

Universidade de Évora/Escola de Ciências Sociais
Departamento de Psicologia

Avaliação psicopatológica do doente obeso após cirurgia bariátrica

André Filipe Rodrigues Pedro Ferreira
Orientador: Prof. Dr. Rui Aragão

A presente investigação contou com o apoio científico
do Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo
do Peso (ONOCOP)

Mestrado em Psicologia
Área de Especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Évora, 2012

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer ao Professor Doutor Rui Aragão, enquanto orientador da presente Dissertação de Mestrado.

Para além disso, devo manifestar o meu agradecimento ao Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP), na pessoa do Doutor Osvaldo Santos, pela imprescindível contribuição para o desenvolvimento do trabalho aqui apresentado.

Não poderia deixar também de agradecer à equipa do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., nas pessoas do Doutor Manuel Carvalho, Enfermeira Margarida Pegacho e Doutora Graça Raimundo. Aos membros desta equipa se deve a criação e manutenção de um ambiente propício à partilha de conhecimentos multiprofissionais, bem como à evolução profissional inerente e necessária enquanto prestadores de cuidados de saúde diferenciados.

Por último, gostaria também de agradecer aos meus pais por todo o incentivo que sempre deram ao meu progresso académico e profissional.

Avaliação psicopatológica do doente obeso após-cirurgia bariátrica

Resumo

Introdução: Existem poucos dados na literatura sobre existência e/ou alteração de psicopatologia após a cirurgia bariátrica. O objectivo deste estudo foi analisar a evolução de indicadores psicopatológicos pré- e pós-cirurgia.

Métodos: Estudo longitudinal, observacional, e descritivo. Utilizou-se o MCMI-III e entrevistas clínicas estruturadas nas avaliações psicológicas pré- e pós-cirúrgicas.

Resultados: Dos 162 doentes avaliados pré-cirurgia foram extraídos 20 submetidos a cirurgia, no mínimo há 12 meses. Das perturbações psiquiátricas (de eixo 1) pré-cirurgia destacaram-se: ansiedade (40%), distímica (20%), somatoforme e delirante (ambas com 15%); após a cirurgia destacaram-se: ansiedade (40%), bipolar, distímica, e delirante (todas com 15%). A perturbação da personalidade (eixo II) mais prevalente pré-cirurgia foi a compulsiva (15%); pós-cirurgia destacaram-se: histriónica, compulsiva e paranóide (todas com 10%).

Conclusões: Após a cirurgia bariátrica verifica-se apenas ligeiro decréscimo de psicopatologia, apesar da diminuição do IMC, sugerindo que a psicopatologia nos doentes obesos não estará totalmente relacionada com o peso.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Avaliação psicológica; Psicopatologia; Personalidade.

Psychopathological assessment of the obese patient after bariatric surgery

Abstract

Introduction: There is little data regarding the existence and/or change of psychopathology after bariatric surgery. The main goal of this study was to analyze the evolution of psychopathological indicators before and after surgery.

Methods: Longitudinal, observational and descriptive study. Psychological assessment included the MCMI-III and structured clinical interviews.

Results: From the 162 patients pre-surgically assessed were extracted 20 which undergone surgery, at least 12 months ago. Most prevalent clinical syndromes (axis I) before surgery were: anxiety (40%), dysthymia (20%), somatoform and delusional (both with 15%); after surgery: anxiety (40%), bipolar, dysthymia, and delusional (all with 15%). Pre-surgery the most prevalent personality pathology (axis II) was compulsive (15%); after surgery were: histrionic, compulsive, and paranoid (all with 10%).

Conclusions: After obesity surgical treatment there is only a slight reduction in psychopathology levels, despite good results in BMI reduction, suggesting that psychopathology among bariatric obese patients is not totally related to weight.

Keywords: Obesity; Bariatric surgery; Psychological assessment; Psychopathology; Personality.

Índice

I. Introdução	5
1. Obesidade: em que consiste, seus determinantes e consequências de saúde (individual e pública)	7
1.1 Tipos de obesidade	7
1.2 Epidemiologia	7
1.3 Etiologia	9
1.4 Custos da obesidade	10
1.5 Morbidade	11
1.6 Mortalidade	12
2. Consequências psicossociais da obesidade	13
2.1 Contexto social e laboral	13
2.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde	14
2.3 Auto-estima	15
2.4 Psicopatologia e personalidade	16
2.4.1 Personalidade	18
2.4.1.2 Perturbações da personalidade	19
2.4.2 Categorias psicopatológicas mais prevalentes	21
2.4.2.1 Eixos I e II	24
3. Opções terapêuticas para a obesidade	27
3.1 Tratamentos não cirúrgicos	27
3.1.1 Terapia cognitivo-comportamental	28
3.2 Tratamento cirúrgico da obesidade	29
3.2.1 Tipos de cirurgia bariátrica	30
3.2.2 Técnicas cirúrgicas	32
3.2.2.1 Banda Gástrica	32
3.2.2.2 <i>Bypass</i> Gástrico	32

3.2.3	Determinantes para a perda de peso após a cirurgia bariátrica	34
3.2.3.1	<i>Cumprimento das indicações pós-cirúrgicas</i>	36
3.2.4	Riscos da cirurgia bariátrica	37
4.	Intervenção em equipa no tratamento cirúrgico da obesidade	39
4.1	Equipa multiprofissional	39
4.2	O papel do psicólogo na equipa multiprofissional	40
4.2.1.	Avaliação psicológica	40
4.2.1.1	Objectivos da avaliação psicológica	41
4.2.2	Contra-indicações para a cirurgia bariátrica	42
4.2.3	Intervenção/accompanhamento psicológico	44
5.	Benefícios associados à cirurgia bariátrica	47
5.1	Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica	47
5.1.1	Cirurgia bariátrica e redução do peso	47
5.1.1.1	Perda de peso inicial	48
5.1.1.2	Perda de peso a longo prazo	49
5.1.1.3	Perda de peso: <i>bypass</i> gástrico vs. banda gástrica	50
5.1.2	Cirurgia bariátrica e redução da morbilidade	51
5.1.3	Cirurgia bariátrica e redução da mortalidade	53
5.1.4	Melhorias psicossociais após a cirurgia	54
5.1.4.1	Qualidade de vida	55
5.1.4.2	Imagem corporal	56
5.1.4.3	Auto-estima	57
5.1.4.4	Funcionamento social e sexualidade	57
5.1.4.5	Situação laboral	58
5.1.4.6	Psicopatologia	59
5.1.5	Satisfação com a cirurgia	60

6. Preditores de resultados	63
6.1 Variáveis demográficas	65
6.2 Peso pré-cirúrgico	66
6.3 Idade de início da obesidade	67
6.4 Motivação e expectativas	67
6.5 Factores psicológicos/psicopatologia	68
6.6 Comportamento alimentar	69
6.7 Outros preditores	71
II. Objectivos	73
III. Método	75
3.1 Desenho do estudo	75
3.2 Amostragem	75
3.3 Procedimentos	76
3.4 Variáveis em estudo	77
3.5 Instrumentos	78
3.5.1 Questionário sobre a satisfação com a cirurgia	79
3.5.2 Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III	80
3.5.2.1 Aplicação e cotação do MCMI-III	80
3.5.2.2 Desenvolvimento das escalas e índices do MCMI-III	81
3.5.2.3 Adaptação espanhola	82
3.5.2.3.1 Consistência interna e fidelidade teste-reteste	82
3.5.2.3.2 Validade externa	82
3.6 Análise estatística	83
IV. Resultados	85
V. Discussão e conclusão	93
VI. Referências bibliográficas	103

Anexos	v
Anexo 1 – Descrição das escalas clínicas e dos indicadores de validade do MCMI-III	vii
Anexo 2 – Número de elementos por escala, consistência interna e fidelidade teste-reteste	xv
Anexo 3 – Sensibilidade e valor preditivo para primeiros diagnósticos de Eixo II, para as três gerações do MCMI	xvii
Anexo 4 – Sensibilidade e valor preditivo para primeiros e segundos diagnósticos de Eixo II, para as três gerações do MCMI	xix

I. Introdução

Enquanto psicólogo clínico da Equipa de Tratamento Cirúrgico de obesidade do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE de Évora, reconheço todo o interesse numa maior compreensão dos doentes com obesidade que se apresentam para cirurgia bariátrica.

Durante a prática clínica com estes doentes, é-se confrontado diariamente com a difícil realidade com que se depara a maioria das pessoas com obesidade, apresentando estes doentes dificuldades a vários níveis: físico, psicológico, social, económico, entre outros.

Na tentativa de caracterizar do ponto de vista psicológico, a população que se apresenta para cirurgia bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, foi realizado um estudo em 2010, cujos dados serão utilizados agora como *baseline* da investigação, subjacente à presente Dissertação de Mestrado.

Partindo desta caracterização psicológica pré-cirúrgica, o principal objectivo da presente investigação é comparar os dados obtidos aquando da primeira avaliação (pré-cirúrgica), com os dados resultantes de avaliações psicológicas pós-cirúrgicas, realizadas com um período mínimo, de um ano após a cirurgia bariátrica.

Hipotetiza-se que, impulsionados por uma perda de peso significativa a curto prazo, que trará melhorias de várias ordens, se verificarem também melhorias na condição psicológica destes doentes.

A pertinência da investigação aqui revista, como sustentação teórica para o estudo realizado, prende-se essencialmente com a necessidade de se averiguar quais as alterações ao nível do funcionamento psicológico dos doentes com obesidade após a cirurgia da obesidade. Este esforço de investigação resulta como relevante e útil no contexto actual (descrito no decorrer da introdução teórica), em que os resultados internacionais disponíveis são bastante díspares. Por sua vez, os dados referentes a estudos portugueses são escassos, pelo que o presente trabalho pretende também

contribuir para a melhoria do conhecimento da realidade portuguesa, ao nível da componente psicológica dos doentes submetidos à cirurgia bariátrica.

Neste sentido, a introdução teórica que contextualiza esta investigação inclui uma caracterização global do fenómeno da obesidade, bem como algumas das suas consequências psicossociais. Para além disso, serão apresentadas algumas opções terapêuticas e vários tipos de melhorias que podem ser obtidas, principalmente com recurso ao tratamento cirúrgico da obesidade. Será ainda explorada a necessidade de uma equipa multiprofissional neste tipo de tratamento e ainda, alguns preditores de resultados.

1. Obesidade: em que consiste, seus determinantes e consequências de saúde (individual e pública)

1.1 Tipos de obesidade

A obesidade refere-se ao excesso de peso corporal, o que habitualmente corresponde a cerca de 25% do peso nas mulheres e de 18% nos homens (Bray, 1998).

O grau de obesidade pode ser medido através do índice de massa corporal (IMC), calculado pelo peso em quilogramas, dividido pela altura em metros quadrados (peso/altura²) (Seidell & Rissanen, 2004).

A utilização do índice de massa corporal deve-se principalmente, ao facto de este estar fortemente correlacionado com as medidas de gordura corporal. Neste sentido, substituiu as formas de medição mais tradicionais, de percentagem sobre o peso ideal (Vanitallie & Lew, 1992).

A classificação da obesidade mais recente da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), com base no índice de massa corporal é a seguinte: obesidade grau I 30-34.9 kg/m²; obesidade grau II 35-39.9 kg/m²; obesidade grau III (obesidade mórbida) 40 kg/m² ou superior.

1.2 Epidemiologia

Enquanto doença crónica de génese multifactorial, a obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI (Rebelo & Leal, 2008). A obesidade é um problema generalizado e em crescimento a nível mundial (WHO, 2000; Alciati *et al.*, 2007), existindo em todo o mundo 1.1 biliões de pessoas classificadas como tendo excesso de peso ou obesidade (Haslam & James, 2005).

Este aumento global da prevalência da obesidade está a ocorrer a um ritmo alarmante, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento (Kuczmarski, *et al.*, 1994; Rössner, 2002; Deitel, 2003; WHO, 2004).

