emagrecer, o estímulo de pessoas que estão na mesma situação e o depoimento e o resultado de pessoas que fizeram à cirurgia bariátrica.

Com relação às opções de tratamento, a maioria dos participantes relatou ter utilizado medicamento e/ou fórmula para emagrecer e feito as mais diversas dietas, até as mais radicais. Também foram apontados, a atividade física e remédios caseiros, como o uso de chás.

Quanto ao início da obesidade o Grupo 1 relatou que 40,62% são obesos desde a infância, 37,5% tornaram-se na fase adulta, 6,25% na adolescência e 15,62% atribuíram o ganho de peso à gestação. No Grupo 2, 40,62% na infância, 18,75% na adolescência, 37,50% na idade adulta e 6,25% após a gestação.

A condição ocupacional foi dividida em quatro grupos: 1 - do lar (pessoas que apenas trabalham em casa, cuidando de filhos e afazeres domésticos), 2 -

estudante, 3 – desempregado, 4 - empregado (aqueles que têm alguma ocupação: autônomo, empregada doméstica, profissional liberal, que trabalham no comércio, vendedor, entre outras) e 5 – aposentado. No Grupo 1 56,25% estão empregados, 28,12% é considerado do lar, 9,37% estudante e 6,25% desempregado. No outro Grupo, 72,72% estão empregados, 21,21% é considerado do lar, 3,03% é aposentado e 3,03% está desempregado. Percebe-se que o índice de pessoas empregadas é maior no grupo que já fez a cirurgia.

Também foi possível avaliar os problemas considerados clínicos incluindo: dificuldades locomotoras e físicas (dores, cansaço, falta de ar), bem como doenças associadas à obesidade tais como, hipertensão arterial, dislipidemia, problemas cardiovasculares, artrose, diabetes, alteração na menstruação, entre outras. No Grupo 1 71,87% relataram de um a três problemas clínicos, 6,25% apontaram cinco problemas e 21,87% nada relataram.

No Grupo pós-cirúrgico, 72,72% apresentaram de um a seis problemas clínicos e 27,27% nada relataram. É importante ressaltar que neste Grupo os problemas clínicos são também de outra ordem. Foram referidos, anemia, problemas de pedra na vesícula e algumas complicações pós-cirúrgicas. Além de alguns participantes ainda apresentarem artrose, varizes, problemas na visão, hipertensão e osteoporose.

Também foi perguntado sobre o uso contínuo de medicamento, não importando a quantidade, o que significa dizer que pode ter participantes que utilizam mais de um medicamento. No Grupo pré-cirúrgico, 31,25% fazem uso de medicação e 68,75% não. No outro Grupo, 93,93% utilizam medicamento e 6,06% não. É necessário destacar que no caso dos participantes desse Grupo (pós-operados) essa medicação relatada diz respeito também ao suplemento vitamínico,

que é recomendado para uso contínuo após a cirurgia. Todavia, há pessoas utilizando conjuntamente medicação para anemia, hipertensão e artrose. Como também foi observado que uma pequena porcentagem nem o suplemento usam.

Investigou-se também o uso do tabaco. No Grupo pré-cirúrgico 3,12% é tabagista (uma participante) e 96,87% não. O Grupo pós-cirúrgico, 12,12% são tabagistas (quatro participantes) e 87,87% não.

A prática ou não de atividade física também foi investigada (caminhada, academia e/ou esportes). No Grupo 1, 18,75% fazem alguma atividade física e 81,25% não. Nesse caso, alguns relataram dificuldade de praticarem algum exercício físico pelo excesso de peso e por causa das dores físicas, uma vez que já estão comprometidos com artrose e/ou problemas na coluna. Nesse sentido, a prática de alguma atividade deve ser monitorada por um profissional. Também houve relato de pessoas que não se consideram ativas por não gostarem de atividade física.

No Grupo pós-operado, a presença de atividade física é maior 69,9%. No entanto, mesmo com a diminuição do excesso de peso, 30,30% não praticam atividade física. Nesse caso foram observadas duas situações: de um lado aqueles que não praticavam algum exercício físico antes da cirurgia, permaneceram sedentários após a cirurgia. Por outro lado, houve casos em que os que não praticavam alguma atividade física antes, iniciaram após a cirurgia.

Foi investigado também se os participantes tinham prática sexual. No Grupo 1 56,25% relataram serem ativos sexualmente e 43,75% não. Já no outro Grupo, 78,78% são ativos e 21,21% não.

Foi perguntado aos participantes se eles já tinham passado por tratamento psicológico e psiquiátrico. Com relação a terem feito psicoterapia, no Grupo 1 9,37%

já se submeteram a tratamento com um psicólogo (três participantes), 3,12% estão em psicoterapia e 87,50% nunca passaram por psicoterapia. No Grupo 2, a porcentagem de pacientes que fez psicoterapia aumentou para 24,24%. Nesse Grupo, nenhum paciente está em psicoterapia e 75,75% não passou por tratamento psicológico. É importante enfatizar que todos os participantes passaram pela avaliação psicológica que, segundo seus relatos, constou de no máximo seis sessões com uma psicóloga do hospital, não havendo, portanto, naquela ocasião, acompanhamento psicológico prolongado nem antes da cirurgia e nem após a cirurgia. No entanto, não se pode inferir se os participantes precisariam de um atendimento psicoterápico, a não ser conhecendo caso a caso.

O outro ponto investigado foi à questão do tratamento psiquiátrico. No Grupo 1, 6,25% já passaram por esse tratamento e 93,75% não. No Grupo 2, 3,03% já fizeram tratamento com um psiquiatra (um participante) e 96,96% não.

Por fim, foi perguntado aos participantes sobre o consumo ou não de bebida alcoólica. Nesse item, foram consideradas afirmativas as respostas que diziam consumir: eventualmente, socialmente, levemente, moderadamente, aos fins de semana e algum caso que relatou beber além do moderado. No Grupo pré-cirúrgico, 50% dos participantes relataram à ingestão de bebida alcoólica e na mesma proporção 50% referiram o não consumo. No Grupo 2, 39,39% consomem algum tipo de bebida alcoólica e 60,60% não. Dos que fazem uso do álcool no Gr 2, quatro participantes relataram que consomem todo fim de semana e um desses contou que antes bebia exageradamente e que agora moderou. Esses resultados precisam ser vistos com cautela, uma vez que não foi possível realizar um levantamento criterioso e categorizar a quantidade do consumo de álcool.

Instituição

A pesquisa foi realizada num Hospital Universitário de uma cidade do Nordeste do Brasil, que possui um Serviço de Cirurgia da Obesidade. Este serviço conta com uma equipe composta por profissionais de diversas especialidades tais como: cirurgia, endocrinologia, cardiologia, nutrição, psicologia, enfermagem, pneumologia e serviço social. O serviço teve início em 2001 e obteve o credenciamento como serviço de referência do tratamento cirúrgico da obesidade pelo Ministério da Saúde.

Instrumentos

Questionário de Dados Pessoais (Anexo B). Contendo itens relativos ao perfil sócio-demográfico (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, filhos, ocupação), e outros itens relativos à investigação de questões como: peso inicial e final para cálculo do IMC (índice de massa corpórea), tempo de cirurgia, quadro clínico (doenças associadas e/ou problemas considerados relevantes), uso de medicação, início da obesidade, hábitos de vida, tratamento psicológico e psiquiátrico, história familiar de obesidade, motivação para cirurgia e tratamentos anteriores para perda de peso.

Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS - 40) (Anexo D). Este instrumento foi adaptado e validado por Laloni (2001) a partir da *Symptom Check List – 90 – Revised (SCL-90-R)* (Derogatis, 1994). É constituída de 40 itens para avaliar sintomas psicopatológicos, distribuídos em quatro dimensões: 1) Psicoticismo, um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e

idéias paranóides, 2) Obsessividade e Compulsividade, um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais, 3) Somatização, compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes, 4) Ansiedade, um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos. O sujeito responde numa escala Likert de três níveis: 0 = nenhum, 1 = pouco e 2 = muito.

No Brasil, Laloni (2001) realizou uma pesquisa com população clínica que indicou boa validade de constructo e consistência interna da escala.

A escala SCL -90 - Revised tem sido utilizada na população que apresenta obesidade em outros países (Guisado et al., 2002).

Versão em Português da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS (Anexo D).

O estudo de tradução, validação e precisão em português foi feito primeiramente com amostra de universitários (Yoshida, 2000) (Anexo D). Recentemente, a versão em português foi validada para a população clínica (Yoshida, 2007). As propriedades psicométricas como boa consistência interna ($\alpha=0,72$), estabilidade (precisão teste e reteste de sete a dez dias= $0,72$) foram obtidas no estudo realizado por Yoshida (2005), bem como em outros estudos realizados com a TAS (Taylor & Bagby, 1985, Yoshida, 2000). A TAS-20, uma versão com 20 itens, foi recentemente adaptada para o português em estudo com universitários (Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli & Barbosa, 2005).

É um instrumento de auto-avaliação idealizado para medir o grau de alexitimia segundo quatro fatores: 1) habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais, 2) o sonhar acordado,

3) preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas e 4) habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas.

O instrumento possui 26 itens no qual o sujeito responde numa escala Likert de cinco pontos: 1 – discordo inteiramente, 2 – discordo, 3 – não sei, 4 – concordo e 5 – concordo plenamente. A análise se dá através do escores totais e variam entre 26 e 130. Na sua versão original (Taylor & cols.,1988) é considerado alexitímico o escore acima de 74 (incluindo), e abaixo de 62 (incluindo) é não alexitímico. Quando os valores estão entre 63 e 73, nada se pode concluir.

A TAS tem sido empregada em alguns estudos com obesos (De Chouly de Lenclave, et al., 2001; Morosin & Riva, 1997; Pinaquy, et al., 2003; Troisi et al., 2001; Wagner, 2000).

Inventário de Depressão de Beck – BDI (Cunha, 2001) (Anexo D).

É uma escala de auto-relato e foi desenvolvida para avaliar a intensidade dos sintomas de depressão. Possui 21 itens com quatro alternativas cada e a depressão é estimada segundo quatro níveis: mínimo, leve, moderado e intenso. A intensidade dos sintomas é analisada pelo escore total, obtido com a soma dos escores dos itens. A classificação da depressão é a seguinte: 0 -11 mínimo; 12 -19 leve; 20 -35 moderado e 36 -63 grave.

Foi elaborado a partir de estudos de observação, relato de sintomas e atitudes de pacientes psiquiátricos, não sendo proveniente de alguma teoria sobre depressão em particular. É indicado para pessoas entre 17 e 80 anos, embora tenham sido realizados estudos com populações de outras faixas etárias (Cunha, 2001).

O BDI tem sido utilizado no Brasil e em outros países com a população obesa (Jirik-Babb & Geliebter, 2003; Marcus, 2004; Matos et al., 2002; Pinaquy, et al., 2003; Troisi et al., 2001).

Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001) (Anexo D).

É uma escala de auto-relato que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. É constituída por 21 itens que devem ser avaliados pelo sujeito numa escala de quatro pontos que refletem: 1 – levemente, 2 – não me incomodou muito, 3 – moderadamente: foi muito desagradável mas pude suportar e 4 – gravemente: difícil de suportar. Para cada item atribui-se um escore individual que varia de 0 a 3 pontos. O escore total é feito pela soma total dos escores individuais e pode variar entre 0 e 63. A interpretação da versão em português é a seguinte: nível mínimo, escores de 0 -10; nível leve, escores de 11 - 19; nível moderado, escores de 20 - 30 e nível grave, escores de 31 - 63.

O instrumento foi criado para uso com pacientes psiquiátricos, mas mostrou-se também adequado para a população geral. A versão em português foi utilizada em grupos de pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos, incluindo estudantes e, em outros estudos que envolveram sujeitos da comunidade (Cunha, 2001). Tem se verificado o uso desse instrumento em pesquisa com obesos (Jirik-Babb & Geliebter, 2003).

Versão em Português da Defensive Style Questionnaire – DSQ- 40

(Anexo D). A tradução, adaptação e o estudo da validação do conteúdo da escala para o português do Brasil foram feitos por Blaya, et al. (2004), baseado na versão feita por Andrews, Sinh e Bond (1993). É um instrumento que serve para aferir e monitorar os mecanismos defensivos do ego (Blaya, Kipper, Perez Filho & Manfro,

2003). Ou seja, serve para identificar o estilo característico de como as pessoas lidam com o conflito, consciente ou inconscientemente.

É um questionário auto-aplicável composto de 40 questões que avaliam 20 defesas. As defesas estão relacionadas a três estilos ou fatores: maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); imaturo (projeção, agressão passiva, *acting-out*, isolamento, desvalorização, fantasia-autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização) e neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa). O sujeito responde numa escala de 1 a 9, no qual 1 indica discordo plenamente e 9 concordo plenamente (Blaya, et al., 2004). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores são obtidos pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator.

O DSQ - 40 já foi traduzido e validado em diferentes países e vem sendo utilizado em pesquisas brasileiras (Blaya et.al, 2006; Blaya, et al., 2003; Kipper, et.al, 2004; Kipper, et al, 2005).

Procedimento

Inicialmente, foi realizado um contato com o diretor do Hospital, a quem foi enviada uma carta de apresentação do projeto de pesquisa (Anexo E) e solicitação para realização da pesquisa. Logo que a pesquisadora obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário (Anexo C), deu-se início à coleta de dados que consistiu em:

1. Seleção dos dois grupos que participaram da pesquisa. Para a constituição do Grupo 1 a pesquisadora se baseou na lista de inscrição dos

pacientes que aguardavam por cirurgia. Para o Grupo 2, selecionou pacientes que tinham sido submetidos à cirurgia há no mínimo seis meses, apresentando o IMC igual ou superior a 40 Kg/m². Importante ressaltar que os pacientes em sua maioria foram operados com a técnica Fobi-Capella. As informações relativas aos participantes de ambos os grupos foram obtidas por um levantamento através dos prontuários dos pacientes. Deu-se preferência para os pacientes residentes na cidade em que a pesquisa foi realizada para facilitar o acesso a eles.

Havia sido definido no projeto, que para a constituição do Grupo 2 seriam selecionados pacientes que estivessem no período pós operatório entre seis meses a no máximo um ano, por se considerar que se tratava de um intervalo de tempo suficientemente para se observar possíveis mudanças psicológicas em função das alterações clínicas. Todavia, não foi possível respeitar esse prazo máximo de um ano após a cirurgia, primeiro por causa do número reduzido de cirurgias feitas mensalmente e segundo, porque havia um número razoável de pacientes provenientes de outras cidades. Dessa forma, o período teve que ser ampliado e oscilou entre seis a 18 meses pós-cirurgia. Acredita-se que esses dois fatores tenham prejudicado a coleta de dados, no entanto, não resultou necessariamente num viés metodológico, pois se observou que os pacientes, mesmo depois de um ano, ainda mantêm um padrão de mudanças psicológicas, clínicas e físicas.

2. Agendamento para aplicação dos instrumentos. O agendamento foi feito por telefone, com cada participante. Nessa conversa, a pesquisadora forneceu todas as explicações necessárias sobre os objetivos da pesquisa e de como seria o procedimento de aplicação, fazendo em seguida o convite para o comparecimento voluntário no dia e horário marcado. Porém, alguns participantes não aceitaram realizar o estudo.

Em se tratando desses agendamentos, houve certa dificuldade com o Grupo pós-cirúrgico, o que não ocorreu com o Grupo dos candidatos à cirurgia. A pesquisadora, enquanto estava no serviço de cirurgia da obesidade, percebeu que alguns pacientes dificilmente apareciam a não ser para a consulta com o cirurgião. Também não atualizam seus telefones de contato, e não comparecem mais às reuniões mensais para darem seus depoimentos. Isso ficou evidenciado principalmente à medida que o tempo após a cirurgia se ampliava. Para contornar este obstáculo, a pesquisadora passou a ir no dia em que o cirurgião tinha consulta com os pacientes e, nesse mesmo dia, abordava-os depois da consulta.

A coleta de dados se deu nas dependências do ambulatório, em salas que eram disponibilizadas em função da ocupação de cada dia.

3. Aplicação dos instrumentos. Verificou-se se os participantes apresentavam condições necessárias para responder às escalas, ou seja, condições emocionais e físicas (sem dor) para se concentrarem na tarefa. Em seguida, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) que era lido, na maioria das vezes, pelo próprio participante. No caso de aceite, solicitava-se sua assinatura.

Antes de iniciar esse estudo, a pesquisadora aplicou os instrumentos em duas pessoas com excesso de peso para verificar a possibilidade de aplicar todas as escalas num mesmo dia. Já antevendo que seria difícil agendar dois encontros com cada participante e assim alcançar o número da amostra proposto no projeto.

Nos casos em que foi percebida certa dificuldade em responder às escalas (baixo nível de escolaridade, ou dificuldade para enxergar), procedeu-se à aplicação assistida dos instrumentos (leitura dos itens pela pesquisadora). Para

evitar possível viés induzido pela ordem de apresentação dos instrumentos, ela foi alterada para cada participante.

Apesar dos cuidados tomados, observaram-se em alguns casos cansaço e impaciência de alguns participantes. Além, disto, alguns demonstraram dificuldade na compreensão de determinados itens da TAS, e em responder o DSQ-40 por causa das respostas serem pontuadas numa escala Likert de 1 a 9. Esse fato prolongou demasiadamente o tempo de aplicação, mas esses aspectos parecem não ter comprometido os resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Os perfis sócio-demográficos dos dois grupos amostrais se mostraram semelhantes sugerindo, portanto, que a utilização do delineamento correlacional de tipo *cross-sectional* foi oportuno.

As médias e os desvios padrão, relativos à avaliação da ansiedade, depressão, sintomas psicopatológicos e alexitimia são apresentadas na Tabela 2.

Em relação aos níveis de ansiedade, avaliados com o BAI, no Grupo 1 os escores variaram entre 1 e 32 (Mo=10, M= 11,62 e DP= 7,20) e no Grupo 2 entre 0 e 22 (Mo= 3, M= 6,90 e DP=6,09). Quanto aos níveis de intensidade da ansiedade, no Grupo 1, 53,12% apresentavam nível mínimo de ansiedade, 31,25% ansiedade leve, 12,5% ansiedade moderada e apenas 3,12% tinham sintomas ansiosos graves. No Grupo 2 os resultados apontaram para 81,81% com ansiedade mínima, 12,12% leve e 6,06% com ansiedade moderada, e nenhum participante apresentou ansiedade grave. Isto é, em ambos os Grupos predominaram os níveis de ansiedade mínima seguidos dos de ansiedade leve. Mas comparando os dois Grupos amostrais, o Grupo 2 apresentou escore médio de ansiedade significativamente inferior ao do Grupo 1 ($t=2,88$, $p<0,01$).

Em relação à intensidade dos sintomas de depressão, estimado pelo BDI, os escores do Grupo 1 variaram entre 2 e 31 (Mo=19, M= 15,06 e DP= 7,27) e no Grupo 2, entre 0 e 20 (Mo= 7 M= 7,60 e DP= 4,64). Com relação aos níveis de depressão, no Grupo 1, 34,37% apresentaram depressão considerada mínima, 40,62% depressão leve, 25% depressão moderada e inexistência de depressão grave. No Grupo 2 81,81% apresentaram depressão considerada mínima, 15,15% leve e 3,03% moderada e nenhuma grave. Como para os níveis de ansiedade, predominaram os níveis mínimos e leve nos dois grupos, havendo uma diferença

significativa entre os escores médios dos dois grupos, com o Grupo 2 tendo escore médio significativamente inferior que o Grupo 1 ($t= 4,97$, $p < 0,001$).

Quanto aos resultados da EAS-40, o Grupo 1 apresentou escore médio total ($M=0,48$ e $DP= 0,35$) mais elevado que o Grupo 2 ($M=0,31$ e $DP= 0,20$), com uma diferença significativa entre os grupos ($t= 2,97$, $p < 0,005$). As diferenças também foram significantes nos sintomas que dizem respeito ao Fator 2 (obsessividade e compulsividade - conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais) e ao Fator 3 (somatização – compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes), respectivamente, $t= 2,21$, ($p < 0,005$) e $t=3,42$ ($p < 0,001$), indicando uma diminuição da presença desses sintomas no Grupo 2.

Nos Fatores 1 e 4, os escores foram superiores no Grupo 1 ($M=0,29$ e $DP=0,23$; $M= 0,29$ e $DP= 0,26$, respectivamente) e menores no Grupo 2 ($M=0,22$ e $DP=0,26$; $M=0,17$ e $DP= 0,20$, respectivamente), não havendo diferenças estatísticas significantes.

Tabela 2. Resultados da BAI, BDI, EAS- 40 e TAS dos Grupos 1 e 2.

Instrumentos Psicológicos	Grupo 1			Grupo 2			Teste t
	M	DP	min-max	M	DP	min-max	
<i>BAI</i>	11,62	7,20	1 - 32	6,90	6,09	0 - 22	2,88 ***
<i>BDI</i>	15,06	7,27	2 - 31	7,60	4,64	0 - 20	4,97 *****
<i>EAS-40</i>							
total	0,48	0,35	0,025-1,05	0,31	0,20	0,05-0,87	2,97 ****
F1	0,29	0,23	0 - 0,8	0,22	0,26	0 - 1	1,11
F2	0,61	0,39	0 - 1,4	0,42	0,28	0 - 1,1	2,21****
F3	0,73	0,41	0,1 - 1,5	0,42	0,31	0 - 1,2	3,42*****
F4	0,29	0,26	0 - 0,9	0,17	0,20	0 - 0,8	1,97
<i>TAS</i>							
total	68,25	9,81	50 - 86	61,60	9,41	35 - 78	2,78 ***
F1	27,90	7,65	14 - 44	22,63	6,03	13-41	3,08 ****
F2	10,68	3,40	4-15	11,06	2,93	4-16	-0,47
F3	16,34	2,77	9-22	15,51	2,38	10-22	1,29
F4	13,31	2,72	9-21	12,39	3,86	5-20	1,10

*p < 0,05 ** p < 0,02 *** p < 0,01 ****p < 0,005 ***** p < 0,001

Em relação à medida de alexitimia obtida com a TAS, o Grupo 1 apresentou escores entre 50 e 86 (Mo= 81, M= 68,25 e DP=9,81) e o Grupo 2 entre 35 e 81 (Mo=66, M=61,60 e DP= 9,41). Observa-se que os escores totais da TAS foram mais elevados no Grupo 1, havendo uma diferença significativa entre os Grupos ($t=2,78$, $p < 0,01$). O mesmo ocorreu com o Fator 1 que diz respeito à habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais, que apresentou médias elevadas para o Grupo 1, com diminuição significativa no Grupo 2 ($t=3,08$, $p < 0,005$). Em relação aos demais fatores as diferenças não foram significantes.

Tabela 3. Resultados da DSQ-40 dos Grupos 1 e 2.

<i>Instrumentos Psicológicos</i>	Grupo 1			Grupo 2			Teste t
	M	DP	min-max	M	DP	min-max	
<i>DSQ</i>							
F1- maduro	11,76	2,50	5 – 16,5	12,26	2,27	7,5 – 16,75	-0,86
F2- neurótico	10,23	2,41	6 – 15,5	9,56	3,05	4 – 16	0,98
F3- imaturo	8,44	2,29	5,25 – 14,25	7,25	1,75	3,66 – 10,83	2,38**
<i>Defesas do F1</i>							
Antecipação	6,92	2,05	1 - 9	7,01	1,63	3 – 9	-0,20
Humor	5,42	1,95	1 - 9	6,06	1,92	1 - 9	-1,36
Supressão	5,37	2	1 - 9	5,48	1,40	3 – 9	-0,26
Sublimação	5,81	2,10	2 - 9	5,90	2,34	2 – 9	-0,16
<i>Defesas do F2</i>							
Pseudo-altruísmo	6,23	1,69	3 - 9	5,40	2,29	1 – 9	1,69
Idealização	4,10	2,19	1 - 8	4,01	2,14	1 – 9	0,16
Formação reativa	5,35	2,14	1 - 9	5,54	2,40	1 – 9	-0,33
Anulação	4,76	2,13	1 - 9	4,46	2,40	1 – 9	0,53
<i>Defesas do F3</i>							
Projeção	3,34	2,20	1 – 8,5	1,86	1,11	1 - 5	2,96 ****
Agressão passiva	3,65	2,33	1 - 9	2,5	1,43	1 – 5,5	2,44**
<i>Acting out</i>	4,87	2,40	1 - 9	5	2,73	1 – 9	-0,20
Isolamento	3,75	1,91	1 - 9	3,46	2,03	1 – 8	0,60
Desvalorização	3,95	2,08	1 - 8	2,77	1,95	1 – 8	2,40**
Fantasia autística	3,57	2,38	1 - 9	2,27	1,43	1 – 5,5	2,70*
Negação	4,20	2,13	1 - 9	3,93	2,28	1 - 9	0,50
Deslocamento	4,42	2,31	1 - 10	2,21	1,39	1 – 6	4,80***
Dissociação	4,09	1,82	1 – 8,5	4,57	2,11	1 – 8,5	-1
Cisão	4,57	2,81	1 - 16	4,69	1,92	1 – 9	-0,20
Racionalização	6,54	2,22	2,5 - 14	6,45	1,98	1 – 9	0,17
Somatização	4,79	2,66	1 - 9	3,95	2,19	1 – 9	1,40

* p < 0,01 ** p < 0,02 *** p < 0,001 **** p < 0,005

Tomando como ponto de corte para a alexitimia o escore acima de 74 (incluindo) e não alexitímico o escore abaixo de 62 (incluindo), no Grupo 1, 28,12% ficaram acima de 74 e 31,25% abaixo de 62, enquanto que 40,62% ficaram entre 63 e 73, faixa em que uma avaliação conclusiva sobre a alexitimia não é possível. No Grupo 2, 45,45% ficaram abaixo de 62 e apenas 9,09% acima de 74. E 45,45% ficaram entre 63 e 73.

Em relação ao estilo defensivo dos participantes, de acordo com o DSQ-40 (Tabela 3), o Grupo 1 apresentou Mo= 9,5, M= 11,76 e DP= 2,50 no estilo maduro; Mo= 9,25, M= 10,23 e DP= 2,41 no neurótico e Mo= 6,16, M= 8,44 e DP=2,29 no imaturo. No Grupo 2, o fator maduro apresentou Mo= 13, M= 12,26 e DP=2,27, o fator neurótico Mo= 9,5, M= 9,56 e DP=3,05 e por fim, o imaturo, Mo= 7,16, M=7,25 e DP=1,75. Apenas no estilo imaturo a diferença entre os escores médios dos grupos foi significativa, indicando uma tendência dos participantes do Grupo 1 apresentarem mais defesas imaturas do que os do Grupo 2 ($p<0,02$). Efetivamente, os escores médios de defesas tais como: projeção ($p< 0,005$), agressão passiva ($p<0,02$), desvalorização ($p<0,02$), fantasia autística ($p<0,01$) e deslocamento ($p<0,001$), foram significativamente inferiores no Grupo 2, indicando que elas são menos utilizadas pelos participantes deste Grupo, quando comparadas aos dos Grupo 1.