Também a severidade da obesidade aumentou ao longo das últimas décadas, sendo que esta representa actualmente uma prioridade de saúde pública a nível mundial (WHO, 2000; Prentice, 2006).

A título de exemplo, note-se que nos Estados Unidos, a prevalência da obesidade clinicamente severa (grau III, *i.e.*, índice de massa corporal > 40), quadruplicou de 1986 a 2000, situando-se nos 4.8% para os adultos (Flegal *et al.*, 2002; Sturm, 2003; Ogden, *et al.*, 2006).

Contudo, não é apenas nos Estados Unidos que a obesidade alastra como uma epidemia (Buchwald & Buchwald, 2002; Elte *et al.*, 2008), sendo também comum na Europa (Elte *et al.*, 2008), especialmente nos países do sul e do leste europeu (James, 2004).

Numa análise de vários estudos conduzidos nos países que integram a União Europeia, realizada pela International Association for the Study of Obesity (IASO, 2008), verificou-se que nos vinte e sete países membros, 42.8% das pessoas tinham excesso de peso e que 29.5% eram obesas.

De acordo com os dados recolhidos em França, entre 2006 e 2007, 41% dos homens têm excesso de peso e 16.1% são obesos. Nas mulheres, verifica-se que 23.8% têm excesso de peso e que 17.6% são obesas (ENNS, 2006).

Na Grécia, os últimos dados disponíveis foram recolhidos entre 2001 e 2003, verificando-se que 50.8% dos homens têm excesso de peso e que 27.9% são obesos. Quanto às mulheres, 29.3% têm excesso de peso e 25.6% são obesas (Koukoulis *et al.*, 2010).

Em Espanha, verificou-se que 46.4% dos homens tinham, entre 1990 e 2000, excesso de peso e que 13.2% eram obesos. Os dados relativos às mulheres indicavam 32.9% com excesso de peso e 17.5% com obesidade (Aranceta-Bartrina *et al.*, 2005).

Quanto à realidade em Portugal, num estudo nacional, conduzido por do Carmo *et al.* (2007) entre 2003 e 2005, com 8.116 sujeitos portugueses verificou-se que a prevalência de excesso de peso na população adulta (18-64 anos) é de 39.4% (índice de massa corporal entre 25.0 e 29.9) e que a de obesidade é de 14.2% (índice de massa corporal \geq 30).

Quanto ao sexo, 45.2% dos homens tinham excesso de peso e 15% obesidade; 34.4% das mulheres tinham excesso de peso e 13.4% eram obesas (do Carmo *et al.*, 2007). Ao nível da obesidade de grau III, temos 0.6% (0.8% nas mulheres e 0.2% nos homens), num conjunto de 14.2% de obesidade, cuja prevalência aumenta à medida que se desce na escala social (do Carmo *et al.*, 2006; do Carmo *et al.*, 2007).

Estes dados são especialmente relevantes quando se observa um aumento da prevalência de excesso de peso/obesidade em Portugal, tendo passado de 49.6% (em 1995-1998) para 53.6% (no período de 2003-2005) (do Carmo *et al.*, 2006).

Com base nestes dados e, à data do estudo, contabilizavam-se cerca de 32.000 grandes obesos em Portugal em idade adulta. A este valor, deverá ainda ser adicionada a população com obesidade grau II com doenças associadas (do Carmo *et al.*, 2008).

1.3 Etiologia

A obesidade é considerada como sendo uma doença resultante da interação complexa de factores genéticos, comportamentais e ambientais (Malina, 2007).

O aumento da prevalência da obesidade tem sido tão rápido, que não pode dever-se unicamente a alterações genéticas (van Hout *et al.*, 2005). Bray (1998) resumiu sucintamente a etiologia da obesidade: “*Os genes carregam a arma, o ambiente puxa o gatilho.*” Actualmente pensa-se, que os genes explicam entre 25 a 40% da variância no IMC (Bouchard, 1994; Price, 2002).

Não obstante, na população de grandes obesos (obesidade de grau III/mórbida), a obesidade terá provavelmente um forte factor genético. Segundo Carmo *et al.* (2008), esta afirmação pode basear-se em três razões. Em primeiro lugar, estando inseridos num conjunto populacional sujeito às mesmas condições de mudanças alimentares e sedentarismo, destacam-se no desenvolvimento de uma obesidade grave, enquanto os restantes se distribuem por graus mais moderados. Em segundo lugar, a obesidade

manifesta-se muitas vezes desde a primeira infância. Por último, são frequentes os casos de famílias com grandes obesos em sucessivas gerações. Globalmente, a obesidade será largamente causada pelas alterações para um estilo de vida caracterizado por comportamentos sedentários e que, a nível nutricional, privilegiam maior ingestão de alimentos hipercalóricos. Este facto deixará uma considerável percentagem de variabilidade de peso, aberta à modificação comportamental (Lang *et al.*, 2002).

Por sua vez, autores como Provencher *et al.* (2008), defendem que os traços de personalidade estão também consistentemente associados a comportamentos não normativos que podem contribuir para a obesidade.

Em suma, a obesidade terá uma etiologia multifactorial, na qual interagem muitas vezes, factores como a nutrição, a inactividade física, a hereditariedade, factores socioeconómicos, medicação, factores hormonais, biológicos e somáticos (Bouchard, 1997; Hill, 2002).

1.4 Custos da obesidade

Os custos directos da obesidade estarão entre o 1 e os 5% do orçamento da saúde de vários países (Seidell, 1998). Em 1995, estimava-se que as complicações directamente relacionadas com a obesidade custassem aos Estados Unidos 99 biliões de dólares (Wolf & Colditz, 1998). Em Portugal, em 1996, os custos directos da obesidade foram estimados em 3.5% do orçamento da saúde (Pereira & Amaral, 1996).

Para além disso, terão também de ser tidos em conta os custos indirectos, devido à redução da actividade económica provocada pela doença e morte prematura, atribuível à obesidade. Não esquecendo ainda, os custos pessoais e sociais, muito relacionados com a qualidade de vida (Caterson & Colditz, 2004). O custo indirecto total da obesidade em Portugal em 2002 foi estimado em cerca de 200 milhões de euros. A mortalidade terá sido responsável por 58.4% deste valor e a morbilidade por 41,6% (Pereira & Mateus, 2003).

1.5 Morbilidade

Enquanto condição crónica, a obesidade acarreta inúmeros efeitos na saúde física e várias implicações sociais (Williamson & O'Neil, 2004), sendo que o excesso de peso (incluindo obesidade) é o sexto factor de risco mais importante na contribuição para doenças em todo o mundo (Haslam & James, 2005).

De facto, a obesidade tornou-se num grave problema de saúde pública nas sociedades ocidentais (Hsu *et al.*, 1998), sendo que as condições de saúde mais adversas estão associadas com a obesidade mórbida. Quanto mais grave for a obesidade, maior o risco de complicações médicas e de mortalidade (Sjöström, 1992; Bocchieri *et al.*, 2002; Elte *et al.*, 2008), daí o nível mais severo de obesidade ser também designado como “obesidade mórbida” (Bocchieri *et al.*, 2002).

Esta doença funciona como factor de risco, mediador e moderador para várias doenças, existindo evidências consistentes que suportam a noção de que a obesidade mórbida representa um sério risco para a saúde física e bem-estar psicossocial (Bocchieri *et al.*, 2002).

Estão bem documentadas as associações entre a obesidade e vários problemas médicos, incluindo a diabetes tipo 2, fígado gordo não-alcoólico, doença da vesícula biliar, doença cardiovascular, hipertensão, dislipidemia, alterações endócrinas, perturbações músculo-esqueléticas, apneia do sono, refluxo gastroesofágico, alguns tipos de cancro e complicações pulmonares (NHLBI, 1998; Allison *et al.*, 1999; Bergstrom *et al.*, 2001; Wadden *et al.*, 2002; Residori *et al.*, 2003; Bray, 2004a; Li & Heber, 2005).

De forma a ter-se uma noção dos reais riscos envolvidos, note-se que o risco relativo do desenvolvimento de diabetes tipo 2 em pessoas com um índice de massa corporal superior a 35 kg/m^2 é de 93 para as mulheres (Colditz *et al.*, 1995) e de 42 para os homens (Chan *et al.*, 1994), comparativamente às pessoas com um IMC inferior a 22 kg/m^2 e 23 kg/m^2 , respectivamente. Para além disso, aproximadamente metade dos diagnósticos de diabetes tipo 2 ocorrem em doentes obesos (Leibson *et al.*, 2001).

1.6 Mortalidade

Vários estudos revelaram uma associação positiva entre a obesidade e risco de morte aumentado. A maioria dos grandes estudos epidemiológicos, incluindo os estudos que envolvem um longo período de *follow-up*, indicaram que a obesidade está associada a aumento da mortalidade (Sjöström, 1992; Freedman *et al.*, 2006; van Dam *et al.*, 2006; Price *et al.*, 2006; Jee *et al.*, 2006; Adams *et al.*, 2006; Yan *et al.*, 2006).

O critério para definir a obesidade (*i.e.*, IMC de 30kg/m²) foi seleccionado principalmente, com base na forte relação entre o IMC e a mortalidade (Wadden *et al.*, 2002). Quanto mais elevado for o IMC, maior será o risco de mortalidade (Flegal *et al.*, 2005; Adams *et al.*, 2006; McTigue *et al.*, 2006). No seu estudo, Calle e colaboradores (1999), relataram que o risco de mortalidade aumentava com o aumento do IMC, tanto nos homens, como nas mulheres de todos os grupos etários, quando se têm em conta as mortes por todas as causas.

De forma global, comparativamente aos indivíduos normoponderais, a obesidade aumenta o risco de morte de 50% a 100% (Troiano *et al.*, 1996), estimando-se que a esperança de vida das pessoas com obesidade grave seja reduzida de cinco a vinte anos (Fontaine *et al.*, 2003).

A mortalidade é atribuída primariamente à associação da obesidade com a doença cardiovascular e com a diabetes tipo 2, bem como com vários tipos de cancro (Pi-Sunyer, 1993).

2. Consequências psicossociais da obesidade

A obesidade mórbida não está apenas associada a comorbilidades médicas e físicas. Encontra-se também relacionada com problemas psicológicos e sociais, e com redução da qualidade de vida (Mathus-Vliegen *et al.*, 2004; Fabricatore *et al.*, 2005).

Neste sentido, será importante perceber de forma mais detalhada as dificuldades acrescidas que, na maioria dos casos, estes doentes enfrentam, como: o isolamento social, a perda de mobilidade laboral, o aumento do absentismo no emprego, e a discriminação económica e social (Bray, 1996). Para além disso, poderão estar presentes a perturbação da imagem corporal, atitudes negativas perante o corpo, baixa auto-estima, somatização, bem como perturbações alimentares (Stunkard & Wadden, 1992; Wing & Greeno, 1994; van Gemert, *et al.*, 1998a).

2.1 Contexto social e laboral

No domínio social, os indivíduos obesos têm de lidar com o preconceito, com a discriminação, com a estigmatização e com o isolamento social (Rand & Macgregor, 1990; Crossrow *et al.*, 2001; Puhl & Brownell, 2001; Stunkard & Wadden, 1992; van Hout *et al.*, 2003), em virtude da sua aparência.

Digno de nota é o facto de o preconceito percebido pelas pessoas com obesidade grave não ser restrito ao público em geral, estendendo-se também aos profissionais de saúde (Rand & Macgregor, 1990).

Os dados disponíveis revelam também que os doentes candidatos a cirurgia bariátrica experienciam elevado stresse no trabalho, bem como nas relações íntimas e sociais (Greenberg *et al.*, 2005), registando-se relacionamentos insatisfatórios e problemas ocupacionais (menor acesso a condições laborais e remuneratórias, maior dificuldade na execução de tarefas diárias, entre outros) (van Hout *et al.*, 2003).

Quando comparados com a população normal, os indivíduos obesos apresentam níveis de educação mais baixos, menores rendimentos e taxas de desemprego mais elevadas (Colditz *et al.*, 1990; Willett *et al.*, 1999).