A Tabela 4 contempla o item 3 dos objetivos específicos e traz os resultados dos coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre o IMC, pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, e os escores do BAI, BDI, EAS-40 e TAS.

Não foram observadas associações entre os IMCs e as variáveis ansiedade, depressão e sintomas psicopatológicos. No entanto, houve correlação negativa e significativa, ainda que modesta, no Fator 2 da TAS no Grupo 1 ($r= -0,35$,

$p < 0,05$), que diz respeito ao sonhar acordado, indicando que o nível de fantasia tende a decrescer com o aumento do IMC.

Tabela 4. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre o IMC, BAI, BDI e TAS

<i>Instrumentos Psicológicos</i>	Grupo 1	Grupo 2
	Pré-cirúrgico	Pós-cirúrgico
<i>BAI</i>	0,17	-0,13
<i>BDI</i>	0,25	-0,10
<i>EAS-40 total</i>	0,08	-0,11
F1	0,07	-0,13
F2	0,24	-0,02
F3	-0,13	-0,14
F4	0,09	-0,05
<i>TAS total</i>	-0,05	0,09
F1	0,07	0,14
F2	-0,35*	-0,03
F3	0,18	0,03
F4	-0,16	-0,05

* $p < 0,05$

A Tabela 5 traz o resultado dos coeficientes de correlação entre o IMC e o DSQ-40. Não foram observadas associações significantes entre o IMC do grupo pré-cirúrgico e os três fatores do DSQ-40, ainda que no Fator 3 ($r = 0,32$), o coeficiente tenha ficado próximo ao valor crítico, sugerindo uma possível relação positiva entre o uso de defesas imaturas e aumento do IMC.

No Grupo 2, a correlação foi negativa e significativa, embora fraca, no Fator 1 (maduro) ($r = -0,35$, $p < 0,05$), sugerindo que quando o IMC diminui aumenta o uso de defesas maduras pelo sujeito, em direção a um funcionamento psicológico mais adaptativo.

As correlações foram positivas e fortemente significantes nas defesas imaturas *acting out* ($r = 0,50$ $p < 0,005$) e fantasia autística ($r = 0,39$ $p < 0,05$) para o

Grupo 1 sugerindo que à medida que aumenta o IMC aumenta o uso dessas duas defesas. No Grupo 2, a correlação foi positiva e significativa também na defesa *acting out* ($r= 0,38$ $p < 0,05$), sugerindo que o sujeito mesmo tendo aumentado o uso de defesas mais maduras quando perde peso, ainda continua tendo essa defesa como característica. Sobretudo, dá indício de que o *acting out* é uma defesa empregada por essa população, independente do IMC.

Tabela 5. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre o IMC e o DSQ-40

<u><i>Instrumentos Psicológicos</i></u>	Grupo 1	Grupo 2
	Pré-cirúrgico	Pós-cirúrgico
<i>Defesas do F 1</i>		
Antecipação	0,12	-0,17
Humor	0,18	-0,26
Supressão	0,12	-0,09
Sublimação	0,02	-0,29
<i>Defesas do F2</i>		
Pseudo-altruísmo	0,16	-0,26
Idealização	0,10	-0,19
Formação reativa	0,10	0,14
Anulação	0,20	-0,06
<i>Defesas do F3</i>		
Projeção	0,02	0,11
Agressão passiva	0,18	-0,22
<i>Acting out</i>	0,50**	0,38*
Isolamento	0,19	0,18
Desvalorização	0,04	0,14
Fantasia autística	0,39*	0,12
Negação	0,04	-0,00
Deslocamento	0,04	-0,10
Dissociação	0,16	0,07
Somatização	0,10	0,10

* p < 0,05 ** p < 0,005

As Tabela 6 e 7 trazem as Matrizes de Correlação, respectivamente, dos Grupo 1 e 2, entre todas as variáveis em estudo. No Grupo 1, observaram-se associações positivas e significantes entre o fator imaturo do DSQ-40 (F3), BAI, EAS-40 e a TAS ($p < 0,05$), corroborando com a expectativa teórica de que defesas imaturas se relacionam com o nível de ansiedade, sintomas psicopatológicos e alexitimia. Apenas não foi observada correlação significativa entre depressão e o fator imaturo do DSQ-40.

De forma surpreendente, a depressão e os sintomas psicopatológicos se associaram positivamente com as defesas maduras, indicando uma possível especificidade da amostra e/ou um viés dos resultados em função dos dados estarem próximos ao valor crítico e serem modestos. Portanto, não se pode concluir que a depressão e os sintomas psicopatológicos estejam associados ao fator maduro do DSQ-40 (F1), havendo necessidade de novas pesquisas para elucidar essa questão.

A correlação foi positiva entre o F2 e F3 do DSQ-40 ($r=0,54$, $p < 0,01$), sugerindo que quando o IMC é maior há utilização dessas duas defesas, imaturas e neuróticas. Dentro do esperado, houve correlação positiva e forte entre depressão e ansiedade ($r=0,64$, $p < 0,001$), sintomas psicopatológicos e ansiedade ($r=0,60$, $p < 0,001$). Também foi observada associação positiva entre sintomas psicopatológicos e depressão ($r=0,53$, $p < 0,01$), corroborando a expectativa teórica.

No Grupo 2, as associações são encontradas entre as defesas imaturas e a EAS-40 ($r= 0,35$ $p < 0,05$). As relações observadas no Grupo 1 entre as defesas imaturas e as variáveis ansiedade, sintomas psicopatológicos e alexitimia perdem força no Grupo 2 quando comparado ao Grupo 1, possivelmente devido a queda nos escores totais dessas variáveis.

Tabela 6. Matriz de Correlação do Grupo 1

	<i>DSQ F1</i>	<i>DSQ F2</i>	<i>DSQ F3</i>	<i>BAI</i>	<i>BDI</i>	<i>EAS-40</i>	TAS
<i>DSQ F1</i>							
<i>DSQ F2</i>	0,20						
<i>DSQ F3</i>	0,31	0,54**					
<i>BAI</i>	0,30	-0,02	0,41*				
<i>BDI</i>	0,35*	-0,08	0,31	0,64***			
<i>EAS-40</i>	0,34*	0,10	0,44*	0,60***	0,53**		
<i>TAS</i>	-0,22	0,01	0,36*	0,12	0,01	0,27	

*p < 0,05 ** p< 0,01 ***p< 0,001

O BDI se correlacionou positivamente com o fator maduro do DSQ-40 ($r=0,40$ $p < 0,02$), sugerindo que defesas maduras são acompanhadas de níveis baixos de depressão, como observado no Gr 2. Também observou-se associação positiva e significativa porém mais fraca entre o fator imaturo e o fator neurótico do DSQ-40 ($r=0,54$, $p < 0,01$).

O fator imaturo e os sintomas psicopatológicos ($r=0,35$, $p < 0,05$) também se correlacionaram positivamente, indicando que com a diminuição da sintomatologia psicopatológica há uma queda no uso de defesas imaturas, conforme o esperado teoricamente. Da mesma forma, a associação foi positiva entre ansiedade e sintomas psicopatológicos ($r=0,80$, $p < 0,001$), e ansiedade e depressão ($r=0,44$, $p < 0,01$). A relação foi positiva entre o BDI e a EAS-40, assinalando que com a diminuição da depressão há uma redução dos sintomas psicopatológicos.

De modo diferente, a TAS se correlacionou positivamente com a EAS-40 e não mais com o fator imaturo do DSQ-40 como no Grupo 1 ($r=0,43$, $p < 0,02$), dando

indício de que a alexitimia presente mesmo em menor grau (9,09%) não está associada a defesas imaturas, mas se relaciona aos participantes que ainda apresentam alguma psicopatologia.

Esses dados mostram que a diminuição dos escores médios das variáveis no Grupo 2, permite explicar boa parte das associações observadas entre elas. Ou seja, na tabela 7 as correlações observadas devem ser interpretadas levando em conta os baixos escores verificados na avaliação das variáveis no Grupo 2. Em contrapartida, a tabela 6 mostrou que as correlações foram relatadas a escores superiores.

Tabela 7. Matriz de Correlação do Grupo 2

	<i>DSQ F1</i>	<i>DSQ F2</i>	<i>DSQ F3</i>	<i>BAI</i>	<i>BDI</i>	<i>EAS-40</i>	TAS
<i>DSQ F1</i>							
<i>DSQ F2</i>	0,26						
<i>DSQ F3</i>	0,21	0,42**					
<i>BAI</i>	0,24	0,03	0,31				
<i>BDI</i>	0,40**	0,30	0,27	0,44***			
<i>EAS-40</i>	0,19	0,01	0,35*	0,80****	0,54****		
<i>TAS</i>	0,14	-0,15	0,11	0,33	0,32	0,43**	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,02$ *** $p < 0,01$ **** $p < 0,001$

Por fim, as associações verificadas entre as medidas vão de encontro com a perspectiva teórica de que essas variáveis estariam interligadas de alguma forma nos casos de obesidade.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, a discussão se fará primeiramente, sobre cada uma das variáveis estudadas e as associações com o que foi verificado na literatura. Posteriormente, serão feitas as conjeturas a partir da pesquisa.

Um fator verificado no estudo é a média total da perda de peso, que se mostrou dentro do esperado, indicando que a cirurgia bariátrica é de fato um tratamento que tem mostrado sucesso na maioria dos casos, pois promove o emagrecimento, diminui as doenças associadas e aumenta a qualidade de vida (Dixon, et al. 2003; Dymek, et al., 2002; Fandiño, et al., 2004; Garrido, 2001; Gemert, et al, 1998; Malone & Mayer, 2004; Melo 2001; Peixoto & Geloneze, 2006). Deve-se lembrar, no entanto, que esta perda nem sempre se mantém ao longo do tempo como o indicam estudos de *follow-up*, que apontam uma perda de peso insuficiente após a cirurgia, (Garrido, Jr, 2004; Salameh, 2006) ou ganho de peso, voltando a um patamar de obesidade grau III (Silva, 2005).

Em relação aos resultados da presente pesquisa, embora não se tenha realizado o seguimento, 36,36% da amostra do Grupo 2 continuavam dentro da faixa de IMC de 30 a 39,9 kg/m², o que caracteriza uma obesidade de grau II. Ou seja, apesar de perderem peso, mantinham-se dentro da faixa de risco, sugerindo a necessidade de outras modalidades de intervenção, dentre as quais deve ser incluída a psicoterápica na medida em que fatores psicológicos podem contribuir para a dificuldade na perda de peso.

Outro fato que merece consideração, refere-se à média de peso do Grupo 1 que foi de 111,35kg, bem menor do que a média verificada pelo levantamento de Garrido Jr.(2000) na população que se submeteu a cirurgia, usualmente em torno de 156kg.

Foi observado também que 12,50% dos participantes do Grupo 1 apresentaram IMC entre 30 e 39,9kg/ m², que não corresponde ao grau de obesidade III. De acordo com a literatura, o IMC não é apenas o único critério para indicação cirúrgica, havendo necessidade de se considerar o quadro geral de saúde (Fandiño, et al., 2004). Ou seja, pessoas com IMC menor na presença de doenças associadas, que reflitam em risco á saúde, também têm indicação para tratamento cirúrgico. Fato também confirmado no levantamento de Garrido Jr. (2000), no qual a média de IMC pré-cirúrgico ficou entre 37 a 93kg/ kg/ m². Contudo, a maioria dos participantes estava dentro do patamar de IMC (≥ 40 kg/ m²) comumente indicado para cirurgia.

O predomínio de mulheres na amostra também coincide com o que é apontado por pesquisas realizadas em outros contextos sócio-culturais, em que as mulheres correspondem à maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Fabricatore & Wadden, 2003; Halpern & Mancini, 2000a; Travado, et.al, 2004).

Algumas características sócio-demográficas (sexo, IMC, estado civil) e aspectos quanto à presença de história familiar de obesidade, motivação cirúrgica (saúde, baixa auto-estima, expectativa de perda de peso) e início da obesidade na infância, corroboraram com duas pesquisas realizadas (Porto, et al., 2002; Travado, et al., 2004).

Depressão

De acordo com os achados, o nível de sintomas depressivos verificado antes da cirurgia era em média leve e diminuiu após a cirurgia, indicando que a

população atendida na instituição pesquisada não difere de outras relatadas na literatura em que níveis semelhantes foram encontrados.

Por exemplo, a pesquisa brasileira realizada por Franques e Ascencio (2006), no estado de São Paulo com pacientes que se preparavam para a cirurgia, indicou a presença de depressão leve nos candidatos a cirurgia. Outros exemplos seriam o estudo americano de Dixon et al. (2003), que examinou a associação da depressão com obesidade severa, antes e depois da cirurgia, e cujos resultados são semelhantes aos dessa pesquisa em termos dos escores médios do BDI e quanto ao melhoramento da variável depressão após o procedimento cirúrgico; a pesquisa realizada por Dymek, et al. (2002) também indicou que antes da cirurgia os pacientes apresentaram um nível leve de depressão e após o procedimento, os escores caíram para depressão mínima; ou ainda o estudo americano de Malone e Mayer (2004) que mostrou dados compatíveis quanto aos escores do BDI e quanto ao melhoramento nos escores do BDI após a cirurgia.