2.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto cultural e do sistema de valores em que vive, dos seus objectivos, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito multidimensional abrangente, afectado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e características do ambiente sócio-económico-cultural envolvente (The WHOQOL Group, 1998).

A maioria dos estudos indicam que os doentes com obesidade mórbida, especialmente aqueles que procuram a cirurgia bariátrica, relatam uma qualidade de vida significativamente mais baixa. Tal pode dever-se ao facto de estes doentes serem mais sujeitos a discriminação, a apresentarem um funcionamento físico e psicológico diminuído, a consequências psicopatológicas, mas também devido às comorbilidades derivadas do excesso de peso (van Hout *et al.*, 2004).

Por sua vez, a qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito que engloba aspectos mais específicos de uma condição clínica (de Zwaan *et al.*, 2002). Neste caso, importa perceber o impacto da obesidade, enquanto condição médica particular, na qualidade de vida dos doentes obesos.

Os dados disponíveis revelam que a obesidade tem um impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde (Mathus-Vliegen *et al.*, 2004), sendo vários os estudos que têm demonstrado uma relação entre a obesidade e uma baixa qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como com um baixo funcionamento psicossocial (Glinski *et al.*, 2001; Engel *et al.*, 2003; Wadden *et al.*, 2006).

Na maioria dos estudos, encontrou-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde estava significativamente mais comprometida no grupo de doentes

obesos que procuravam a cirurgia bariátrica, do que nos grupos de controlo (sujeitos obesos que não procuravam o tratamento cirúrgico da obesidade) (Kolotkin *et al.*, 2001a). O mesmo acontece para as pessoas obesas que procuram tratamentos não cirúrgicos, quando comparadas com as pessoas obesas que não procuram tratamento (Fotaine *et al.*, 2000).

Em suma, a obesidade contribui significativamente para a diminuição de todos os domínios daquilo a que se refere geralmente, como a qualidade de vida relacionada com a saúde (Duval *et al.*, 2006), incluindo o funcionamento físico, psicológico, social, sexual, auto-estima e vida laboral (Kolotkin *et al.*, 2001b).

2.3 Auto-estima

Verifica-se que a obesidade tem um impacto negativo na auto-estima (Glinski *et al.*, 2001) e que os doentes com obesidade tendem a apresentar baixa auto-estima (van Gemert *et al.*, 1998a).

Os doentes com obesidade apresentam uma série de dificuldades na maioria das actividades mais elementares (Flanagan, 1996), que tendem a ser exacerbadas consoante a gravidade da sua obesidade.

Estes doentes têm habitualmente, dificuldades em lavar-se e limpar-se, em escovar o cabelo ou atar os atacadores dos sapatos (Flanagan, 1996), dificuldades de mobilidade em espaços públicos (Glinski *et al.*, 2001), em entrar em alguns carros ou em assentos de avião (Flanagan, 1996). Tendem a evitar a praia e, se forem, usam roupas largas em vez de um fato de banho. Por sua vez, devido ao seu excesso de peso, tendem a ter uma vida sexual limitada e a não encontrar empregos adequados (Flanagan, 1996).

Para além disso, são frequentemente discriminados pelas suas famílias e amigos (Flanagan, 1996), ouvem comentários rudes dos outros, o que adicionado à ênfase que os media dão à magreza, tende a aumentar o sentimento de vergonha do doente obeso (Glinski *et al.*, 2001).

Contudo, a relação entre a obesidade e a auto-estima não é necessariamente unidireccional. Para além do contributo da obesidade para uma baixa auto-

estima, também é possível que a baixa auto-estima contribua para a obesidade, criando uma complexa relação transaccional (Glinski *et al.*, 2001).

O conceito de *locus* de controlo, desenvolvido por Julian Rotter na década de 1960 (Rotter, 1975) com base na teoria da aprendizagem social, é também pertinente para a compreensão da obesidade e sua relação com a auto-estima. Indivíduos com um *locus* de controlo interno apresentam maior probabilidade de assumirem a responsabilidade pelas suas acções, comparativamente aos indivíduos com *locus* de controlo externo, que atribuem a causalidade à sorte, ao destino ou aos outros. Os primeiros percebem a necessidade de perder peso e apresentam elevada confiança na sua capacidade para tal. Por outro lado, os indivíduos com um *locus* de controlo externo percebem menor hipótese de influenciarem a sua imagem corporal ou o seu peso corporal. Consequentemente tendem a abandonar a dieta, o que conduz a insatisfação com o corpo e a baixa auto-estima (Pokrajac-Bulian & Zivcic-Becirevic, 2005).

O conceito de auto-eficácia, decorrente da teoria social cognitiva (Bandura, 1997), é também um factor que pode influenciar o controlo do peso. A auto-eficácia pode ser definida como a crença de um indivíduo na sua capacidade para executar com sucesso determinados comportamentos, sendo um determinante das escolhas pessoais de actividades, da quantidade de esforço despendido nessas actividades, e da duração desses mesmos esforços (Dennis & Goldberg, 1996). Como tal, este conceito é uma componente importante do tratamento da obesidade (Clarke *et al.*, 1996) e nos esforços de adesão ao tratamento, estando directamente relacionado com a auto-estima (Bruner, 2008). A baixa auto-estima, a baixa tolerância à frustração, a dificuldade na elaboração de afectos e impulsos, pode também conduzir à manutenção de comportamentos alimentares inadequados, que estão geralmente associados à obesidade (Kahtalian, 1992).

2.4 Psicopatologia e personalidade

A decisão para se ser submetido a cirurgia bariátrica é comumente impulsionada pelos riscos de saúde que ameaçam a vida. Contudo, os factores

sociais e psicológicos, incluindo o isolamento social, a discriminação, a depressão ou a incapacidade para executar tarefas desejadas, são também razões principais frequentemente citadas como impulsionadoras da tomada de decisão (Hall *et al.*, 1983). Neste sentido, importa salientar que comentários espontâneos dos doentes relativamente ao impacto que as cirurgias tiveram nas suas vidas, se centram quase exclusivamente nas alterações psicológicas e sociais, em vez dos benefícios de saúde (Harris & Green, 1982).

Alguns estudos demonstraram que a psicopatologia não é mais prevalente nos obesos do que na população em geral (Stunkard & Wadden, 1992; Vallis *et al.*, 2001). Do mesmo modo, estudos como o de Wadden e Stunkard (1985), verificaram que os doentes com obesidade mórbida que se submetem a cirurgia bariátrica não apresentam níveis de psicopatologia diferentes, comparativamente ao resto da população.

Paralelamente, outros estudos não conseguiram encontrar diferenças significativas nas características psicológicas entre os doentes com obesidade mórbida que receberam tratamento cirúrgico e aqueles que não escolhem o caminho cirúrgico (Stunkard & Wadden, 1992; Vallis *et al.*, 2001).

Por outro lado, outros estudos encontraram elevadas taxas de sintomas psiquiátricos entre os pacientes obesos (Moore *et al.*, 1962; Istvan *et al.*, 1992). Para além disso, foram também relatadas taxas elevadas de psicopatologia entre os indivíduos que se apresentam para cirurgia bariátrica (Glinski *et al.*, 2001; Sarwer *et al.*, 2005), bem como entre os obesos graves, que procuram a cirurgia bariátrica (Hsu *et al.*, 1998; Glinski *et al.*, 2001).

Perturbações do humor, de ansiedade, alimentares e de ajustamento são os problemas psiquiátricos mais prevalentes relatados pelos doentes (Swan-Kremeier, 2005).

Pelo menos em parte, estas perturbações podem ser explicadas devido à estigmatização e discriminação que os obesos experienciam (Hsu *et al.*, 1998; Wadden *et al.*, 2001) Isto apesar da recorrência de sintomas psiquiátricos entre doentes com bons resultados cirúrgicos sugerir a existência de outros factores também envolvidos (Hsu *et al.*, 1998).

De facto, se a obesidade está associada ou não a maior probabilidade de perturbações psiquiátricas do que na população geral é um debate em curso. Os resultados são variados, com alguns estudos a indicarem que a obesidade está relacionada com um aumento da psicopatologia e outros a não encontrarem relação, ou mesmo a encontrarem uma associação negativa (Muhlans & de Zwaan, 2008).

Vários investigadores defendem que a população obesa não manifesta níveis mais elevados de psicopatologia do que a população não obesa e que a sintomatologia psicológica é maioritariamente um resultado da obesidade, em vez de ser a causa do seu desenvolvimento (Stunkard *et al.*, 1986; Stunkard & Wadden, 1992; Friedman & Brownell, 1995).

Também aqui não parece haver consenso, havendo evidencia no sentido contrário: dificuldades psicológicas e/ou psiquiátricas antes da cirurgia bariátrica são comuns (Clarke *et al.*, 2003; Ferreira *et al.*, 2010), tendo valor preditivo quanto ao controlo do peso (Tsushima *et al.*, 2004). Deste modo importa contextualizar as categorias psicopatológicas mais prevalentes. Contudo, antes disso será importante abordar o conceito de personalidade, bem como de perturbação de personalidade.

2.4.1 Personalidade

Segundo Doran e Parot (2001), existem mais de cinquenta definições de personalidade. Etimologicamente, o termo *personalidade* significa *máscara*, como a utilizada pelos actores no teatro clássico, fixa e imutável durante toda a apresentação (Campos *et al.*, 2010).

Actualmente a personalidade pode ser definida como um padrão complexo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expressam de forma automática em quase todas as áreas da actividade psicológica. É um padrão de características que configura a constelação completa da pessoa (Millon & Davis, 2001).

Por sua vez, os *“traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si*

próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal.” (APA, 2002, p. 686).

A personalidade tende a ser confundida com termos, directa e implicitamente relacionados: temperamento e carácter (Millon & Davis, 2001). O temperamento é o resultado de uma disposição biológica básica para certos comportamentos (Millon & Davis, 2001), apesar de ser difícil explicar a ligação com os factores biológicos (Delay & Pichot, 1969). Complementarmente, o carácter define-se como o conjunto das características adquiridas durante o desenvolvimento pessoal, sendo conotado de um certo grau de conformidade com as normas sociais (Millon & Davis, 2001). O carácter representa o cerne do comportamento individual diferenciando-o dos outros, a forma de um indivíduo reagir aos acontecimentos no que concerne à esfera afectiva e volitiva (Garcia, 1964).

2.4.1.2 Perturbações da personalidade

Apesar de os académicos e clínicos se interessarem há bastante tempo pela personalidade e pelas suas variações, centraram a sua atenção nas perturbações sintomáticas do eixo I, em algum detrimento pelas perturbações da personalidade (Kernberg, 2003), que podem ser definidas como “*(...) padrão estável de experiência interna e comportamento, que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade.*” (APA, 2002, p. 685). As perturbações da personalidade surgem quando os traços de personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo (APA, 2002).

Estima-se que 10% a 11% da população geral adulta seja afectada por uma ou mais perturbações da personalidade. As perturbações da personalidade têm um sério impacto na maioria dos aspectos de vida das pessoas, seja na conduta profissional ou escolar, na interacção com os colegas e com a família, ou no funcionamento cognitivo e emocional (Weissman, 1993).

Os sistemas classificativos actuais, apresentam as perturbações da personalidade como um conjunto de critérios de diagnóstico distintos entre si e relacionados com as descrições clínicas clássicas (Bagby *et al.*, 2005).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da American Psychiatric Association é considerado como o sistema de classificação taxionómica oficial, que devem utilizar os profissionais de saúde mental (Millon & Davis, 2001), assentando este num modelo multiaxial. Este sistema multiaxial envolve uma avaliação com base em vários eixos, cada um dos quais referindo-se a um domínio diferente de informação (APA, 2002).

A utilidade do modelo multiaxial reside no facto de cada doente ser mais do que a soma dos seus diagnósticos, uma vez que determinados sintomas podem surgir por diferentes razões e, como tal, enquadrados em categorias distintas. Para além disso, este modelo reconhece a necessidade de agrupar os diferentes sintomas e características da personalidade de um doente, a fim de se poder definir um quadro que reflecta o padrão completo de funcionamento dessa pessoa (Millon & Davis, 2001). O DSM-IV-TR (APA, 2002) categoriza os vários domínios de informação de acordo com os seguintes eixos:

- Eixo I – perturbações clínicas; outras perturbações que podem ser foco de atenção médica;
- Eixo II – perturbações da personalidade; deficiência mental;
- Eixo III – estados físicos gerais;
- Eixo IV – problemas psicossociais e ambientais;
- Eixo V – avaliação global do funcionamento.

As várias perturbações ou situações clínicas existentes na classificação do DSM-IV-TR constam do eixo I, com excepção para as perturbações da personalidade e deficiência mental, indicadas no eixo II. O facto de as perturbações da personalidade serem indicadas num eixo diferente garante que será tida em conta a eventual presença destas perturbações (de outro modo passariam despercebidas), nos casos em que a atenção é dirigida para as perturbações do eixo I, geralmente mais evidentes/salientes (APA, 2002).

O DSM-IV-TR divide as perturbações da personalidade em três categorias baseando-se em semelhanças descritivas: A – estranho-excêntrico; B – dramático-emotivo e C – ansioso-medroso (Campos *et al.*, 2010). Apresenta-se a listagem das perturbações da personalidade que constam do DSM-IV-TR (APA, 2002):

- Perturbação paranóide da personalidade;
- Perturbação esquizóide da personalidade;
- Perturbação esquizotípica da personalidade;
- Perturbação anti-social da personalidade;
- Perturbação estado-limite da personalidade;
- Perturbação histriónica da personalidade;
- Perturbação narcísica da personalidade;
- Perturbação evitante da personalidade;
- Perturbação dependente da personalidade;
- Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade;
- Perturbação da personalidade sem outra especificação;
- Perturbação depressiva da personalidade;^a
- Perturbação passivo-agressivo da personalidade (perturbação negativista da personalidade).^a

2.4.2 Categorias psicopatológicas mais prevalentes

A maioria dos obesos não apresenta psicopatologia evidente, embora uma minoria substancial apresente, complicações emocionais significativas, como resultado da obesidade ou de doença psiquiátrica subjacente (Wadden *et al.*, 2001).

Apesar de os indivíduos com obesidade na população geral não manifestarem maiores níveis de perturbações psicológicas do que os indivíduos sem obesidade (Stunkard *et al.*, 1986), as pessoas obesas que procuram tratamento

^a Proposta de categorias diagnósticas que necessitam de estudo.

parecem apresentar níveis mais elevados de perturbações psicológicas e de perturbações alimentares, do que as pessoas obesas que não procuram tratamento (de Zwaan, 2001).

Várias investigações documentaram uma elevada prevalência de comorbilidades psiquiátricas nos doentes com obesidade grave, sendo de destacar as perturbações alimentares (especialmente ingestão alimentar compulsiva) (Adami *et al.*, 1995; Busetto *et al.*, 1996; Kalarchian *et al.*, 1998; Powers *et al.*, 1999; Williamson & Martin, 1999; Hsu *et al.*, 2002; de Zwaan *et al.*, 2003) a depressão (Carpenter *et al.*, 2002; Onyike *et al.*, 2003), as perturbações de ansiedade e as de personalidade (Black *et al.*, 1992; Becker *et al.*, 2001).

A suportar a ideia de que os doentes obesos têm uma tendência mais elevada para apresentarem um nível de perturbações psiquiátricas relevantes (Saunders (1999), está também o estudo de Sullivan *et al.* (1993). Este demonstrou que o grupo com obesidade de grau II e III apresentava prevalências mais elevadas de sintomas depressivos e ansiosos, quando comparados com os grupos de não obesos. Por sua vez, Onyike *et al.* (2003), encontraram que os doentes com obesidade grave, apresentavam um risco de depressão, cinco vezes superior aos doentes com graus mais moderados de obesidade.

Foram também vários os estudos que investigaram a psicopatologia nos obesos mórbidos antes e depois da cirurgia, utilizando o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (MMPI). Todos eles verificaram que os doentes apresentavam perfis pré-cirúrgicos relativamente normais, com algumas elevações nas escalas de humor e, apenas raramente, elevações clinicamente significativas em quaisquer das escalas desta prova psicológica (Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976; Leon *et al.*, 1979; Salzstein & Gutmann, 1980; Wampler *et al.*, 1980; Castelnuovo-Tedesco, 1982; Bull *et al.*, 1983).

Travado *et al.* (2004), realizaram um estudo com uma população de candidatos a cirurgia bariátrica num hospital português. Concluíram que os sujeitos, apesar de não apresentarem perturbação psicopatológica e de personalidade com significado clínico relevante, apresentaram contudo, algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade psicológica. Nomeadamente através do MCMI-II, destacaram-se alterações com significado clínico ao nível da

personalidade compulsiva (ao nível do traço, não da perturbação da personalidade). Para além disso, as autoras encontraram alterações emocionais ligeiras de ansiedade, que foram encaradas como precipitantes do comportamento compulsivo de comer.

Independentemente da disparidade dos tipos de perturbações encontradas, é relatado por alguns investigadores que a prevalência de perturbações mentais parecem aumentar com o aumento da severidade da obesidade (Onyike *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2008b).

Por sua vez, parece também existir um aumento da prevalência de problemas psicológicos, em doentes obesos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, candidatos a cirurgia bariátrica, como demonstra um estudo efectuado por Jones-Corneille *et al.* (2010). No seu estudo, encontraram que 27.3% dos doentes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva apresentavam à data da avaliação pré-cirurgia bariátrica, uma perturbação do humor, comparativamente a 4.9% dos doentes sem este diagnóstico. Esta maior proporção de prevalência, também se verificava para um historial de perturbações de humor em 52.3% dos doentes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, comparativamente ao verificado em 23.0% dos doentes sem este diagnóstico.

No estudo de Jones-Corneille *et al.* (2010), à data da avaliação a prevalência de perturbações de ansiedade era maior nos doentes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva (27.3%, comparativamente aos 8.2% dos restantes doentes sem perturbação de ingestão alimentar compulsiva); bem como uma maior prevalência de historial de perturbação de ansiedade (36.4% vs. 16.4%). Para além disso, os doentes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, apresentavam também mais sintomas de depressão, bem como uma menor auto-estima.

Contudo, os doentes com obesidade mórbida não representam um grupo homogéneo, no que diz respeito às características psicológicas, não podendo encontrar-se características de personalidade específicas (Blankmeyer *et al.*, 1990).

No entanto, podem frequentemente ser identificados vários subgrupos distintos entre os obesos mórbidos. Por exemplo, um grupo “altamente funcional” que funciona muito bem psicologicamente, com baixo *distress* emocional, diminuição funcional e alimentação disfuncional; um grupo com um “funcionamento fraco” que se situa no extremo oposto; e um grupo “moderadamente funcional” que se situa no meio. Será esta a tendência geral da população dos doentes com obesidade mórbida, incluindo os que procuram a cirurgia bariátrica, ao apresentarem diversidade psicológica: alguns são capazes de resistir a impacto negativo da obesidade extrema e funcionar de forma adequada, enquanto outros parecem ser extremamente afectados de forma negativa pela sua obesidade mórbida (Fitzgibbon *et al.*, 1993; Vallis *et al.*, 2001).

2.4.2.1 Eixos I e II

Importa adiantar que vários estudos têm avaliado a relação entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas através de entrevistas clínicas e aplicando os critérios de diagnóstico do DSM-IV (Mühlhans *et al.*, 2009). Como foi já anteriormente referido, apesar de a maioria dos doentes com obesidade não apresentar doença psicológica (Lim *et al.*, 2010) e de não existir um perfil psicológico único (“típico”) (Malina, 2007), nem um tipo de personalidade particular que os possa caracterizar (Stunkard & Wadden, 1992), foram encontradas algumas associações relevantes.

Na maioria dos estudos, os doentes revelam uma maior prevalência de perturbações do humor, comparativamente a membros da população em geral (Mühlhans *et al.*, 2009), com prevalências de perturbações do eixo I (do DSM-IV) entre os 27 e a 42% nos doentes com obesidade mórbida Herpertz *et al.*, 2004).

Um estudo recente, utilizando entrevistas estruturadas de diagnóstico, relatou que 36.8% dos candidatos a cirurgia bariátrica tinham tido perturbação psiquiátrica de eixo I, pelo menos uma vez na vida; e que 24.1% preenchiam critérios para uma perturbação actual (Rosenberger *et al.*, 2006).

A depressão é a perturbação de eixo I mais comum nos candidatos a cirurgia bariátrica, com uma predominância de, aproximadamente 66% (Sarwer *et al.*, 2005), e o aumento do grau de obesidade está associado com um risco acrescido de depressão (Onyieke *et al.*, 2003). Três estudos relataram que 19.3% a 28.2% dos doentes que procuraram a cirurgia bariátrica tinham um historial de perturbação depressiva *major* ao longo da vida (Halmi *et al.*, 1980a; Black *et al.*, 1992; Powers *et al.*, 1997). Perturbações da ansiedade (Black *et al.*, 1992), perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Kalarchian *et al.*, 2002) e historial de abuso de substâncias (Norris, 2007) são também prevalentes. Apesar de as pessoas obesas em geral, parecerem revelar níveis mais elevados de perturbações de humor e de ansiedade, esta associação é mais forte para as mulheres (Scott *et al.*, 2008a; Scott *et al.*, 2008b).

Uma vez que existe uma grande heterogeneidade entre estes doentes, parece não fazer sentido efectuar generalizações sobre as suas personalidades (Glinski *et al.*, 2001). Por outro lado, apesar de a heterogeneidade de tipos de personalidade entre pessoas com obesidade mórbida reunir algum consenso (Stunkard & Wadden, 1992), os dados variam entre 22 e mais de 25% dos candidatos a cirurgia bariátrica, a apresentarem perturbações de eixo II (Larsen, 1990; Powers *et al.*, 1992; Black *et al.*, 1992; Powers *et al.*, 1997;). Destas, destacam-se as perturbações de personalidade passivo-agressiva, esquizotípica, histriónica (Norris, 2007) e borderline (Sansone *et al.*, 2008).

Quanto à realidade portuguesa, Ferreira *et al.* (2010) efectuaram um estudo, cujo objectivo principal consistiu na caracterização, em termos psicopatológicos, dos doentes candidatos a cirurgia bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE (HESE) entre Março de 2008 e Junho de 2010. Este estudo constitui a *baseline* para a presente investigação e nele participaram 162 candidatos a cirurgia bariátrica (banda gástrica e *bypass* gástrico), na maioria do sexo feminino e com obesidade mórbida (cerca de 23%^b dos candidatos com obesidade grau II com comorbilidade justificativa de

^b No artigo publicado em 2010, o valor indicado correspondia, erradamente, a cerca de 15% da amostra. De referir que esse erro de publicação não afectou a restante análise e discussão do artigo.

cirurgia). Dos 162 candidatos, 124 (24 homens e 100 mulheres) obtiveram um perfil psicopatológico válido, segundo os critérios do *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMI-III).

Ao nível do eixo I, destacaram-se as perturbações psiquiátricas de ansiedade (38.7%), perturbação delirante (19.4%), e as perturbações somatoforme, bipolar e distímica (todas com 12.5%). Quanto ao eixo II, as perturbações da personalidade mais prevalentes foram a compulsiva (37.1%), a histriónica (30.6%) e a narcísica (20.2%). Entre os candidatos a cirurgia bariátrica com protocolos do MCMI-III válidos, 79.8% apresentavam tendência para desvalorizar ou sub-relatar a sintomatologia e 5.6% tendência para a auto-depreciação, através da manifestação algo exacerbada de perturbação emocional e/ou interpessoal.