No entanto estes resultados não são consensuais, uma vez que muitas outras pesquisas (por ex., Borges, 1998; Guisado et al. 2002; Matos et al., 2002; Sánchez et al., 2003; Sarwer, et al., 2004) apontaram para a associação da obesidade com índices mais elevados de depressão. Além disto, deve-se destacar que 25% dos participantes do Gr 1 apresentaram nível moderado de sintomas depressivos, sugerindo, portanto, que um quarto da população atendida merece atenção quanto a este aspecto, e que a população de obesos de Grau III é heterogênea no que respeita aos sintomas depressivos.

Com base nestes dados pode-se dizer que a população de obesos submetidas à cirurgia bariátrica e atendida na instituição pesquisada, não parece diferir da população não-obesa em termos de presença de depressão, uma vez que

também se espera encontrar pessoas com sintomas moderados de depressão entre pessoas não obesas. A melhora nos sintomas de depressão após a cirurgia pode ser vista como resultado da melhora em todo o quadro clínico, devido à proporção do peso perdido.

A título de sugestão, pode-se pensar que a psicopatologia pode ser maior em casos específicos no qual a obesidade severa está associada a transtornos alimentares. Ou até na população com obesidade severa em tratamento convencional, apesar de não ter sido objeto desse estudo. Questões que precisam ser verificadas com outros estudos.

Ansiedade

Quanto à ansiedade, os resultados apontaram para um nível leve, entre os candidatos à cirurgia e a sua diminuição após a perda de peso. Estes resultados contrariam em parte as expectativas da pesquisadora, que esperava encontrar níveis mais elevados de ansiedade, visto que ela é apontada por alguns como associada a distúrbios do comportamento alimentar (por ex., Matos, et al., 2002; Rydé et al., 2003).

Todavia, como em relação aos sintomas depressivos, não há consenso na literatura, havendo estudos como o presente que indicaram a presença de graus mais brandos de ansiedade antes da cirurgia. Especificamente, o estudo de Capitão e Tello (2002) apresentou similaridade entre os resultados dessa pesquisa, ao verificar traço ou estado de ansiedade abaixo do normal em mulheres com obesidade grau III, utilizando o IDATE.

Outros fatores que também podem explicar os dados sobre a ansiedade dessa pesquisa seriam que candidatos à cirurgia já contariam com o “recurso de cura” para sua obesidade e não se preocupariam muito em perder peso. Diferentemente daqueles tratados convencionalmente, pois ao fazerem dietas, a restrição alimentar, a pressão e preocupação em manter o peso perdido, funcionariam como fatores ansiogênicos. Não significa dizer que as pessoas tratadas de forma cirúrgica não tenham que controlar a alimentação e perder peso, ao contrário. Os profissionais sugerem que os candidatos façam um acompanhamento nutricional que possibilite a perda de peso, a fim de diminuir as possíveis complicações no momento da cirurgia, mas estes pacientes contam com o apoio e a orientação de vários profissionais, que os ajudam a enfrentar as dificuldades encontradas. Segundo fator, os candidatos à cirurgia podem apresentar um comportamento menos apreensivo pela expectativa de que o tratamento cirúrgico possibilite a manutenção da perda de peso definitiva. Por outra via, a restrição alimentar pós-cirúrgica, induzida pela capacidade menor do estômago, pode resultar em alguns casos numa ansiedade ainda maior.

De acordo com o artigo “Psychological Considerations” (2006) a explicação para a redução da ansiedade está no fator da educação alimentar, que deve ser trabalhada durante a avaliação psicológica antes da cirurgia. Caso o entendimento dos componentes emocionais do comportamento alimentar seja alcançado, a melhora após o procedimento cirúrgico pode ser significativa.

O terceiro fator estaria ligado ao fato de estar na fila da cirurgia e o curto tempo de espera (de um a no máximo dois anos). Talvez essa seja uma variável relevante para o controle ou pelo menos o não aumento dos níveis de ansiedade. Em comparação a grandes centros do país, que realizam a cirurgia pelo SUS, o

tempo de espera é muito maior e por vezes as pessoas acabam por desacreditar e ou/ desistir da cirurgia de obesidade. Nesse sentido, os participantes deste estudo se sentem mais confortados e mais esperançosos. Outro aspecto pode ser a média de peso verificada nessa população apta a cirurgia. Comparado a outras amostras, a média é relativamente menor (Garrido Jr, 2000; Travado, et al., 2004; Dymek, et al, 2002). E por fim, o próprio aspecto social e cultural da amostra desta pesquisa pode estar contribuindo na explicação quanto aos níveis baixos de ansiedade.

Sintomas Psicopatológicos

Em relação à medida de severidade dos sintomas psicopatológicos, como não há dados normativos para a EAS-40, a interpretação dos escores deve ser feita comparando-os com os de outras pesquisas brasileiras. Neste sentido, os resultados serão confrontados com os de Laloni (2001) relativos à pacientes de hospital geral, Yoshida e Silva (2006) com população de estudantes universitários, e o de Pregnoatto (2005) com pacientes com insuficiência renal crônica.

Verificou-se que o IGS (Índice Geral de Severidade) médio tanto do Gr1 (0,48, DP= 0,35) quanto do Gr 2 (0,31, DP=0,20) foi menor do que as duas pesquisas com população clínica (Laloni, 2001; Pregnoatto, 2005). No primeiro estudo, a média verificada foi de 1,47 e DP= 0,94 no sexo feminino, e M= 1,36 e DP= 0,92 para o sexo masculino. No segundo estudo, a média total foi de 0,63 e DP= 0,37.

Já na pesquisa com universitários (Yoshida & Silva, 2006), a média do IGS no sexo masculino foi de 0,55 e DP= 0,40 e no sexo feminino, M= 0,60 e DP= 0,41, mas próxima do que foi verificado nesse estudo. O que se constatou, portanto, é que

a severidade da sintomatologia geral ficou mais próxima daquela verificada em população geral e, portanto, não clínica.

Analisando com minúcia os dados, no Fator 1 a média do Grupo 1 foi de 0,29 e DP= 0,23 e no Grupo 2, M= 0,22 e DP= 0,26. Comparando-os com a pesquisa de Yoshida e Silva (2006) em universitários, no qual os escores foram Masc: 0,56 e DP= 0,34 vs. Fem: 0,59 e DP= 0,42, os valores foram menores do que os constatados nessas duas pesquisas. Comparando-os com a pesquisa de Laloni (2001) que apontou para escores médios de Fem: M= 1,15 e DP= 0,83 vs. Masc: M= 1,20 e DP= 0,82, os escores também foram menores dos que os desta pesquisa com população clínica. A pesquisa de Pregnoatto (2005) também mostrou escores (M= 0,45 e DP= 0,40) maiores do que os verificados nesse estudo. Indicando que não houve sintomatologia psicopatológica de população clínica nessa dimensão.

No Fator 2, a média obtida no Grupo 1 aponta para 0,61 e DP= 0,39. No Grupo 2, M=0,42 e DP= 0,28, havendo diferença estatística entre os grupos ($t=2,21$, $p < 0,005$). Comparando-os com a pesquisa de Laloni (2001) que indicou Fem: M= 1,59 e DP= 0,96 vs. Masc: M=1,51 e DP= 0,96, os escores foram bem menores do que os verificados nessa pesquisa. Na pesquisa de Pregnoatto (2005) que indicou M= 0,71 e DP= 0,41, os valores foram mais próximos. Já na pesquisa de Yoshida e Silva (2006) que apontou para escores Fem: M= 0,76 e DP=0,40 vs. Masc: M= 0,77 e DP+ 0,40, os escores já foram maiores do que os verificados nesse estudo. Podendo, portanto, concluir que os escores dessa pesquisa ficaram muito abaixo dos verificados na população estudada por Laloni (2001) que apresentou sintomatologia psicopatológica considerada clínica.

No Fator 3 (M= 0,77 e DP= 0,46), os valores foram semelhantes aos resultados do estudo de Pregnoatto (2005). Comparando-os com a pesquisa de

Yoshida & Silva (2006), no qual verificou Masc: M= 0,53 e DP= 0,50 e Fem: M=0,55 e DP= 0,42, os escores foram maiores. No entanto, bem menor do que os escores encontrados no estudo de Laloni (2001) que apontaram para Fem: M= 1,62 e DP= 0,99 vs. Masc: M= 1,34 e DP= 0,91.

Os escores apresentados pelo Grupo 1 no F3 possibilita considerar valores de amostra sub-clínica, pois foi maior que o estudo com universitários de Yoshida e Silva (2006) e bem semelhante ao encontrado por Pregnoatto (2005) em população clínica. Indicando que, o Fator 3 (somatização) é uma dimensão verificada na população deste estudo.

A presença de somatização e obsessividade-compulsividade nos participantes do Grupo 1, também foi semelhante à pesquisa de Mamplekou, et al. (2005) e a de Guisado et al. (2002), que apontou para escores mais altos na duas dimensões, utilizando a SCL-90.

Loli (2000a), em sua dissertação com pacientes obesas, também verificou a presença de somatização, através de entrevistas clínicas. A pesquisa brasileira feita com a EAS-40 em pacientes com insuficiência renal crônica (Pregnoatto, 2005) também constatou a presença de escores maiores na dimensão somatização e obsessividade-compulsividade.

Segundo a EAS-40 (Laloni, 2001), a dimensão somatização representa sintomas mais característicos dos transtornos somatoformes de acordo com o DSM-IV-TR (2002) e inclui queixas de dor, com sintomas gastrointestinais e pseudoneurológicos, inclui ainda o transtorno dismórfico corporal e hipocondria (p.122). Ou seja, queixas relacionadas ao corpo e a insatisfações relacionadas a ele. O que é congruente com o esperado para populações de obesos. Na dimensão 2 da EAS-40 (obsessividade-compulsividade), há existência de sintomas de depressão,

ansiedade e preocupação excessiva (p.123). Contextualizando para a situação da obesidade, a dimensão 2 pode referir-se ao próprio ato de alimentar-se compulsivamente, o que estaria de certa forma reduzindo a ansiedade mas, causando certo desconforto e culpa. A somatização seria um reflexo do modo como às pessoas lidam com seus estressores internos, o que culmina num comportamento alimentar excessivo, que resulta na obesidade. Segundo Yoshida (2006), as doenças psicossomáticas são àquelas em que os fatores psicológicos intervêm em sua origem e/ou evolução.

No Fator 4, os escores médios do Grupo 1 ($M=0,29$ e $DP= 0,26$) e do Grupo 2 ($M=0,17$ e $DP= 0,20$) não apresentaram diferenças estatísticas significantes. Comparando-os com os valores encontrados no estudo de Laloni (2001) (Fem: $M= 1,53$ e $DP= 1,00$ vs. Masc: $M= 1,41$ e $DP= 0,99$), os valores foram inferiores aos desta pesquisa. Na pesquisa de Yoshida e Silva (2006) que indicou escores Fem: $M=0,49$ e $DP= 0,41$ vs. Masc: $M=0,34$ e $DP= 0,41$, os valores também se mostraram menores do que este estudo. Na pesquisa de Pregnolato (2005), a média verificada foram $0,58$ e $DP= 0,48$, também maiores do que as médias constatadas nesse estudo. Sugerindo que essa dimensão não está no patamar considerado clínico, indicando que não há presença de sintomatologia psicopatológica no F4.

A análise dos dados segundo as medidas das quatro dimensões da EAS-40 permite, portanto, observar a sensibilidade do instrumento em discriminar populações com perfis diferentes em relação à sintomatologia psicopatológica, constituindo-se num indicador de sua validade.

Baseado nessas comparações, os escores totais da EAS-40 foram considerados modestos e apresentaram índices de sintomatologia comparados ao

da população geral, considerando os parâmetros de estudos brasileiros com a EAS-40 para população clínica. No entanto, houve diferenças significativas tanto do escore geral quanto na dimensão 2 (Obsessividade-Compulsividade). Mas os escores altos e significantes, considerados clínicos, foram verificados no Fator 3 (somatização).

A princípio, não houve proposição quanto a um nível elevado de psicopatologia entre os candidatos antes e após a cirurgia. Conforme o que já foi discutido no item da depressão e ansiedade, a revisão da literatura não possibilitou uma congruência da associação entre obesidade e psicopatologia. O que foi possível constatar é que os níveis de sintomas psicopatológicos que já eram inferiores no pré-cirúrgico diminuíram ainda mais após a cirurgia.

Os resultados desse estudo são semelhantes à literatura quanto à suposição de que a psicopatologia presente nos casos de obesidade é semelhante a da população geral (Reto, 2003; Rosik, 2005; Travado, et al., 2005). Ou seja, os indivíduos com obesidade severa não necessariamente apresentam psicopatologia maior do que não-obesos. No entanto, os dados divergem dos estudos que apresentaram psicopatologia elevada (Mamplekou, et.al, 2005; Matos et.al, 2002; Sánchez, et al., 2003; Sarwer, et.al, 2004).

A melhora psicopatológica após a cirurgia foi semelhante a outros estudos (Dymek et.al, 2002; Gemert, et al., 1998; Maddi et al, 2001; Malone & Mayer, 2004; Mamplekou, et al., 2005).

A maioria dos pesquisadores defende a posição de cautela na generalização sobre o aspecto psicopatológico na obesidade (Benedetti, 2003; Fabricatore & Wadden, 2003; Wajner, 2000). O importante é perceber quando e como a psicopatologia aparece e que papel ela desempenha, dependendo de cada

caso. Apenas se fala em termos de suscetibilidade maior de psicopatologia entre grupos específicos: na obesidade severa e no grupo que apresenta transtornos alimentares conjuntamente.

Alexitimia

Como para a EAS-40, a TAS não possui normas para a população obesa, e, portanto, os resultados foram interpretados utilizando como referência os resultados de outras pesquisas brasileiras feitas com esta escala.

Comparando os escores totais da TAS (Gr 1: M= 68,25 e DP= 9,81 e Gr 2: M=61,60 e DP=9,41) com as médias verificadas nas pesquisas de Maciel e Yoshida (2006) com dependentes de álcool (M=78,65 e DP= 8); Medeiros (2002) com pacientes com retocolite (M=76, 44 e DP= 10,13), Pregnoatto (2005) com pacientes com insuficiência renal crônica (M= 74 e DP= 7,52); Regina (2006) com portadores de glaucoma (M=73,18 e DP=11,56), e Yoshida (2007) com pacientes de hospital geral (M= 72,8 e DP= 9,15), constatou-se que o escore total médio do Gr1 ficou abaixo de todos eles, estando mais próximo do valor encontrado em amostra de universitário por Silva (2004) (M=67,80, DP= 8,85). Isto é, o Gr 1 apresentou nível não clínico de alexitimia, que foi significativamente inferior no Gr 2 (M=61,60, DP=9,41), valor muito próximo do encontrado por Yoshida (2000) em amostra de universitários (M= 63,13, DP=10, 12).

Em relação aos escores médios do Gr 1, relativos aos fatores de F1 (27,90), F2 (10,68), F3 (16,34) e F4 (13,31), também ficaram muito próximos dos evidenciados pelos universitários, F1 (29,48), F2 (8,2), F3 (16,26) e F4 (13,65), na pesquisa de Silva (2004). Mostrando que em todas as dimensões de alexitimia, a

população de pacientes obesos estudada encontrava-se dentro dos limites não-clínicos. E esta constatação vale igualmente para os participantes do Gr2, pós-cirúrgico.

Analisando com mais detalhe os dados da TAS e tomando como ponto de corte tanto os escores comumente usados (alexítimico acima de 74, incluindo e não alexítimico o escore abaixo de 62, incluindo) quanto à indicação de Yoshida (2006), baseada em resultados de estudos brasileiros com a TAS de que escores maiores que 73 seriam indicativos de alexitimia também para a nossa realidade, verifica-se que 28,12% do Gr 1 estaria na faixa de alexítimicos, enquanto que no Gr 2, este percentual foi de 9,09%. Ou seja, apesar dos escores médios encontrarem-se em nível não clínico nos dois grupos, há indivíduos que demandam uma atenção especial em termos psicológicos, como já verificado nas demais medidas realizadas.

A alexitimia presente principalmente antes da cirurgia (28,12%), pode ser vista como uma alexitimia secundária. Segundo Yoshida (2006), esse tipo de alexitimia é definida como um estado transitório ou às vezes prolongado, se manifesta em pacientes com alguma doença incapacitante e pode ser um estilo defensivo que surge em situações específicas em que os limites dos recursos adaptativos da pessoa sejam ultrapassados. Ou ainda pode refletir num fator de proteção contra a significação emocional à gravidade da doença ou do acontecimento.

Algumas pesquisas têm corroborado com os resultados desse estudo no que diz respeito à presença de características alexítimicas na população obesa (Borges, 1998; De Chouly de Lenclave, et al., 2001; Loli 2000a; Wagner, 2000). Também é similar a pesquisa de Adami, et al., (2001), ao indicar que a obesidade

não é condição necessária para o aparecimento de alexitimia, uma vez que o escore médio da TAS não demonstrou patamar de população clínica.

No entanto, como a maioria das medidas psicológicas, não há consenso na área, visto que outros estudos, tais como os de De Chouly de Lenclave, et al. (2001), Pinaquy, et al., (2003) e Wagner, (2000) apontam que a população obesa apresenta índices mais elevados de alexitimia. De acordo com estas pesquisas, pessoas obesas têm certa dificuldade de nomear e descrever o que sentem, pois a obesidade é utilizada para camuflar os aspectos emocionais conflituosos e mobilizadores de sofrimento psicológico. São indivíduos que agem de forma prática e impulsiva, sem a capacidade de refletir sob os aspectos mais conflituosos e desadaptativos.

Ainda que existam obesos alexitímicos, é preciso ter cautela na generalização dos resultados e rotulação destes pacientes que, como referido na introdução, costumam ser vítima de preconceito e discriminação (Benedetti, 2003; Loli, 2000; Wajner, 2000.). É preciso enfatizar, com base nos resultados encontrados, que não se pode concluir que os obesos severos, principalmente os candidatos à cirurgia sejam mais alexitímicos do que não-obesos. Os resultados dessa pesquisa, de certa forma, são esclarecedores quanto à proporção de alexitimia nessa população, mas pesquisas são necessárias para elucidar melhor esse aspecto, que ainda é pouco estudado.

Nível de Maturidade Defensiva

Quanto aos fatores do DSQ-40, os dados gerais indicaram que ambos os grupos fizeram uso de todos os estilos defensivos, embora os escores médios

tenham apontado para o predomínio do estilo maduro (F1), seguido do estilo de defesa neurótico (F2), nos dois grupos. As médias do fator maduro foram menores no Grupo 1 e mais elevadas no Grupo 2, sem diferenças significantes.

No Fator 2, as médias foram mais elevadas no Grupo 1, não havendo também significância estatística. No Fator 3, imaturo, foi encontrada diferença significativa ($t=2,38$, $p < 0,02$), o que sugere, portanto, uma disposição do estilo defensivo imaturo entre os participantes do Grupo 1. Esse dado também indica que houve uma transição na utilização de defesas imaturas no pré-cirúrgico para um estilo mais maduro no pós-cirúrgico. Ou seja, houve uma diminuição significativa no uso de defesas imaturas entre os grupos.

No estudo de correlação do fator maduro com o IMC pós-cirúrgico, a associação foi negativa e significativa, mas também muito próxima ao valor crítico, indicando ainda o uso de defesas imaturas após a cirurgia, especificamente o *acting-out*. Sugerindo que o Grupo 2 ainda não atingiu um maior grau de maturidade defensiva, mas ao que parece caminha nesse sentido. A explicação pode ser devido ao fato do uso de defesas refletir padrões mais estáveis da personalidade, que requerem mudanças mais estruturais e não apenas sintomatológicas como é o caso dos sintomas depressivos, nível de ansiedade, sintomas psicopatológicos ou nível de alexitimia (secundária). Talvez haja também influência de outras variáveis psicológicas, ultrapassando a questão da obesidade em si, uma vez que são pessoas que já perderam peso considerável em comparação à média de peso antes da cirurgia.

Por outro lado, os dados mostraram compatibilidade com a suposição teórica de que os indivíduos com obesidade grau III apresentariam um estilo

defensivo imaturo. Também foi semelhante à literatura quanto à presença de algumas defesas específicas (Ellsworth, et al., 1986; Loli, 2000a).

A pesquisa de Ellsworth, et al. (1986) sobre avaliação da maturidade defensiva e a manutenção da perda de peso, é semelhante a essa porque revelou que há uma melhora no funcionamento defensivo em direção a um estilo mais maduro nas pessoas que conseguem perder e manter o peso. Também sinalizou para a presença da defesa agressão passiva, entre as pessoas que são obesas.

Kipper, et al., (2005) avaliou as defesas em pacientes com transtorno do pânico, antes e depois do tratamento. Os autores sugerem que com a remissão dos sintomas, os pacientes apresentaram redução nas defesas imaturas. O que corrobora com essa pesquisa, pois a melhora do funcionamento adaptativo acompanha a redução de peso, ou seja, a diminuição da obesidade.

Dentre as defesas que tiveram escores reduzidos no Gr 2 de forma significativa, quando comparados aos do Gr 1, estão: a projeção, a agressão passiva, a desvalorização, a fantasia autística, o deslocamento e o *acting-out*.

É importante enfatizar que a avaliação dos mecanismos de defesa serve para compreender a dinâmica do indivíduo e seu estágio desenvolvimental. Acima de tudo, para entender as mudanças maturacionais e poder aferir o estilo de enfrentamento diante das situações de vida que se configuram difíceis, entre as quais as que se relacionam às decorrentes da obesidade.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), o deslocamento está no nível das inibições mentais, a desvalorização e a projeção estão no nível leve de distorção da imagem, a fantasia autística está no nível de importante distorção da imagem e o *acting-out* e a agressão passiva estão no nível da ação.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) caracterizam algumas das defesas encontradas nessa pesquisa. Segundo os autores, o *acting-out* é a expressão direta de um conflito ou desejo inconsciente através da ação, para evitar a conscientização acerca da idéia ou do afeto que o acompanha. No caso da obesidade, a ação é o próprio ato de comer sem controle. A projeção seria atribuição de sentimentos próprios não reconhecidos a outras pessoas ou objetos. Também sinaliza uma crítica excessiva aos erros dos outros e uma sensibilidade às críticas feitas a si. A atribuição da obesidade a eventos como gravidez, problemas interpessoais, podem se configurar como exemplos do uso da projeção, na medida em que não há o reconhecimento de que a obesidade possa ser resultado de uma alimentação excessiva ou de uma acomodação com o excesso do peso. Ao invés disso, projetam a causa da obesidade a algo externo.

Perry (1990) define da seguinte forma, a função das defesas que tiveram significância neste estudo. O *acting-out* permite ao sujeito descarregar ou exprimir sentimentos e impulsos em vez de tentar tolerá-los ou refletir sobre eventos dolorosos que os estimularam. É desadaptativo porque não mitiga o efeito do conflito interno e frequentemente traz ao sujeito conseqüências negativas e sérias (p.5). A projeção permite que o sujeito lide com suas emoções e motivos que o fazem se sentir muito vulnerável (especialmente a vergonha ou humilhação) ao admitir que ele mesmo os tenha. Ao contrário, ele se preocupa com estas mesmas emoções nos outros (p.23). A agressão-passiva é caracterizada pelo descarregar de sentimentos de hostilidade e ressentimento de uma maneira indireta e dissimulada em relação a outros. A pessoa que usa essa defesa aprendeu a esperar punição, frustração ou rejeição por expressar necessidade ou sentimento diretamente a quem tem poder ou autoridade sobre ele ou ela. O sujeito sente-se impotente e ressentido (p.8). No caso

da obesidade, um exemplo do uso dessa defesa é a agressividade interna despertada pela raiva que sente em não conseguir emagrecer e que é expressa com certa hostilidade para si ou contra os outros. Ou então, o próprio comportamento alimentar descontrolado que reflete numa agressão a si mesmo.

A desvalorização refere-se ao uso de afirmações desabonadoras, ou outras afirmações negativas sobre alguém ou a si próprio, de maneira a valorizar a auto-estima. A desvalorização rechaça da consciência os desejos ou o desapontamento quando os desejos não podem ser satisfeitos (Perry, 1990, p.30). Essa defesa está relacionada diretamente a auto-estima, que no caso da população obesa é baixa. A fantasia-autística permite ao sujeito obter gratificação temporária e substituta através do sonhar, uma solução para um problema ou conflito do mundo real (Perry, 1990, p.27).

No caso da fantasia-autística há que se fazer uma breve diferenciação com os resultados do fator 2 da TAS, em que a fantasia é vista como uma condição de saúde mental na medida em que permite ao sujeito lidar com as dificuldades da sua vida, através da capacidade de sonhar, sem perder o contato com a realidade. E justamente o alexitímico carece desta capacidade de fantasiar, ficando o seu pensamento mais ao nível dos fatos concretos, havendo uma limitação na capacidade de fantasiar de forma produtiva, ou seja, fantasiar algo relacionado à realidade (Yoshida, 2005). Por outro lado, a fantasia-autística de acordo com a explicitação de Perry (1990, p.27) pode significar o oposto, convicção de que se pode realizar qualquer coisa (ex: grandiosidade). Além do que, essa defesa substitui as atividades da vida real por fantasia excessiva, e é característica de um ego mais rígido.

Silva e Costa (2003) ajudam a esclarecer a presença dessa defesa quando numa determinada fase pós-cirurgia, os indivíduos com certa euforia, começam a pensar que podem fazer tudo aquilo que inconscientemente eles achavam que não podiam fazer enquanto eram obesos, e apresentam comportamentos desajustados.

Ainda de acordo com Perry (1990), o deslocamento permite a expressão de um afeto, impulso ou ação em direção a uma pessoa ou outro objeto que possua semelhança com o objeto que inicialmente despertou o afeto ou impulso. O afeto ou impulso é plenamente expresso ou reconhecido, mas ele é desviado para um alvo menos conflituoso. O deslocamento possibilita maior expressão e gratificação, ainda que dirigido a alvos errados (p.43). Um exemplo de uso dessa defesa é quando o problema da obesidade é deslocado para outro alvo de preocupação, de forma a dissipar a angústia que essa condição provoca.

Considerando de forma geral os resultados encontrados, deve ser enfatizado que de acordo com Bond e Perry (2004), não se sabe se melhora na maturidade defensiva simplesmente acompanha o melhoramento do funcionamento geral defensivo ou se há algum processo independente que possibilita a mudança no uso de defesas.

A pesquisa sobre mudança a longo prazo no estilo defensivo de pacientes que se recuperaram de depressão, utilizando o DSQ-40, (Akkerman, Lewin & Carr, 1999) pode auxiliar nessa questão. Segundo os autores, o grupo com depressão reportou significativamente menos uso de defesas maduras, mas com a remissão dos sintomas, eles mudaram progressivamente em direção ao uso de defesas mais maduras.

Outra pesquisa (Bond, 2004) reportou o relacionamento da psicopatologia com mudança no estilo defensivo e apóia a posição que com o melhoramento dos sintomas, o estilo de defesa se torna mais adaptativo. Além do que, endossa que pacientes que melhoraram seus sintomas mudam a hierarquia das defesas de um estilo mais imaturo para um mais maduro. Segundo esse autor, há que se ter cautela em dizer que o funcionamento defensivo é medida de psicopatologia. O que existe são evidências de que defesas específicas são correlacionadas com diagnósticos específicos.