Por sua vez, o IMC não se correlacionava com qualquer das escalas do MCMI-III. Por outro lado, os doentes com obesidade de grau II (com indicação para cirurgia) apresentavam um valor médio na pontuação da escala de personalidade compulsiva significativamente superior à média desta escala entre candidatos com obesidade mórbida. Foi ainda encontrada associação entre ter ou não ter depressão *major* e a categoria de IMC: a prevalência de depressão *major* (identificada através do MCMI-III) é de 17.2% entre candidatos com obesidade grau II e de 4.3% entre doentes com obesidade de grau III.

Os doentes com mais anos (auto-relatados) de exposição ao excesso de peso (obesidade incluída) obtiveram pontuações mais elevadas na escala de perturbação somatoforme (eixo I), bem como nas escalas de personalidade esquizóide e compulsiva (eixo II). Foi também encontrada correlação positiva significativa entre o tempo de exposição ao excesso de peso e a perturbação delirante (eixo I), e a personalidade esquizóide (eixo II).

3. Opções terapêuticas para a obesidade

3.1 Tratamentos não cirúrgicos

Para a maioria dos obesos mórbidos, a luta com o peso é para toda a vida, existindo poucos tratamentos com efectividade comprovada disponíveis (Bocchieri *et al.*, 2002). Os tratamentos que são habitualmente eficazes para a obesidade ligeira ou moderada, tais como as dietas hipocalóricas, terapia comportamental ou medicação, não se traduzem em resultados satisfatórios no combate à obesidade grave (Stunkard *et al.*, 1986; Ayyad & Andersen, 2000).

Não existem actualmente agentes farmacológicos realmente eficazes para o tratamento da obesidade, especialmente para a obesidade mórbida (NAASO & NHLBI, 1998; 2000). Os tratamentos farmacológicos (principalmente Orlistato e Sibutramina), bem como programas globais de alteração do comportamento, produzem tipicamente uma redução inicial do peso de 8% a 10% (Wing, 1992; Wadden, 1993; Jones *et al.*, 1995; Wing, 1998; Davidson *et al.*, 1999; Wadden & Butryn, 2003). Este tipo de resultados, apesar de poderem melhorar o estado de saúde e o estado psicossocial dos doentes com obesidade moderada, provavelmente terão um pequeno efeito na saúde e no bem-estar dos que sofrem de obesidade grave (Sarwer *et al.*, 2005).

Globalmente, com os tratamentos não cirúrgicos para a obesidade, é registada uma perda de peso significativa, em menos de 5% dos doentes com obesidade mórbida (Shamblin & Shamblin, 1987; Brolin *et al.*, 1989;). Mesmo entre a minoria que consegue perder peso sem cirurgia, apenas uma percentagem ainda mais reduzida, conseguirá manter a perda de peso ao longo do tempo (Stunkard & McLaren-Hume, 1959; Sohar & Sneh, 1973; Safer, 1991; Glenny *et al.*, 1997; NAASO & NHLBI, 1998; Sarwer & Wadden, 1999; NAASO & NHLBI, 2000). Para além disso, a recuperação do peso perdido após o término do tratamento é, frequentemente relevante (Wadden *et al.*, 1989; Jones *et al.*, 1995; Davidson *et al.*, 1999; Franques, 2003), sendo que a maioria dos doentes atingirá níveis tão ou ainda mais elevados que os anteriores (Garner & Wooley, 1991). Por sua vez, estas tentativas falhadas resultarão mais frequentemente em reacções

psicológicas negativas (nomeadamente, através de diminuição das percepções de auto-controlo e de auto-eficácia) (Halmi *et al.*, 1980b; Andersen *et al.*, 1984).

3.1.1 Terapia cognitivo-comportamental

Na década de 1950, os psicólogos tentaram induzir a perda de peso, recorrendo a tratamentos psicanalíticos. Estes consistiam na resolução de fixações orais, perturbações do desenvolvimento e da personalidade. Na época, pressupunha-se que a obesidade era um sintoma de problemas psicológicos (a estes níveis) subjacentes (Levy *et al.*, 2007).

À medida que as terapias baseadas na teoria psicanalítica se foram revelando ineficazes, os comportamentalistas criaram propostas alternativas para tratamentos psicológicos para a perda de peso, partindo do princípio de que os comportamentos que causavam o aumento de peso eram aprendidos e, como tal, podiam ser desaprendidos e substituídos por comportamentos mais adaptativos (Levy *et al.*, 2007).

Contudo, também os programas comportamentais para a perda de peso tendem a não ter efectividade a longo prazo. Uma explicação habitual para este insucesso passa pelo facto desses modelos negligenciarem o contributo de factores cognitivos na recuperação do peso após uma redução inicial (Cooper & Fairburn, 2001; Cooper *et al.*, 2003). De facto, obtém-se maior sucesso quando os métodos comportamentais são combinados com técnicas cognitivas, nomeadamente pelo facto de as pessoas obesas começarem frequentemente o tratamento com expectativas irrealistas e pensamentos auto-destrutivos (Straub, 2005).

A alteração do comportamento, especialmente se for efectuada em conjunto com técnicas de intervenção cognitiva, tornou-se a base de vários programas de perda de peso (Brownell & Wadden, 1992).

As terapias cognitivo-comportamentais centram-se na interdependência recíproca de sentimentos, pensamentos, comportamentos, consequências,

contexto social e processos fisiológicos (Meichenbaum, 1997), sendo que pode ser aplicada em programas de redução de peso (Foreyt & Poston, 1998).

Segundo Cooper e Fairburn (2001), e Cooper *et al.*, (2003), a terapia cognitivo-comportamental da obesidade procura não apenas modificar os comportamentos alimentares e de exercício, *per se*, mas os processos cognitivos que potenciam a manutenção desses comportamentos.

No âmbito do tratamento com vista à perda de peso, a terapia cognitivo-comportamental traduz-se na aplicação sistemática da teoria social cognitiva, com vista à modificação de comportamentos que se julgam contribuir para a obesidade ou a sua manutenção. A maioria das terapias cognitivo-comportamentais incluem o recurso a cinco estratégias: auto-monitorização e definição de objectivos; controlo de estímulos para a alteração do comportamento alimentar, actividade física e hábitos associados; técnicas de reestruturação cognitiva com enfoque na modificação de pensamentos ou expectativas irrealistas ou mal-adaptativos; gestão de stresse; e apoio social (Foreyt & Poston, 1998).

Alguns estudos (Wadden & Frey, 1997; Pekkarinen & Mustajoki, 1997) demonstraram que em programas cognitivo-comportamentais de redução de peso, em conjunto com intervenção dietética, mais de metade dos doentes perdiam 5% do peso e que 25% a 35% perdiam 10% do peso, num período compreendido entre três e cinco anos após o término do programa de tratamento.

3.2 Tratamento cirúrgico da obesidade

No contexto de evidência de défice de efectividade dos programas não cirúrgicos de tratamento para os doentes com obesidade mórbida (Ray *et al.*, 2003), registou-se um aumento bastante acentuado no recurso ao tratamento cirúrgico destes doentes durante as últimas décadas (Steinbrook, 2004; Santry *et al.*, 2005; Trus *et al.*, 2005; Davis *et al.*, 2006), estando a aumentar o número dos que procuram a cirurgia bariátrica (Snyder, 2009).

Para além da falta de efectividade a longo prazo dos tratamentos não-cirúrgicos, o aumento de casos em que se opta pela cirurgia bariátrica deve-se a vários factores. Entre eles, a crescente taxa de obesidade, que levou a que mais indivíduos procurassem tratamento, tendo também em conta as evidências acumuladas que identificam a mortalidade e comorbilidades relacionadas com a obesidade (e, portanto, o reconhecimento da necessidade deste tipo de intervenção como forma de prevenção secundária) (Elder & Wolf, 2007). Por sua vez, o maior interesse social pela obesidade e o aumento crescente da obesidade mórbida foi acompanhado pelos avanços nas técnicas cirúrgicas e tecnologias disponíveis para o seu tratamento (Lim *et al.*, 2010). Mais ainda, o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas contribuiu também para que a prática da cirurgia bariátrica se expandisse rapidamente (Ray *et al.*, 2003), para além de contribuir para a diminuição dos riscos de complicações e mortalidade associadas à cirurgia (Sjöström, 2004).

O interesse na cirurgia bariátrica continua a crescer, alimentado por uma crescente atenção dos media e da informação transmitida entre os próprios doentes, graças a um rápido aumento do número dos que se submetem à cirurgia (Rosik, 2005).

Assim, tendo em conta que para além da cirurgia bariátrica existem poucas opções eficazes para o controlo do peso em pessoas com obesidade grave, o tratamento cirúrgico tornou-se uma opção para doentes cuidadosamente seleccionados. Mais concretamente, para os doentes com obesidade mórbida (grau III) ou obesidade de grau II com comorbilidades significativas relacionadas com a obesidade (NHLBI, 1998; Sarwer *et al.*, 2005), e quando métodos menos invasivos para a perda de peso falharam e o doente apresenta elevado risco de morbilidade e de mortalidade (NHLBI, 1998).

3.2.1 Tipos de cirurgia bariátrica

Actualmente, a cirurgia bariátrica constitui-se como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo, se não a única, para este grupo de doentes (Ray *et al.*,

2003; Colquitt, *et al.*, 2005; Elte *et al.*, 2008) ao permitir uma perda de peso relevante e mantida no tempo.

Para além da perda de peso e da associada diminuição dos factores de risco médicos, o tratamento cirúrgico da obesidade visa também a melhoria da qualidade de vida, constituída por variáveis médicas, psicológicas e psicossociais (Herpertz *et al.*, 2004).

As principais cirurgias para a perda de peso são apenas restritivas, apenas mal-absortivas ou uma combinação de ambas (procedimentos mistos). A maioria dos procedimentos insere-se na última categoria (Lim *et al.*, 2010).

Os procedimentos restritivos (*e.g.* banda gástrica ajustável laparoscópica, gastrectomia em *sleeve*) não possuem qualquer componente mal-absortiva ou maldigestiva (Blackburn *et al.*, 2009). As cirurgias de tipo misto, conjugam uma componente restritiva com alguma forma de *bypass* duodenal e incluem o *bypass* de Roux em Y e a derivação biliopancreática com ou sem duodenal *switch* (Blackburn *et al.*, 2009).

Actualmente, duas das cirurgias mais comuns são a de banda gástrica ajustável e a de *bypass* gástrico de Roux em Y, sendo também aquelas sob as quais incide o presente estudo.

A popularidade de métodos laparoscópicos para a realização das cirurgias abdominais, como a banda gástrica ajustável, estendeu-se ao *bypass* gástrico (Wittgrove & Clark, 2000), sendo estas cirurgias realizadas, na maioria das vezes, através deste método cirúrgico. As vantagens são várias, uma vez que a cirurgia laparoscópica permite diminuir o tempo de internamento e proporcionar uma recuperação mais rápida e fácil (Belle *et al.*, 2007). Para além disso, permite também a redução da dor pós-operatória, a diminuição das complicações pulmonares, dos parâmetros de infecção sistémica, a redução acentuada na frequência de infecção da incisão cirúrgica, e na ocorrência de hérnias ventrais *a posteriori* (Nguyen *et al.*, 2001; Puziferri *et al.*, 2006).

3.2.2 Técnicas cirúrgicas

3.2.2.1 *Banda Gástrica*

O procedimento cirúrgico de banda gástrica ajustável laparoscópica é uma opção de cirurgia bariátrica eficaz, segura e reversível nos adultos com obesidade (Chapman *et al.*, 2004; Treadwell *et al.*, 2008).

Pelo menos, duas técnicas foram desenvolvidas. A americana, “banda gástrica de silicone ajustável” (Kuzmark, 1991) e a europeia “banda gástrica ajustável sueca” (Forsell *et al.*, 1993).

As cirurgias de banda gástrica ajustável são habitualmente efectuadas utilizando uma abordagem laparoscópica, apesar de uma abordagem tradicional (laparotomia) poder ser utilizada se necessária (Belachew *et al.*, 1994).