Esses estudos reforçam o que foi verificado nesta pesquisa, quanto à tendência de um estilo imaturo antes da cirurgia e a transição para um patamar mais adaptativo de maturidade defensiva, quando se perde peso. Sobretudo, a presença de algumas defesas imaturas na população obesa.

Do ponto de vista da pesquisadora, a psicologia deve contribuir no sentido de aumentar o suporte social e interpessoal, principalmente na população obesa, a fim de facilitar a transição de defesas menos adaptativas para mais adaptativas (Vaillant, 2000). Pois as conseqüências psicossociais da obesidade parecem de fato trazerem um sofrimento psicológico. Sobretudo, é importante explicitar que uma avaliação do estilo de maturidade defensiva pode servir tanto para guiar a escolha de tratamento como aferir o seu resultado (Bond, 2004).

A pesquisa pôde evidenciar:

1 - A cirurgia se configurou positiva para perda de peso e através do emagrecimento houve uma melhora no funcionamento psicológico e psicopatológico.

2- A pesquisa indicou diversos aspectos usualmente associados a psicopatologia em casos de obesidade grau III e no grupo específico que procura o tratamento cirúrgico. O que significa dizer que há menos comprometimento

psicológico e psicopatológico do que preconizava algumas pesquisas. Sendo pertinente apoiar a posição de não atribuir problemas psicológicos a toda a população que apresenta obesidade. Acima de tudo, é importante distinguir as diferentes formas de obesidade e o contexto no qual ela está inserida.

3 – A EAS-40 apontou para a dimensão somatização como característica verificada no Grupo pré-cirúrgico

4- As variáveis avaliadas antes da cirurgia, principalmente o nível de maturidade defensiva, traduziram uma dificuldade emocional na forma de lidar adaptativamente com a obesidade. Outro fator foi presença de certas defesas específicas nessa população como projeção, agressão passiva, desvalorização, fantasia autística, deslocamento e *acting-out*. Após a cirurgia, o estilo defensivo mostrou-se mais maduro.

5- A presença significativa da defesa imatura *acting-out* no Grupo pós-cirúrgico pode sinalizar para uma possível problemática quanto ao comportamento alimentar. Sendo sugerido, portanto, uma compreensão melhor dessa defesa no acompanhamento após a cirurgia.

6- Não se pode supor um perfil psicopatológico específico para a população obesa.

7- Mesmo numa situação psicológica considerada favorável antes da cirurgia, o sofrimento psicológico existe e não pode ser medido pela severidade de sintomas psicopatológicos.

8- Os pacientes após a cirurgia estão diante de uma situação nova e precisam ser acompanhados nessa mudança.

9- A população obesa deve ser considerada um grupo heterogêneo e qualquer generalização pode desconsiderar fatores importantes que possam concorrer para o entendimento dessa patologia.

10- Mais do que compreender a causa e as conseqüências da obesidade, é necessário falar em prevenção. Com a dificuldade de se diagnosticar e tratar a obesidade questões acerca da prevenção e promoção da saúde devem ser contempladas.

11- A verificação da maturidade defensiva pode ser útil na escolha de propostas terapêuticas adequadas para aqueles que necessitem de apoio psicológico. Aqueles que apresentaram comprometimento psicológico maior devem ser acompanhados pela equipe e devidamente tratados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa reforçou a idéia de que o indivíduo precisa ser compreendido no seu contexto relacional como um ser biopsicossocial. A Psicologia como todas as outras áreas da saúde devem estar atentas a esse modo de compreensão do indivíduo.

O interesse em conhecer e avaliar os aspectos psicológicos da população com obesidade grau III antes e depois de cirurgia bariátrica foi contemplado. Os objetivos específicos que buscaram avaliar cada uma das variáveis e a associação entre elas não mostraram psicopatologia geral elevada antes da cirurgia. No entanto, algumas variáveis como depressão, ansiedade, alexitimia, somatização e defesas imaturas foram superiores no Grupo 1, sugerindo que a perda de peso deve ter contribuído para a redução da sintomatologia psicopatológica.

A cirurgia como forma de tratamento foi positiva e possibilitou uma perda de peso eficaz. A mudança da condição de obesidade grau III para uma obesidade ou sobrepeso está de fato relacionada com uma melhora em todo o aspecto de vida: clínico, físico, social e psicológico.

O que também foi acentuado com esse estudo é que a população obesa é muito heterogênea, não podendo se pensar numa característica de personalidade única. Nem tampouco adotar uma postura única diante da associação da obesidade com aspectos psicológicos. O importante é compreender quais fatores estão presentes e quais desenvolvem sofrimento emocional e nesse sentido, buscar propostas terapêuticas adequadas.

Uma característica relevante é que indivíduos com esse tipo de obesidade podem apresentar comprometimentos emocionais decorrentes da condição de obesidade, das complicações clínicas e do aspecto psicossocial. No entanto, esses aspectos não permitem necessariamente inferir a presença de problemas

psicológicos a todos os casos de obesidade grau III. Há que se levar em conta também a diversidade cultural e social da amostra que participa dessas pesquisas, e até os métodos de avaliação psicológica e psicopatológica.

Dentre as sugestões de futuros estudos, as complicações tardias ainda precisam ser elucidadas do ponto de vista da psicologia, como a perda de peso excessiva ou ganho de peso, e a volta ao patamar de obesidade grau III.

Novos estudos devem ser feitos para verificar a efetividade e manutenção tanto da perda de peso quanto da melhora da condição psicológica por um longo tempo. Pesquisas com amostras maiores e com utilização desses ou de outros instrumentos psicométricos, ampliando o tempo de avaliação e cruzando com dados qualitativos devem ser realizadas. Além de estudos que avaliem a questão da restrição alimentar, imposta pela cirurgia, principalmente em pacientes que apresentam transtornos alimentares (compulsão), antes e depois da cirurgia, e por fim, pesquisas sobre a obesidade severa no sexo masculino.

As limitações que podem ser levantadas nesse estudo dizem respeito à constituição da amostra, que é considerada pequena e não representa a população geral com obesidade severa. O delineamento do tipo *cross-sectional*, apesar dos grupos terem apresentado características semelhantes. A população predominantemente de mulheres. E certa dificuldade na interpretação dos escores da EAS-40 e da TAS, uma vez que não há adaptação dessas escalas para a população de obesos no Brasil. Apesar de haver um parâmetro de interpretação dos escores, conforme pesquisas realizadas no Brasil. Outro aspecto é que as médias totais dos escores das variáveis investigadas excluem de certo modo aqueles sujeitos que apresentaram sintomatologia significativa.

Finalizando, acredita-se que é um campo propício para pesquisas, principalmente na área da psicologia que visa à assistência e à prevenção de doenças. E espera-se que as informações relatadas neste estudo possam contribuir com novos questionamentos e instigar outras buscas.

REFERÊNCIAS

- Abrantes, M. M; Lamounier, J. A. & Colosimo, E. A (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (2), 162-166.
- Adami, G. F; Campostano, A; Ravera, G & Scopinaro, N (2001). Alethymia and body weight in obese patients. *Behavioral Medicine*, 27 (3), 121-123.
- Ades, L & Kerbauy, R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia da USP*, 13 (1).
- Almeida, G. A. N; Loureiro, S. R & Santos, J. E. (2001a). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *International Journal Obesity Related Metabolic Disorder*, 25, 325-331.
- Almeida, G. A. N; Loureiro, S. R & Santos, J. E. (2001b). Obesidade mórbida: estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 51(4).
- American Psychiatric Association – APA. (2002). *Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais – DSM–IV–TR* (4th ed. revised). Porto Alegre: Artmed.
- Anaruma, S. M. (2002). *Aspectos psicológicos da obesidade*. Trabalho apresentado em mesa redonda no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria Clínica, Campinas.
- Andrade, B. M. C; Mendes, C. M. C & Araújo, L. M. B. (2004). Peso flutuante no tratamento de mulheres obesas. *Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 48 (2), 276-281.
- Andrews, G; Singh, M & Bond, M (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246 –56.
- Akkerman, K; Lewin, T. J. B & Carr, V.J (1999). Defense Maturity Ratings and Sustained Weight Loss in Obesity. *Psychosomatics*, 27 (11), 772-781.
- Appolinário, J. C & Claudino, A. M (2002). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22, (Suppl.II), 28-31.

Averbukh, Y; Stanley, H; Hazen, E. S; Louis, F; Allan, G; Sherif, C; Xavier, P. S & Blandine, L (2003). Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, 13 (6), 883-836.

Azevedo, A. P. (2003a). A equipe de saúde mental no tratamento da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (17) [on-line] . Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Azevedo, A. P. (2003b). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (12) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Azevedo, A. P; Santos, C. C & Fonseca. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica – binge eating disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 170-172.

Bagby, R. M; Taylor, G. J & Atkison, L (1988). Alexithymia: a comparative study of three self report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.

Barros. A. Filho (2004). Um quebra-cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatria*, 80 (1), 1-3.

Benedetti, C (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.

Benedetto, C. Di (2006). Questões Investigativas sobre Obesidade e Gênero. In A. R. M. Franques & M. S. Loli, *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp.115-123). São Paulo: Vetor

Berezovsky, M. W. (2002). Prevenção de obesidade e promoção de hábitos saudáveis no Brasil. Uma parceria Abeso e ILSI. *Revista Abeso*, 3 (6) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Blaya, C; Dorneles, M; Blaya, R; Kipper, L; Heldt, E; Isolan, L; Bond, M & Manfro, G. G (2006). Do defense mechanism vary according to the psychiatry disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (03), 179-183.

Blaya, C; Kipper, L; Heldt, E; Isolan, L; Ceitin, L. H; Bond, M & Manfro, G. G (2004). Versão em português do defensive style questionnaire (DSQ –40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 255-258.

Blaya, C; Kipper, L; Perez Filho, J. B & Manfro, G. G. (2003). Mecanismos de defesa: uso do defensive style questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 67-80.

Bond, M (2004). Empirical Studies of Defense Style: Relationships with psychopathology and change. *harvard review of psychiatry* 12 (5), 263-278.

Bond, M & Perry, J. C (2004). Long-Term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 61 (9), 1665-1671.

Bordens, K. S & Abbott, B. B (1999). Using specialized research designs. In *Research design and methods: a process approach*. (4th ed.). USA: Mayfield Publishing Company.

Borges, M. B. F (1998). *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia*. Dissertação de Mestrado – não publicado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Borges, M. B. F; Jorge, M. R; Morgan, C. M; Silveira, D. X & Custódio, O (2002). Binge-eating disorder in brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Research*, 10 (11), 1127-1134.

Buchwald, H (2004). Gastric stimulation: a new paradigm for management of morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14 (Suppl. 2).

Cabrera, M. A. S & Filho J, W. (2001). Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 45 (5).

Carlini, M. P. (2001). *Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação de Mestrado – não publicada, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Candemil, R. S (2006). Considerações sobre o acompanhamento de grupo com pacientes de cirurgia bariátrica. In A. R. M, Franques & M. S. A, Loli, *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (183-187). São Paulo: Vetor.

Capitão, C. G & Tello, R. R (2002). Traço e estado de Ansiedade em mulheres obesas. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 2 (2).

Cezar, C (2000). O tratamento da obesidade estruturado em terapêutica multiprofissional. *Pediatria Moderna*, 36 (3), 140-146.

Chopra, M; Galbraith, S & Darton-Hill, I (2002). A global response to a global problem: the epidemic of over nutrition. *Bulletin of World Health Organization -I WHO*, 80, 953-958.

Coitinho, D. C & Monteiro, C. A. (2004). A estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde: afinal qual é a posição do governo brasileiro?. *Revista Abeso*, 5 (19) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Cole, T. J. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.

Costa, J. M. A & Biaggio, A. M. B. (1998). Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva. *Arquivos Brasileiro de Psicologia*, 50 (3), 30-50.

Coutinho, W. (1998). Obesidade: conceitos e classificação. In: Nunes, M. A. A; Appolinário, J. C; Abuchaim, A. L. G & Coutinho, W *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp.197-202). Porto Alegre: Artmed.

Coutinho, W (1999). Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 43, 21-67.

Cramer, P (2000). Defense mechanism in psychiatry today: further process for adaptation. *American Psychologist*, 55 (6), 637-646.

Cunha, J. A (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Damaso, A. R & Guerra, L. F. (2002). A atividade física no tratamento da obesidade. *Revista Abeso*, 3 (7) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

De Chouly de Lenclave, M.B; Florequin, C & Bailly, D. (2001). Obesity, alexithimia, psychopathology and binge eating: a comparative study of obese patients e 32 controls. *Encephale*, 27 (4), 343-350.

Deitel, M (2003). Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people. *Obesity Surgery*, 13, 329-330.

Dixon, J.B; Dixon, M.E & O'Brien, P. E (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163 (17), pp 2058-2065.

Dymek, M; Grange, D. L; Neven, K & Alverdy, J (2002). Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity Research*, 10 (11), pp1135-1142.

Derogatis, L. R (1994). *Symptom checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). USA: Mineapolis, National Computer Systems.

Dobrow, I. J; Kamenetz, C & Devlin, M. J (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 14, 63-67.

Ellsworth, G. A; Strain, G. W; Strain, J. J; Vaillant, G. E; Knittle, J & Zumoff, B (1986). Defense maturity ratings and sustained weight loss in obesity. *Psychosomatics* 27 (11), 772-781.

Fabricatore, A. N & Wadden, T. A (2003). Psychological functioning of obese individuals. *Diabetes Spectrum*, 16 (4), 246-251.

Fabricatore, A. N; Wadden, T. A; Sarwer, D. B & Faith, M. S (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15 (3), 304-309.

Fandiño, J; Benchimol, A. K; Coutinho, W. F & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 47-51.

Faria, O. P; Gangoni, C. M. C; Lins, R. D; Leite, S; Rassi, V & Arruda, S. L. M (2002). Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypass gátrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. *Brasília Medica*, 39 (114), 26-34.

Francischi, R. P. P; Pereira, L. O; Freitas, C. S; Klopfer, M; Santos, R. C; Vieira, P & Lancha Júnior, A. H (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição Campinas*, 13 (1).

Franques, A. R. M & Ascencio, R.F. R (2006). Depressão e obesidade. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli, *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp.125-135). São Paulo: Vetor.

Garrido, A. B. Jr (2000). Cirurgia em obesos – experiência pessoal. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 44 (1), 106-110.

Garrido, A. B. Jr (2001). Cirurgia da Obesidade Mórbida: como estamos. *Revista Abeso*, 2 (4) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Garrido, A. B. Jr (2005). Aumentar o componente disabsortivo: um recurso a tentar quando a derivação gástrica em Y-de-Roux não resolve a obesidade mórbida. *Arquivos de Gastroenterologia*, 42 (4), 195.

Garrido, A. B, Jr.; Szego, JR. T; Leite, C. C; Turatti, L & Carra, M (2002). Questões fisiológicas sobre o marca-passo gástrico. *Revista Abeso*, 3 (9) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Geloneze, B & Pareja, J. C (2006). Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50 (2), 400-407.

Gemert, W. V; Severeijns, R. M; Greve, J. W. M; Groenman, N & Soeters, P. B (1998). Psychological functional of morbidly obese patients after surgical treatment. *International Journal of Obesity*, 22, 393-398.

Giugliano, R & Melo, A. L. P. (2004). Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. *Jornal de Pediatria*, 80 (2).

Gleiser, D & Candemil, R. S (2006). O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* A. R. M, Franques & M. S. A, Loli. São Paulo: Vetor.

Greenberg, I (2003). Psychological aspects of bariatric surgery. *Nutritional in Clinical Practice*, 18 (2), 124-130.

Guisado, M. J. A & Leal, V. F. J (2003). Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non binge eaters after bariatric surgery. *Eating Weight Disorder*, 8 (4), 315-318.

Guisado, M. J. A; Vaz, F. J; Alarcón, J; Béjar, A; Casado, M. J & Rubio, M. A (2002). Psicopatologia en pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13 (1), 29-34.

Halpern, A. (2003). Ainda há lugar para os medicamentos catecolaminérgicos no tratamento da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (13) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Halpern, A. & Mancini, M. C (1999). Tópicos em terapêutica: endocrinologia obesidade. *Revista Jovem Médico*, 4 (1).

Halpern, A. & Mancini, M. C. (2000a). Obesidade na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 57 (5).

Halpern, A & Mancini, M. C. (2000b). Como diagnosticar e tratar obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 57 (12).

Halpern, A; Monegaglia, A. P & Beyruti, M (2004). Obesidade. *Revista Abeso*, 5 (20) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Halpern, Z. S. C. (2003). Fórum nacional sobre promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade na idade escolar. *Revista Abeso*, 4 (15) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Halpern, Z. S. C & Rodrigues, M. D. Bosco. (2003). Tratamento dietético da obesidade: recomendações, estratégias e novas evidências. *Revista Abeso*, 4 (16) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Halpern, Z. S. C & Rodrigues, M. D. Bosco. (2004). O conflito de interesses nas ações de combate à obesidade. *Revista Abeso*, 5 (18) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004). *Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003* [on-line]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br>.

International Association for the Study of Obesity – IASO (2004). *International Obesity Task Force* [on-line]. Disponível: <http://www.iotf.org>.

Jiriki-Babb, P & Geliebter, A (2003). Comparison of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese, female outpatients. *Eating Weight Disorder*, 8 (2), 173-177.

Kac, G & Meléndez, G. V (2003). A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Supl.1), 54-55.

Kain, J; Vio, F & Albala, C (2003). Obesity trends and determinant factors in Latin América. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Supl.1), 557-586.

Kaplan, H. I; Sadock, J & Grebb, J. A (1997). Transtornos da Personalidade In H. I, Kaplan; J. Sadock & J. A, Grebb, *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Kipper, L; Blaya, C; Teruchkin, B; Heldt, E; Isolan, L; Mezzomo, K; Bond, M & Mafro, G. G (2005). Evaluation of defense mechanism in adult with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193 (9), 619-624.

Kipper, L; Kipper, L; Blaya, C; Teruchkin, B; Heldt, E; Isolan, L; Mezzomo, K; Bond, M & Mafro, G.G (2004). Brazilian patients of panic disorder: The use of defense mechanism and their association with severity. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192 (1), 58-64.

Laloni, D. T (2001). *Escala de avaliação de sintomas – 90 – R - SCL-90-R: adaptação, precisão e validade.* Tese de Doutorado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Laloni, D. T (2004). Transtorno alimentar: obesidade, análise das contingências do comportamento de comer. In Brandão, M. Z. S & Conte, F. C. S, *Sobre Comportamento e Cognição*. São Paulo: Esetec.

Lang, T. Hauser, R; Schlumpt, R & Klaghofer, R (2000). Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding. *Schweiz Med Wochensh*, 20 (130), 739-748.

Larsen, J.K; Green, R; Maas, C; Wit, P. de; Antwerpen, T. V; Brand, N & Ramshorst (2004). Personality as a predictor of weight Loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12 (11), 1828-1834.

Lazarus, R. S. (1977). *Personalidade e Adaptação* (4th ed) (Álvaro Cabral trans). Rio de Janeiro: Zahar.

Lemes, S. O; Valverde, M. A; Fisberg, M; Perez, I. P & Franques, A. M (2001). Percepção de imagem corporal em adultos (obesos e sobrepesos) do Spa Médico São Pedro/Sorocaba-SP. *A Folha Médica*, 20 (4), 229-234.

Liberman, M (1994). Obesidade e mitos. *Junguiana* 12, 34-47.

Licinio, J. & Wong, M. (2003). The interface of obesity and depression: risk factors for the metabolic syndrome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 196-197.

Liorci, M. P; Ilias, E. J; Kassab, P & Castro, O. A. P (2006). Cirurgia de derivação gástrica em Y de Roux ou banda gástrica no tratamento da obesidade mórbida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (4), 187-201.

Loli, M. S. A. (2000a). *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor.

Loli, M. S. A. (2000b). O paciente obeso na clínica psicoterápica. *Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 1 (2), 40-45.

Machado, A. C. C; Vieira, M. A; Távora, A; Machado, R. J. C; Medeiros, A. K; Leite, V; Canadas & Fernandes, T (2002). Avaliação da associação da terapêutica medicamentosa e a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 58 (1).

Maciel, M. J. N (2005). Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. Dissertação de Mestrado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Maciel, M. J. N & Yoshida, E. M. P (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 43-54.

Mancini, M. C (2001). Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 45 (6), 1-38.

Mancini, M. C (2002). Métodos de Avaliação da Obesidade e alguns dados epidemiológicos. *Revista Abeso*, 3 (11) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Mancini, M. C & Carra, M. R (2001). Dificuldade diagnóstica em pacientes obesos. *Revista Abeso*, 2 (3) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Maddi, S. R; Ross, F. S; Harvey, R. H; Lu, J. L; Khoshaba, D. M; Pérsico, M (2001). Redution in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11 (06), 680-685.

Marcus, D. A (2004). Obesity and the impact of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 20 (3), 186-191.

Malone, M & Mayer-Alger, S (2004). Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study. *Obesity Research*, 12 (3), 473-481.

Mamplekou, E; Komesidou, V; Bissias, C; Papakonstantinou, A & Melissas, J (2005). Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obesity Surgery*, 15 (8), 1177-1184.

Marchesini, S. D (2006). Conseqüências psicológicas posteriores a cirurgia. In A. R. M. Franques & M. S. Loli, *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp.197-204). São Paulo: Vetor

Markus, A (2005). Neurobiology of obesity. *Nature Neuroscience*, 8 (5), 551.

Matos, M. I; Aranha, L. S; Faria, A. N; Ferreira, S. R. G; Bacaltchuck, J & Zanella, M. T (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.

Matos, A. F. G & Bahia, L. (1998). Tratamento médico da obesidade. In Nunes, M. A. A.; Appolinário, J. C; Abuchain, A. L. G & Coutinho, W, *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed.

Matos, M. I & Zanella, M. T. (2002). Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Revista Abeso*, 3 (9) [on-line] . Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Medeiros, L. P (2002). *Eficácia adaptativa e grau de alexitimia em pacientes com doença de chron e retocolite ulcerative inespecífica*. Dissertação de Mestrado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Mello, C. A. P (2001). *Gastroplastia Vertical em Y de Roux: resgate da qualidade de vida dos obesos*. Dissertação de Mestrado – não publicada. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

Mello, E. D. de; Luft, V. C & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80 (3),173-182.

Monteiro, C. A & Conde, W, L (2000) Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, (6), 52-61.

Morosin, A & Riva, G, (1997). Alexithymia in a clinical sample of obese women. *Psychology Representative*, 80 (2), 387-94.

National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel (1991). Gastrointestinal Surgery for severe obesity. *Annals of Internal Medicine*, 115, 956-961.

National Institutes of Health – NIH (2000). *The practical guide to the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda, Maryland: NIH.

Nicareta, J. R (2005). Comparações de cinco técnicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com o BAROS – Bariatric Analysis and Reporting Outcome System. Dissertação de Mestrado – não publicada. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

Nonino, C. B. (2002). *Calorimetria indireta x harris benedict: determinação, validação e comparação para cálculo da taxa de repouso em obesos grau III*. Dissertação de Mestrado – não publicada. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Oliveira, V. M; Linardi, R. C & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 199- 201.

Oliveira, J. de & Mancini, M. C. (2002). Terapias não tradicionais na obesidade. *Revista Abeso*, 3 (6) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Organização Mundial da Saúde – WHO (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a Who consultation on obesity, 3 – 5 June 1997*. Geneva: WHO.

Organização Mundial da Saúde – WHO (2000). *CID- 10 (8th.ed) (Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em português, trans)*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Organização Mundial da Saúde – WHO (2003). Obesity and overweight. In World Health Organization *Global Strategy on diet, physical, activity and health*. Washington: WHO.

Organização das Nações Unidas (2006). *Los Obesos sufren de mainutrición, dicen expertos convocados por la ONU, Centro de Notícias da ONU*. [online]. Disponível: <http://www.un.org>.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2003). *Obesidade e Excesso de Peso In: Organização Pan-Americana da Saúde Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde (pp.27)*. Brasília.

Pacheco, E. S. C (2006). Conseqüências psicológicas posteriores a cirurgia. In A. R. M. Franques & M. S. Loli, *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp.205-217). São Paulo: Vetor

Padez, C; Fernandez, T; Mourao, I. Moreira, P; Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16 (6), 670-678.

Pan American Health Organization & World Health Organization (2003). *Diet, nutrition_and physical activity*.132nd Session of the Executive Committee. Washington: WHO.

Peixoto, G & Geloneze, B (2006). Tratamento cirúrgico da obesidade no paciente diabético. In Sociedade Brasileira de Diabetes, *Atualização brasileira sobre diabetes Versão Atualizada*. Rio de Janeiro: Diagraphic.

Pereira, L. O; Francishi, R. P. P & Lancha Júnior, A. (2003). Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 47 (2).

Perry, J. C (1990). Escala de Mecanismos de Defesa (D. Wiethaeuper & E. M. P Yoshida, trans). EUA: Cambridge ST e The Havard Medical School.

Pinaquy, S; Chabrol, H; Simon, C; Louvet, J. P & Barbe, P (2003). Emotion eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11 (2), 195-201.

Pinheiro, A. R. de. O; Freitas, S. F. T & Corso, A. C. T (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição de Campinas*, 17 (4), 523-533.

Pinto, M. J. C. (2004). Cirurgias definitivas exigem acompanhamento terapêutico. *Psi Jornal de Psicologia*, 141.

Porto, M. C. V; Brito, I. C; Calfa, A . D. F & cols (2002). Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 46 (6), 668-673.

Pregolato, A. P. F. (2005). *Alexitimia e sintomas Psicopatológicos em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica*. Dissertação de Mestrado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Psychological Considerations of the Massive Weight Loss Patient (2006). *Journal Plastic and Reconstructive Surgery* 117 (Suppl.1), 17-21.

Regina, M. C. O (2005). *Alexitimia, ansiedade e depressão em portadores de glaucoma*. Dissertação de mestrado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Repetto, G; Rizzolli, J. & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: here, there and everywhere. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 47 (6).

Repetto, G; Rizzolli, J & Casagrande, D (2002). Cirurgia bariátrica: um tratamento cirúrgico ou clínico?. *Revista Abeso*, 3 (11) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Reto, C. S (2003). Psychological aspects of delivering nursing care to the bariatric patient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26 (2), 39.

Riobó, P; Bobadilla, B. F; Kozarcewski, M & Moya, J. M. F. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18 (5), 233-237.

Romero, C. E. M & Zanesco, A (2006). O Papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. *Revista de Nutrição Campinas*, 19 (1), 85-91.

Rosett, J. W (2004). Paradigm shifts in obesity research and treatment: introduction. *Obesity Research*, 12 (Suppl.), 85-87.

Rosik, C (2005). Psychiatry symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15 (5), 677-683.