A cirurgia de colocação de banda gástrica ajustável é puramente restritiva. Implica a colocação de uma banda de material silástico (O'Brien *et al.*, 2002) à volta da porção superior do estômago, 1 a 2 cm abaixo da junção gastroesofágica para criar uma bolsa gástrica de 30 ml (Elder & Wolf, 2007).

O grau de restrição do estômago é variável e pode ser ajustado (Elder & Wolf, 2007). A banda está ligada por um tubo a uma porta no tecido subcutâneo abdominal, que pode ser acedida com uma agulha de Huber. A porta é utilizada pelos cirurgiões para injectar ou retirar fluído (soro fisiológico) da banda, para futuramente a apertar ou alargar (Jones *et al.*, 2006).

Acredita-se que esta capacidade de ajustamento do grau de restrição, é responsável pelos resultados superiores associados a este procedimento, comparativamente à largamente abandonada gastroplastia vertical anilhada (Elder & Wolf, 2007).

3.2.2.2 *Bypass Gástrico*

O primeiro procedimento globalmente utilizado foi um *bypass* intestinal (jejunoileal) que produziu uma perda de peso muito acentuada (45 kg em 80% dos doentes), mas que foi abandonado devido a uma elevada taxa de

complicações, incluindo a falência do fígado, desnutrição calórico-proteica, bem como deficiências de vitaminas e de minerais (Albrecht & Pories, 1999).

Na busca de um procedimento seguro, Mason e Ito (1969) desenvolveram um procedimento de *bypass* gástrico que criava uma pequena bolsa gástrica (50ml) na base do esófago, que limitava a ingestão. Para além disso, o estômago e parte do intestino (duodeno) eram contornados, através da ligação da pequena bolsa de estômago e do jejuno.

Ao longo dos últimos trinta anos, o *bypass* gástrico evoluiu seguindo a sua descrição inicial, para incluir múltiplas modificações. O tamanho da bolsa gástrica foi sendo gradualmente reduzido até aos actuais 20 a 30ml de capacidade. A bolsa gástrica é mais comumente construída através do corte, para evitar a criação potencial de fístulas gastrogástricas através da ruptura parcial ou total da linha de agrafos. O desenvolvimento de dispositivos que agrafam e dividem simultaneamente o estômago facilitaram este desenvolvimento (Lim *et al.*, 2010).

A cirurgia de *bypass* gástrico actual, pressupõe a conjugação de vários membros anatómicos (Elder & Wolf, 2007), descritos em seguida:

- Membro biliopancreático: o membro do jejuno que se estende do ligamento de Treitz até à jejunojejunostomia, constituindo o ponto no qual a corrente de nutrientes, a biliar e as secreções pancreáticas se juntam. Este membro tem tipicamente 30 a 60 centímetros de comprimento nos procedimentos de *bypass* gástrico (Elder & Wolf, 2007).

- Membro alimentar: o membro de Roux que vai desde a gastrojejunostomia até à jejunojejunostomia (Elder & Wolf, 2007), redireccionando uma porção do tracto alimentar para contornar o estômago distal e o intestino delgado proximal (Blackburn *et al.*, 2009). Este membro transmite os nutrientes ingeridos, na ausência de biliar e de suco pancreático. O comprimento deste membro varia entre os 75 e os 150 cm, apesar de poderem ser usados comprimentos maiores. Um membro de Roux ou alimentar superior a 150 cm é referido como sendo um membro longo ou um *bypass* gástrico distal (Elder & Wolf, 2007).

- Canal comum: A conexão do membro de Roux ao membro biliopancreático forma o canal comum (Jones *et al.*, 2006), ou seja, o remanescente do intestino

delgado da jejunojejunostomia distalmente, até à válvula ileocecal. O comprimento deste segmento de intestino, não é habitualmente medido e é altamente variável dependendo do comprimento total do intestino delgado. O canal comum, geralmente constitui a maioria do intestino delgado (Elder & Wolf, 2007).

Existem variações no procedimento cirúrgico, de acordo com o local de passagem do membro de Roux. Para além disso, houve grupos a efectuarem um *bypass* gástrico de ressecção, no qual o estômago remanescente é removido (Curry *et al.*, 1998).

3.2.3 Determinantes para a perda de peso após a cirurgia bariátrica

Os mecanismos pelos quais a cirurgia bariátrica produz uma perda de peso podem incluir a mal-absorção dos nutrientes, diminuição da ingestão alimentar, aversão à comida, alteração do metabolismo ou a combinação de mecanismos (NIH, 1991). De qualquer modo, a perda de peso após a cirurgia bariátrica ocorre principalmente, devido a uma redução da ingestão calórica (Miskowiak *et al.*, 1985; Naslund *et al.*, 1988; Brolin *et al.*, 1994).

A ingestão calórica é reduzida através da restrição gástrica, alcançada através da criação de uma bolsa gástrica bastante reduzida (Harris & Green, 1982; Bull *et al.*, 1983; Elder & Wolf, 2007). O objectivo da criação desta pequena bolsa gástrica é produzir uma saciedade rápida e, conseqüentemente, a redução da ingestão alimentar (Hsu *et al.*, 1998). Para além disso, existe um grau de obstrução para atrasar o esvaziamento da bolsa gástrica para o corpo do estômago (na banda gástrica) ou para o intestino (no *bypass* gástrico). A saciedade será prolongada pelo atraso no esvaziamento gástrico, como resultado da obstrução, secundária ao pequeno tamanho da bolsa gástrica (Elder & Wolf, 2007), limitando também a ingestão alimentar (Hsu *et al.*, 1998).

Outro factor que contribui para a redução da ingestão calórica, neste caso na cirurgia de *bypass* gástrico, é a síndrome de *dumping*. Esta síndrome pode surgir, após um esvaziamento gástrico rápido e conseqüente chegada dos alimentos ao intestino delgado. Compreende sintomas iniciais gastrointestinais,

como a dor e distensão abdominal, diarreia, náuseas; sintomas vasomotores, como ruborização, palpitações, sudorese, taquicardia, hipotensão, síncope; bem como sintomas mais tardios relacionados com a hipoglicemia (Tack *et al.*, 2009). O controlo desta síndrome leva geralmente, ao evitamento do consumo de alimentos doces, altamente calóricos (Kellum, *et al.*, 1990).

Na cirurgia de *bypass* gástrico, está envolvida a mal-absorção de micronutrientes (Amaral *et al.*, 1985), para além da restrição gástrica. A mal-absorção é alcançada, através da indução da “síndrome do intestino curto”, de uma diminuição do intestino delgado e/ou através da mistura distal da biliar e do suco pancreático com os nutrientes ingeridos, reduzindo assim, a absorção (Elder & Wolf, 2007). A criação de um membro de Roux está associada a algum grau de intolerância alimentar e de mal-absorção de macronutrientes, relacionada com o esvaziamento incontrolado do conteúdo gástrico semi-sólido no jejuno. Contudo, uma vez que a maioria dos doentes aprendeu a evitar alimentos que lhes causam intolerância, não é claro até que ponto este grau de mal-absorção causa uma perda de peso (Hsu *et al.*, 1998).

Para além disso, há que ter em conta que várias hormonas são segregadas a partir de várias componentes do tracto gastrointestinal e desempenham um papel na regulação da ingestão alimentar. A hormona gástrica grelina com função orexigénica é libertada durante o jejum e estimula o aumento da ingestão alimentar (Cummings *et al.*, 2002). A ingestão alimentar suprime a secreção da grelina, reduzindo assim o apetite e o contínuo consumo de nutrientes. O *bypass* gástrico foi referido como sendo capaz de obliterar marcadamente a resposta da grelina ao jejum, contribuindo assim possivelmente, para o efeito anoréctico comumente observado após a cirurgia (Cummings *et al.*, 2002).

Os procedimentos mistos, tais como o *bypass* gástrico, contêm ambos os elementos de restrição e de mal-absorção como mecanismo de acção, embora seja agora claro que esta categorização representa uma sobre-simplificação substancial dos mecanismos de acção dos procedimentos de cirurgia bariátrica. A eficácia destes procedimentos resulta de uma interacção complexa entre a restrição gástrica, a mal-absorção, a alteração comportamental

aprendida, e os sinais neuronais e endócrinos (que afectam o apetite e a saciedade) (Elder & Wolf, 2007).

Não obstante, também o estado psicológico do doente pode influenciar os resultados da cirurgia bariátrica, mediante o grau de adesão ao *follow-up* pós-cirúrgico e à adesão às orientações médicas e dietéticas (Averbukh *et al.*, 2003). Também por este motivo, o estudo do estado psicológico dos candidatos a cirurgia bariátrica é de todo o interesse.

3.2.3.1 Cumprimento das indicações pós-cirúrgicas

Parte dos sucessos biomédicos (redução do peso, comorbilidades, etc.), advém de um sucesso intermédio relacionado com alterações de comportamento.

As orientações terapêuticas pré- e pós-cirúrgicas envolvem uma multiplicidade de alterações comportamentais necessárias para atingir resultados positivos e como tal, os doentes precisam de estar preparados para efectuarem vários ajustes no seu estilo de vida (e.g., escolhas alimentares, quantidades consumidas, velocidade e frequência da ingestão alimentar, exercício físico) (Elder & Wolf, 2007). Halverson e Koehler (1983), encontraram que uma perda de peso inadequada após a cirurgia bariátrica estava frequentemente associada com a falta de compreensão dos doentes ou de adesão aos requisitos dietéticos pós-cirúrgicos. De facto, existe o risco da falta de compreensão por parte dos doentes conduzir à não adesão a novos comportamentos e ao acompanhamento no período pós-cirúrgico. Como demonstram Kellum *et al.* (1998), a eficácia da cirurgia bariátrica (no caso deste estudo, do *bypass* gástrico), é altamente dependente da adesão do doente às restrições dietéticas, suplementos orais e *follow-up* nutricional, frequente e a longo prazo.

3.2.4 Riscos da cirurgia bariátrica

Esta forma de tratamento requer que a intervenção cirúrgica seja efectuada por um cirurgião treinado e deverá apenas ser realizada em centros especializados (Bray, 2004b). Ainda assim, e apesar de as cirurgias apresentarem uma taxa de sucesso muito elevada, não estão isentas de riscos cirúrgicos e pós-cirúrgicos (Clarke *et al.*, 2003; Malina, 2007), sendo que nem todos os doentes beneficiam do procedimento (Clarke *et al.*, 2003).

Ao contrário das tradicionais dietas, cujos riscos são baixos e o abandono pode ocorrer em qualquer altura, a cirurgia bariátrica integra riscos inerentes que requerem adesão a alterações comportamentais pós-cirúrgicas (nomeadamente no que se refere ao comportamento alimentar e de actividade física), altamente restritivas e a longo prazo (Malina, 2007; Snyder, 2009).

Várias complicações podem surgir após qualquer um dos tipos de procedimentos de cirurgia bariátrica (Elder & Wolf, 2007). As complicações podem ser divididas em três grandes categorias: intra-operatórias, pós-operatórias a curto prazo, e pós-operatórias a longo prazo. Algumas aplicam-se a todos os tipos de cirurgia bariátrica, entre as quais tromboembolismo venoso profundo, complicações pulmonares e cardiovasculares, litíase vesicular, desnutrição, sequelas psiquiátricas, ausência de perda de peso e morte (Lim *et al.*, 2010).

A restrição gástrica através da cirurgia laparoscópica de colocação de banda gástrica ajustável é minimamente invasiva, segura e não altera a continuidade gastrointestinal (Lucchese *et al.*, 1998; Zimmerman *et al.*, 1998; Dargent, 1999; Fielding *et al.*, 1999;). Contudo, ocasionalmente ocorrem complicações (Favretti *et al.*, 1997; Niville *et al.*, 1998; Niville & Dams, 1999). Parikh *et al.* (2006), encontraram que a cirurgia de banda gástrica apresentava complicações menores e menos graves, comparativamente ao *bypass* gástrico ou a procedimentos mal-absortivos laparoscópicos. Contudo, outros dados relacionam a banda gástrica com complicações intermédias e de longo prazo (e.g., erosão da parede gástrica ou deslizamento da banda pelas paredes gástricas, incapacidade para alcançar ou manter a perda de peso), que

requerem nova cirurgia em mais de 20% dos doentes (Chapman *et al.*, 2004; Olbers *et al.*, 2005).

Quanto a complicações peri-operatórias específicas da cirurgia de *bypass* gástrico, incluem-se o tromboembolismo venoso, infecções das incisões cirúrgicas, obstrução do intestino delgado e hemorragias. Complicações gastrointestinais pós-operatórias incluem náuseas e vômitos, deficiências ao nível dos micronutrientes (DeMaria, 2007) e possível recuperação do peso perdido (LCWLSEP, 2005).

Mesmo entre doentes bem seleccionados, a taxa de mortalidade após as cirurgias bariátricas mais efectuadas variam de 0 a 2.5%. Uma meta análise de cirurgias de *bypass* gástrico de Roux em Y, banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical anilhada e derivação biliopancreática, não encontrou diferenças estatisticamente significativas na taxa de mortalidade (entre estes procedimentos cirúrgicos) (Maggard *et al.*, 2005). Contudo, os resultados não são unânimes. Um outro estudo indicou que a cirurgia de banda gástrica ajustável tinha a taxa global de mortalidade mais baixa (0.01%), comparativamente a outros tipos de cirurgia bariátrica (Morino *et al.*, 2007). Por sua vez, outro estudo relatou uma taxa de mortalidade peri-operatória de, aproximadamente 0.05% para a banda gástrica ajustável por via laparoscópica (Chapman *et al.*, 2004).

Quanto à taxa de mortalidade do *bypass* gástrico de Roux em Y, também os dados são bastante diversificados. Pories *et al.* (1995) relataram uma taxa de mortalidade peri-operatória de 1.5%, embora a amostra fosse constituída por doentes submetidos à cirurgia por via de laparotomia e não, por laparoscopia. Um outro estudo, de Higa *et al.* (2000), com uma amostra de 1040 doentes submetidos a cirurgia de *bypass* gástrico de Roux em Y, por via laparoscópica, registou apenas uma morte peri-operatória operatória e outras três associadas a complicações mais tardias.

Em suma, a cirurgia bariátrica é uma técnica exigente que acarreta sérios riscos potenciais. Contudo, com o aumento da experiência, a cirurgia bariátrica para os obesos graves está agora associada a níveis aceitáveis de taxas de complicações (Hsu *et al.*, 1998).

4. Intervenção em equipa no tratamento cirúrgico da obesidade

4.1 Equipa multiprofissional

As sociedades científicas internacionais, como o NIH *Consensus Development Conference Panel* de 1991 advertem para a necessidade de existir uma selecção cuidada de doentes candidatos a cirurgia bariátrica, após avaliação por uma equipa multiprofissional (Mühlhans *et al.*, 2009).

Neste sentido, a cirurgia bariátrica, enquanto procedimento invasivo de alto risco, requer uma cuidada avaliação médica, psicológica e de factores comportamentais, também para garantir que será seleccionada a opção de tratamento mais adequada (Sogg & Mori, 2004).

Os doentes submetidos a cirurgia bariátrica passam por várias alterações dramáticas no seu estilo de vida. Como tal, uma abrangente avaliação pré-cirúrgica, conduzida por uma equipa multiprofissional é também importante para preparar os doentes para as várias mudanças necessárias à obtenção de resultados de sucesso (Elder & Wolf, 2007; Elte *et al.*, 2008), bem como para diminuir a taxa de complicações do tratamento cirúrgico da obesidade (Elte *et al.*, 2008). Estas equipas deverão incluir cirurgiões, enfermeiros, anestesistas, psicólogos, dietistas ou nutricionistas, e outros profissionais de saúde, especialmente treinados para prestarem cuidados pré, peri- e pós-operatórios (Alvarez-Cordero, 1998; Lim *et al.*, 2010).

Esta recomendação fará tanto mais sentido, se tivermos em conta que os doentes com obesidade sofrem de doenças multifactoriais que os tornam uma população única e vulnerável, que precisa de recursos especializados e de cuidados multidisciplinares (McMahon *et al.*, 2006; Blackburn *et al.*, 2009).

No entanto, o acompanhamento multiprofissional/multidisciplinar do doente que foi submetido a cirurgia bariátrica, não obstante as grandes melhorias do seu estado de saúde, é para toda a vida. No caso dos doentes que apresentam complicações pós-cirúrgicas ou simplesmente de adaptação comportamental, o seguimento é ainda mais exigente (do Carmo *et al.*, 2008).

4.2 O papel do psicólogo na equipa multiprofissional

4.2.1 Avaliação psicológica

No âmbito desta abordagem multiprofissional/multidisciplinar, não podem ser descuradas as variáveis psicológicas e sociais dos doentes, que conduzem à necessidade de uma abordagem psicológica, enquanto parte integrante do processo de tratamento destes (Valley & Grace, 1987; Kinzl *et al.*, 2003).

É importante identificar quaisquer factores cognitivos, emocionais e/ou comportamentais que possam influenciar o doente durante o processo de tratamento. Na realidade, a literatura mostra que a adequação, quer cognitiva, quer comportamental do doente ao tratamento cirúrgico (e do tratamento ao doente) é um factor importante de prognóstico do sucesso terapêutico (Glinski *et al.*, 2001). Glinski e colaboradores (2001) não são os únicos a referirem a importância da avaliação psicológica e da adequação cognitiva e comportamental do doente ao tratamento, como factores de prognóstico do sucesso da cirurgia bariátrica (DiGregorio & Moorehead, 1994; Sannen *et al.*, 2001). Segundo Kral (1989), a cirurgia bariátrica assume-se como uma cirurgia comportamental, para a qual a avaliação psicológica é crítica na selecção dos doentes. De facto, a avaliação psicológica tornou-se prática comum nos programas de tratamento cirúrgico da obesidade, como parte integrante da preparação pré-cirúrgica dos doentes candidatos a cirurgia bariátrica (Malina, 2007), bem como para determinar a sua adequação para a cirurgia (Snyder, 2009).

Assim, a avaliação psicológica do doente que pretende submeter-se a cirurgia bariátrica, representa uma peça de valor insubstituível da avaliação pré-cirúrgica mais alargada, tanto a curto, como a longo prazo (Snyder, 2009), tornando-se numa componente essencial dos cuidados multiprofissionais/multidisciplinares no tratamento cirúrgico da obesidade (Blackburn *et al.*, 2009). Sogg e Mori (2004) salientam que os psicólogos, enquanto membros desta equipa multiprofissional, encontram-se numa posição única para avaliar variáveis comportamentais, psiquiátricas e emocionais, e fornecerem

recomendações de tratamento que podem aumentar as probabilidades de sucesso.

Como tal, o psicólogo que efectuar a avaliação dos candidatos a cirurgia bariátrica, deve possuir um bom conhecimento sobre obesidade e cirurgia bariátrica, aliado à experiência na avaliação e cuidados dos doentes em situação pré- e pós-cirurgia (Blackburn *et al.*, 2009).

4.2.1.1 Objectivos da avaliação psicológica

Não existe um protocolo estruturado e padronizado de avaliação psicológica para o tratamento cirúrgico da obesidade (Elder & Wolf, 2007), sendo que os métodos e instrumentos utilizados variam bastante (Fabricatore *et al.*, 2006). Só se poderá alcançar algum consenso, quando estudos a longo prazo identificarem preditores psicossociais consistentes, de resultados pós-cirúrgicos (Fabricatore *et al.*, 2006). Não obstante, o objectivo principal da avaliação psicológica passa por identificar quaisquer factores que possam prejudicar o sucesso do doente (Malina, 2007).

É consensual que se deve incluir a avaliação do estado psicológico do doente (*i.e.*, avaliação de perturbações psiquiátricas) (Malina, 2007; Elder & Wolf, 2007), incluindo o historial de tratamentos de saúde mental (Elder & Wolf, 2007) e de abuso de substâncias (Malina, 2007). Outras variáveis merecem também atenção durante a avaliação psicológica pré-cirúrgica, porque podem afectar os resultados pós-cirúrgicos (Bauchowitz *et al.*, 2005). Estas incluem a avaliação do conhecimento dos doentes sobre a cirurgia (Bauchowitz *et al.*, 2005; Elder & Wolf, 2007) a sua motivação (Elder & Wolf, 2007; Snyder, 2009) e expectativas (Elder & Wolf, 2007) de como a cirurgia vai afectar as suas vidas. Também deverá ser avaliada a capacidade dos doentes cumprirem as indicações pré- (Elder & Wolf, 2007) e pós-cirúrgicas (Malina, 2007; Elder & Wolf, 2007), essencialmente assentes em alterações comportamentais necessárias para uma perda de peso de sucesso após a cirurgia bariátrica (Bauchowitz *et al.*, 2005).

Para além disso, a avaliação psicológica deverá incidir sobre o historial alimentar e nutricional, de dieta, e de peso (Bauchowitz *et al.*, 2005; Elder & Wolf, 2007). Nomeadamente importa perceber os comportamentos e atitudes dos

doentes quanto à alimentação, bem como o papel que as emoções possam estar a desempenhar no comportamento de comer em excesso (Malina, 2007).

Por sua vez, a avaliação psicológica deverá também procurar conhecer o funcionamento cognitivo, o historial clínico, o historial social e a estrutura de apoio (Bauchowitz *et al.*, 2005; Elder & Wolf, 2007) percebida e existente (Malina, 2007).

Devem também fazer parte desta avaliação a capacidade do doente para tolerar o stresse da cirurgia e a tendência a somatizações. Por último, deverá perceber-se a capacidade do doente para dar o consentimento informado, uma vez que tal como foi já referido, todos eles precisam ter uma compreensão adequada do procedimento cirúrgico, riscos associados e mudanças comportamentais pós-cirúrgicas necessárias (Malina, 2007).

4.2.2 Contra-indicações para a cirurgia bariátrica

Determinar a adequação psicológica de um doente para a intervenção cirúrgica pode constituir um desafio, mas assume uma importância crucial (Sogg & Mori, 2004).

Existe uma falta generalizada de investigação em larga-escala, prospectiva e controlada, nesta área. Em consequência, tem sido prática comum cada equipa de tratamento propor os seus próprios critérios de exclusão para a selecção dos doentes (van Hout *et al.*, 2005).

De qualquer modo, há várias condições que são habitualmente consideradas contra-indicações para a cirurgia. A National Obesity Society alemã salienta, nas suas linhas orientadoras, a necessidade de cuidado especial na tomada de decisões relativas a doentes com depressão severa e perturbações alimentares graves, tais como bulimia nervosa ou perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Mühlhans *et al.*, 2009). De uma forma geral, a psicopatologia grave não tratada (Dymek-Valentine *et al.*, 2005; Wadden & Sarwer, 2006) representa uma contra-indicação para cirurgia bariátrica.

Por vezes, os sintomas psiquiátricos do doente candidato a cirurgia bariátrica são muito graves. Por exemplo, quando um doente é psicótico ou apresenta

ideação suicida activa (Glinski *et al.*, 2001). A existência de psicose activa, ideação suicida, automutilação ou défice cognitivo grave representam contra-indicações cirúrgicas, pelo facto de poderem interferir significativamente no seguimento de auto-cuidados pós-cirúrgicos (Dymek-Valentine *et al.*, 2005; Wadden & Sarwer, 2006).

Para além disso, pode haver casos em que o estado psicológico e mental dos doentes influencia a capacidade de tomada de decisão informada sobre a cirurgia. Especificamente, no que diz respeito ao défice cognitivo, alguns autores defendem que o compromisso cognitivo severo (quociente de inteligência inferior a 50) deverá ser uma contra-indicação, se o doente não conseguir demonstrar compreensão do procedimento ou se não revelar capacidade para aderir às instruções pós-cirúrgicas dietéticas, de exercício e de *follow-up* (Bauchowitz *et al.*, 2005).