Roth, J; Qiang, X; Lee, Máran, S.L; Redelt, H & Lowell, B. C (2004). The Obesity Pandemic: where have we been and where are going? *Obesity Research*, 12 (Suppl.), 88-101.

Rydé, A; Sullivan, M; Torgeson, J.S; Karlsson, J; Lindroos, A.K & Taft, C (2003). A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *International Journal of Obesity*, 28, 1485-1493.

Salameh, J.R (2006). Bariatric surgery: past and present. *American Journal of the Medical Sciences*, 331 (4), 194-200.

Sánchez, R. S; López, A. J. C; Vargas, M. A; Téllez, Z, J. F; Vásquez, V. V; Arcila, M. D; González, B. J; Herrera, M. F & Salín, P. R. J (2003). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes com obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de Investigación Clínica*, 55 (4), 400-406.

Sarwer, D. B; Cohn, N. I; Gibbons, L. M; Magee, L; Crerand, C.E; Raper, S. E; Rosato, E. F; Williams, N. N & Wadden, T. A (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 14, 1148-1156.

Sarwer, D .B; Wadden, T. A & Fabricatore, A. N (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13 (4), 639-648.

Schwartz, M. B & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image an International Journal of Research*, 1, 43-56.

Segal, A (2003a). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (12) [online]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Segal, A. (2003b). Aspectos psiquiátricos das operações antiobesidade. *Revista Abeso*, 4 (12) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Segal, A & Fandiño, J (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Suppl.III), 68-72.

Sifneos. P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Silva, F. R. C. S (2004). *Validade simultânea da escala de avaliação de sintomas – 40/EAS-40 com estudantes universitários*. Relatório de pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) – não publicado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Silva, M. M. (2000). Obesidade Mórbida. Candidatos à cirurgia: diagnóstico psicológico, sua necessidade e importância. *Psic Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 1 (2), 32-39.

Silva, M. M (2005). Complicações Psicológicas Tardias após cinco anos de Cirurgia Bariátrica. In R, Rubens, *Avanços em sono e seus Distúrbios* (pp.78-80). Rio de Janeiro: Abrasco.

Silva, A. N. M. C & Costa, E. (2003). Obesidade Mórbida: fome? De ser feliz? *Pensando Famílias*, 5 (5), 75-81.

Simon, R. (1998). Proposta de redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO). *Mudanças* 6 (10), 13-24.

Simon, G. E; Korff, M. V; Saunders, K; Miglioretti, D.L; Crane, P. K; Belle, G.V; Kessler, R.C (2006). Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. *Archives General Psychiatry*, 63 (824-830).

Sharon, W. B; Winters, K. P & Dubbert, P (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequences and causes of growing public health problem. *American Journal of the Medical Sciences*, 331 (4), 166-174.

Shiraga, E. C (2006). A Doença Obesidade e a Atuação da Equipe Multidisciplinar no Tratamento Cirúrgico da Obesidade. In A.R.M. Franques & M. S. Loli, Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade (pp.253-259). São Paulo: Vetor.

Sousa, C. V. de. (1993). Pensamento operatório e alexitimia: um estudo teórico-clínico. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 1-2 (5), 23-30.

Spiegel, A; Nabel, E; Volkow, N; Landis, S & Li, T (2005). Obesity on the brain. *Nature Neuroscience*, 8 (5), 552-553.

Spósito, A. C; Santos, R. D & Ramires, J. A (2002). Avaliação do risco cardiovascular no excesso de peso e obesidade. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 78 (Suppl. I).

Stenzel, L. M. (2004). O percurso da psicologia no estudo da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (17) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Still, C. D (2005). Before and after surgery: the team approach to management. *Journal of Family Practice*, 54 (3).

Stunkard, A; Faith, M. S & Allison, K. C. (2004). Depression and obesity. *Psychiatric Times*, 1, 81.

Suplicy, H. L. (2003). Uma perspectiva histórica das más indicações do tratamento medicamentoso da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (16) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Taylor, G. J & Bagby, R. M (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Taylor, G. J & Bagby, R. M (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.

Taylor, G. J; Bagby, R. M; Ryan, D. P; Parker, J. D; Doody, K. F & Keefe, P (1988). Criterion validity of the toronto alexithymia scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.

Travado, L; Pires, R; Martins, V; Ventura, C & Cunha, S (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (22), 533-550.

Troisi, A; Scucchi, S; San Martino, L; Montera, P; D'Amore, A & Moles, A (2001). Age specificity of the relationship between serum cholesterol and mood in obese women. *Physiology Behavior*, 72 (3), 409-413.

Vaillant, G. E (2000). Adaptive mental mechanism: their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 89-98.

Vasques, F; Martins, F. C & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 195-198.

Veiga, G. V; Dias, V. C & Anjos, L. A (2001). A comparison of distribution curves of body mass index from Brazil and United States for assessing overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Pan American Journal Public Health*, 10 (2).

Villares, S. M. F; Ribeiro, M. M & Silva, A. G (2003). Obesidade infantil e exercício. *Revista Abeso*, 4 (13) [on-line]. Disponível:<http://www.abeso.org.br>.

Viuniski, N. (2003). O manejo da obesidade infantil. *Revista Abeso*, 4 (14) [on-line]. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

Yoshida, E.M.P. (2000). Toronto Alexithymia Scale - TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 59-74.

Yoshida, E. M. P (2007). Validade da versão em Português da Toronto Alexithymia Scale – TAS para população clínica. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica* (no prelo).

Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de Alexitimia. Trabalho apresentado em mesa redonda no II Congresso Brasileiro de Psicologia Ciência e Profissão, São Paulo.

Yoshida, E. M. P & Silva, F. R. C. S (2006). *Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40): validade e precisão em amostra não clínica*. Manuscrito submetido para publicação.

- Wadden, T. A (1999). Obesidade. In Kaplan, H. I & Sadock, B. J *Tratado de Psiquiatria* (pp.1602-1611). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wadden, T. A; Butryn, M. L; Sarwer, D. B; Fabricatore, A. N; Crerand, C. E; Lipschutz; Faulconbridge, L.; Raper, S. E & Williams, N. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class-I-II obesity. *Obesity, 14*, 90-98.
- Wadden, T. A; Sarwer, D.B; Womble, L. G; Foster, G. D & MCGuckin, B. G & Schimmel, A (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgery Clinical North American, 81* (5), 1001-1024.
- Wagner, T. M. C (2000). *Obesidade na adolescência, imagem corporal, alexitimia e ansiedade*. Tese de Doutorado – não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Wajner. S. M. (2000). Aspectos dinâmicos, psicossociais e comportamentais da obesidade. *Aletheia, 12*, 91-97.
- Wannmacher, L. (2004). Obesidade: evidências e fantasias. *Uso Racional de Medicamentos, 1* (3), 1-5.
- Wheeler, K; Greiner, P & Boulton, M (2005). Exploring alexithymia, depression and binge eating in self-report. *Perspectives in Psychiatry Care, 41* (3), 114-123.
- Wiethaeuper, D; Balbinotti, M. A. A; Pelisoli, C & Barbosa, M. L.L (2005). Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da escala toronto de alexitimia – 20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicologia, 39* (2), 221-230.
- Zilberstein, B; Neto, M. G & Ramos, A. C (2002). O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina, 59* (4).

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa a que você está sendo solicitado a participar visa avaliar *Aspectos Psicológicos de Obesos Grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica*. Especificamente pretende-se avaliar sintomas psicopatológicos, alexitimia, depressão, ansiedade e estilo defensivo. Para tanto você responderá a testes que avaliam esses aspectos.

A pesquisa faz parte de um estudo que a psicóloga Jena Hanay Araujo de Oliveira está realizando para a conclusão do curso de Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com sigilo e confidencialidade e a pesquisadora estará disponível, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas referentes a este trabalho. Sua participação é voluntária e você poderá retirar essa autorização sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Não há nenhum risco em participar desta pesquisa e todas as precauções serão tomadas para que não haja a sua identificação.

Declaro que estou ciente de todas as informações descritas acima e concordo em participar da pesquisa em questão.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

RG: _____

Telefone ou meio de contato: _____

Data: ____/____/____

Psicóloga
Jena Hanay Araujo de Oliveira
CRP: 06/58750
Fone: 32462361

Comitê de Ética em Pesquisa: 32191223

ANEXO B

Questionário de Dados pessoais

Número

Gr: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: F () M () **Idade:** _____

Estado Civil: casado(a) (), solteiro (a) (), viúvo(a) (), separado(a) ()
Divorciado(a) (), outros ()

Número de filhos: () nenhum ()

Condição ocupacional: empregado(a) (), desempregado (), aposentado ()

Profissão: _____

Grau de escolaridade: _____

Peso inicial: _____ **Peso atual:** _____ **Altura :** _____ **IMC:** _____

Doenças Associadas

Diabetes (), Dificuldade Respiratória (), Artrose (), Apnéia do Sono (),
Dislipidemia (..), Refluxo Gastroesofágico (), Doença Vascular (), Doença
vascular periférica (), Infertilidade, () Alteração Menstrual (), Patologias
Endócrinas Específicas (), Alcoolismo (), Uso de Drogas (),
Tabagismo (), HAS ().

Uso de medicação: não () sim (), qual _____

Início da obesidade: infância (), adulto () gestação, () perda de parente ()
outros: _____

Hábitos de Vida: Atividade física: _____ Atividade Sexual: _____

Já passou por tratamento psicológico: sim () Não ()

Já passou por tratamento psiquiátrico: sim () Não ()

Motivação cirúrgica:

Tratamentos anteriores:

ANEXO C

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D

TAS

Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale - TAS)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 1- Discordo inteiramente (DI),
- 2- Discordo (D),
- 3- Eu não sei (NS)
- 4- Concordo (C)
- 5- Concordo plenamente (CP)

Itens	DI	D	NS	C	CP
1. Quando choro sempre sei por quê.					
2. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4.Freqüentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
5. Freqüentemente fico “sonhando acordado” sobre o meu futuro.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7.Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15.Uso um bocado minha imaginação.					
16. Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Freqüentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Freqüentemente eu não sei por que estou com raiva.					

Inventário de Depressão de Beck - BDI

Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

DSQ-40

DSQ-40 – versão em português brasileiro

Nome: _____ Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Escala de Avaliação de Sintomas EAS-40

ANEXO E

Apresentação da Pesquisa

Av. John Boyd Dunlop, s/n

Jardim Ipaussurama, 13086-900
Campinas/SP

Tel/fax (19) 3729-8438

e-mail: eyoshida.tln@terra.com.br

Ao

Diretor Geral do Hospital Universitário
Universidade Federal do Maranhão

DD. Prof.Dr. Natalino Salgado Filho

Prezado Professor,

Sou professora do *Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas*, onde oriento a aluna Jena Hanay Araujo de Oliveira, do curso de doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência.

Jena é maranhense de São Luís, psicóloga formada pela UNESP e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-campinas. Como tese de doutorado, pretende realizar estudo sobre: *“Aspectos Psicológicos de Obesos Grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica”*.

Tendo em vista que o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão mantém programa credenciado como serviço de referência do tratamento cirúrgico da obesidade pelo Ministério da Saúde, e que Jena gostaria de contribuir para o desenvolvimento da ciência em seu estado, venho consultá-lo quanto à possibilidade dela realizar a pesquisa junto à população de obesos, ali atendida.

Como bolsista Capes I, Jena tem dedicação integral ao Programa e, portanto, poderia realizar a coleta de dados em São Luís, onde reside sua família.

Gostaria de esclarecer ainda, que estamos em fase de definição do projeto de pesquisa e que seu desenvolvimento depende, naturalmente, do aceite de uma instituição para sua realização.

Certa de que esta consulta será devidamente apreciada por V.As., agradeço antecipadamente sua atenção, e coloco-me ao seu inteiro dispor, para quaisquer outras informações que se façam necessárias.

Atenciosamente

Elisa Medici Pizão Yoshida

ANEXO F

Consentimento da Instituição

-----Mensagem original-----

De: Hospital Universitario [mailto:huufma@huufma.br]

Enviada em: quinta-feira, 30 de outubro de 2003 11:52

Para: eyoshida.tln@terra.com.br

Assunto: Pesquisa no HUUFMA

São Luís, 30 de outubro de 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA – HUUFMA

À Professora Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Prezada Professora,

Acuso o recebimento de vossa correspondência sobre a possibilidade da aluna Jena Hanay Araújo de Oliveira realizar a pesquisa junto à população de obesos deste Hospital.

Informo do nosso interesse sobre o trabalho proposto e coloco o HUUFMA à disposição para que a aluna possa realizar a coleta de dados para sua pesquisa.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Diretor Geral do HUUFMA

GLOSSÁRIO

Dislipidemia - alteração do nível de lípidos - colesterol e triglicérides.

Síndrome de Cushing – Conjunto de sinais e sintomas, decorrentes de anormalidades na hipófise ou na supra-renal: obesidade na face tronco e pescoço, estrias cutâneas purpúreas, hipertricose, hipertensão arterial, hiperglicemia.

Síndrome dos ovários policísticos - caracteriza-se por uma desregulação do eixo hipotalamo-hipófise-ovariano.

Síndrome hipotalâmica - lesão na região ventromedial do hipotálamo.

Síndrome de Prader-Willi – de herança esporádica.

Síndrome de Bardet-Biedl – de herança autossômica recessiva.

Síndrome Ahlstrom - de herança autossômica recessiva.

Síndrome de Cohen - de herança autossômica recessiva.

Síndrome de Carpenter - de herança autossômica.

Pseudo-hipoparatiroidismo – doença familiar rara por resistência ao PTH no tecido-alvo.

Hipogonadismo – falta do hormônio estrogênio na mulher ou testosterona no homem que favorece a deposição de gordura abdominal visceral.