Para além destas orientações, e acima de tudo, importa que os prestadores de cuidados primários e outros membros da equipa multiprofissional de tratamento estejam conscientes da possibilidade de doença psiquiátrica e que se certifiquem de que o encaminhamento para o tratamento adequado é efectuado, antes e depois da cirurgia bariátrica (Lim *et al.*, 2010).

Contudo, apesar das orientações serem diversas (Bauchowitz *et al.*, 2005), a doença mental (Bauchowitz *et al.*, 2005; Blackburn *et al.*, 2009), incluindo as perturbações alimentares (Blackburn *et al.*, 2009), não são necessariamente uma contra-indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade. Neste sentido, as avaliações deverão determinar o grau em que a doença mental, incluindo a perturbação alimentar, pode comprometer a segurança ou a eficácia dos procedimentos de cirurgia bariátrica (Blackburn *et al.*, 2009).

A avaliação psicológica deve também ser utilizada, para identificar os doentes necessitados de uma intervenção psicológica pré-cirúrgica. Alguns destes doentes podem ser candidatos adequados, assim que os sintomas psiquiátricos tenham desaparecido ou estabilizado. Se um doente é encaminhado para um tratamento adicional antes de se agendar a cirurgia, podem ser agendados para um *follow-up* com o psicólogo, para mais tarde se efectuar a reavaliação da sua aptidão para a cirurgia. Se, por outro lado, a

cirurgia for claramente contra-indicada, o doente deverá ser encaminhado para tratamentos alternativos (Elder & Wolf, 2007).

Em síntese, pretende-se excluir os candidatos cujo risco supere o benefício, seleccionando os que apresentam melhor prognóstico (van Hout *et al.*, 2005). Quanto aos restantes, deve intervir-se, de modo a que estes candidatos possam, a seu tempo, ser submetidos à cirurgia (do Carmo *et al.*, 2008).

4.2.3 Intervenção/accompanhamento psicológico

É inegável que a avaliação e o acompanhamento psicológico se tornaram uma componente essencial dos cuidados multiprofissionais/multidisciplinares na cirurgia bariátrica (Blackburn *et al.*, 2009).

O grande desafio do psicólogo que trabalha em cirurgia bariátrica, passa por recolher o vasto conjunto de dados que viabilize decisões clínicas bem informadas (quer pelos profissionais, quer pelos doentes), enquanto simultaneamente educa e motiva os doentes na sua busca pela melhoria da saúde. Para alguns doentes, a experiência inicial é suficiente. Contudo, muitos irão necessitar de um acompanhamento psicológico para iniciarem e manterem as alterações de estilo de vida, essenciais para o sucesso terapêutico a longo prazo. Uma experiência positiva durante a avaliação inicial permite geralmente, que os doentes se sintam à-vontade para procurarem ajuda quando confrontados com dificuldades no futuro (Snyder, 2009). Assim, apesar de não ser essencial, é preferível que o avaliador pertença à equipa multiprofissional do tratamento cirúrgico da obesidade, para facilitar a comunicação, manter a rede de suporte e proporcionar a continuidade dos cuidados (Blackburn *et al.*, 2009).

É recomendado o tratamento das perturbações psicológicas e psiquiátricas identificadas antes da cirurgia bariátrica (Collazo-Clavell *et al.*, 2006), sendo que um programa de tratamento pré-cirúrgico aumenta a atenção dada a cada doente, e na sua maioria, estes são bastante receptivos a esta atenção (Hörchner & Tuinebreijer, 1999a).

Para além disso, Buddeberg-Fischer *et al.* (2004), concluíram que os doentes devem receber acompanhamento, não só pré-, mas também pós-cirúrgico. Este último deve ter como objectivos o despiste e a intervenção necessária em caso de complicações psicológicas ou de âmbito psicossocial (*e.g.*, perturbações do comportamento alimentar, depressão, ansiedade ou agravamento da sintomatologia psicológica prévia à intervenção) (do Carmo *et al.*, 2008). De facto, é recomendada para todos os doentes, uma monitorização regular da função psicossocial após a cirurgia (King *et al.*, 1996; Clarke *et al.*, 2003). Um outro objectivo do acompanhamento psicológico pós-cirúrgico, passa pela promoção do aumento da adesão às indicações pós-cirúrgicas (Greenberg *et al.*, 2005). Nomeadamente, para que o doente possa aprender de forma consciente a alterar o seu comportamento alimentar. Sem este esforço, o doente pode não adoptar o padrão alimentar mais adequado, podendo então ser perdidos os benefícios do procedimento cirúrgico (Sannen *et al.*, 2001).

Globalmente, para os obesos que se submetem a cirurgia bariátrica, parece ser necessário um acompanhamento psicológico que procure construir uma resiliência pessoal, através do desenvolvimento transformacional de estratégias de *coping* e de relações sociais de suporte (Maddi *et al.*, 1997).

Contudo, há que ter em consideração que, consoante a etapa do tratamento em que se encontrarem (pré-cirúrgica, pós-cirúrgica e adaptação a longo prazo), os doentes terão provavelmente preocupações e necessidades de tratamento únicos (Kalarchian *et al.*, 2002).

5. Benefícios associados à cirurgia bariátrica

5.1 Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica

Tal como foi referido anteriormente, não existe apenas uma causa para a perda de peso após a cirurgia bariátrica. Neste sentido, existe actualmente um apelo em relação à consideração de um conjunto de medidas de resultados mais holístico para a cirurgia da obesidade (Delin & Watts, 1995), que não apenas os relacionados com o nível de perda de peso.

Assim, o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade pode ser medido por um ou mais resultados, tendo em conta, não só a perda de peso a curto ou longo prazo (Delin & Watts, 1995; Delin *et al.*, 1995; Ray *et al.*, 2003), mas também a satisfação do doente (Delin & Watts, 1995; Ray *et al.*, 2003) e melhoria global da saúde, de acordo com uma melhoria dos problemas relacionados com a obesidade (Ray *et al.*, 2003).

Para além destes factores, deverão ser também considerados os problemas psicológicos, tais como o ajustamento social e pessoal, alterações positivas nos parâmetros psicológicos pré-cirúrgicos e confiança na capacidade de adoptar e/ou manter novos padrões de comportamento (Delin & Watts, 1995).

Por sua vez, não interessam apenas as melhorias a curto prazo, uma vez que os resultados são geralmente avaliados em termos de perda de peso, de outras alterações físicas, e através de benefícios psicossociais a longo prazo (Delin *et al.*, 1995).

5.1.1 Cirurgia bariátrica e redução do peso

A eficácia da cirurgia bariátrica como tratamento para a perda de peso foi já estabelecida (Pories *et al.*, 1995; Buchwald *et al.*, 2004; Christou *et al.*, 2004; Maggard *et al.*, 2005), verificando-se que o tratamento cirúrgico da obesidade resulta numa redução média significativa da percentagem do peso em excesso. A generalidade das cirurgias bariátricas tem em comum uma perda de peso bastante acentuada (Bocchieri *et al.*, 2002).

Contudo, passemos a analisar os resultados de alguns estudos que nos permitirão obter uma perspectiva mais objectiva da evolução da perda de peso ao longo do tempo.

5.1.1.1 Perda de peso inicial

O estudo Swedish Obese Subjects (SOS) (Sjöström *et al.*, 2004), comparou dois grupos de sujeitos. Um deles foi submetido a tratamentos não cirúrgicos (grupo de controlo) para a perda de peso, sendo que o outro grupo foi submetido a cirurgia bariátrica (gastroplastia vertical anilhada ou *bypass* gástrico). Dois anos depois, o peso aumentou 0.1% no grupo de controlo e diminuiu 23.4% no grupo cirúrgico.

Por sua vez, Sugerman *et al.* (1992), encontraram que os doentes perderam em média 60% do seu excesso de peso durante o ano seguinte à cirurgia bariátrica, enquanto Pories e MacDonald (1993), encontraram que 89% dos doentes já não podiam ser definidos como obesos mórbidos nos dois anos após a cirurgia.

Na sua meta-análise, Buchwald e colaboradores (2004) relataram que a percentagem média de excesso de peso perdido, nos dois anos após a cirurgia foi de 47.5% para a cirurgia de banda gástrica e de 61.2% para vários outros procedimentos de cirurgia bariátrica. Em estudos que reportaram um decréscimo no peso absoluto, a perda de peso média foi de 39.7 quilogramas. Foram obtidos resultados semelhantes numa outra meta-análise conduzida por Maggard e colaboradores (2005), que incluía dados de perda de peso de 89 estudos, relatando a perda de peso conjunta de várias cirurgias, como o *bypass* gástrico de Roux em Y, a banda gástrica ajustável, entre outras. Um ano após a cirurgia, os resultados de perda de peso variavam, num mínimo de 30.19 kg para a banda gástrica ajustável e num máximo de 51.93% kg para a derivação biliopancreática.

Quanto à perda de peso total, apesar dos estudos referirem perdas de peso bastante significativas, não há unanimidade quanto às percentagens de peso perdido, o que também se poderá dever ao facto de a grande maioria dos estudos contabilizar procedimentos cirúrgicos distintos. Contudo, há estudos

(Rabner & Greenstein, 1991; Kral, 1995; Kral *et al.*, 2002) que referem uma perda de peso média, dois anos após a cirurgia, de 50 a 60% do peso corporal em excesso com o *bypass* gástrico, e entre 40 a 50% com os procedimentos restritivos.

5.1.1.2 Perda de peso a longo prazo

A cirurgia bariátrica está também associada a uma perda de peso a longo prazo (Sjöström *et al.*, 2007).

Referindo novamente o estudo SOS, que comparava dois grupos de sujeitos, sendo que um deles foi submetido a tratamentos convencionais para a perda de peso e o outro, submetido a cirurgia bariátrica (gastroplastia vertical anilhada ou *bypass* gástrico), dez anos depois o peso aumentou 1.6% no grupo do tratamento convencional, e diminuiu 16.1% no grupo cirúrgico (Sjöström *et al.*, 2004).

Por sua vez, Sugerman *et al.* (1992) encontraram que os doentes exibiram uma perda de peso mantida de mais de 51% do excesso de peso aos oito e nove anos após a cirurgia de *bypass* gástrico.

Quanto à meta-análise conduzida por Maggard e colaboradores (2005), também anteriormente referida, que incluía dados de perda de peso de 89 estudos, os resultados indicam que os doentes submetidos a cirurgia bariátrica obtiveram uma perda de peso de 20 a 30 kg, que foi mantida por mais de dez anos após a cirurgia.

Apesar de a cirurgia bariátrica ser eficaz, existe uma grande variabilidade de resultados (Kral, 1989), com alguns estudos a indicarem que a perda de peso pode ser mantida durante mais de dezasseis anos após a cirurgia (Christou *et al.*, 2004).

Em média, o pico da perda de peso ocorre aos dezasseis meses após a cirurgia (Brolin *et al.*, 1994), tendendo a estabilizar entre os dezoito e os vinte e quatro meses após a realização da cirurgia (Stunkard *et al.*, 1986; Brolin *et al.*, 1986; Surgerman *et al.*, 1989).

Apesar da superioridade relativamente a outros métodos de redução ponderal, a cirurgia bariátrica também acarreta risco de falhar, pela incapacidade de

perda de peso ou pela recuperação do peso perdido. Pequenas recuperações de peso podem ser observadas no terceiro ano (Surgerman *et al.*, 1989), embora haja estudos a indicarem que a recuperação do peso perdido possa ter início mais cedo, num intervalo de tempo compreendido entre os dezoito e os vinte e quatro meses após a cirurgia (Shamblin & Shamblin, 1987; Powers *et al.*, 1997; Hsu *et al.*, 1998). Ainda assim, a recuperação do peso perdido após os tratamentos comportamentais e psicofarmacológicos ocorre frequentemente mais cedo, entre os seis e os vinte e quatro meses (Drenick & Johnson, 1978; Yanovski & Yanovski, 2002; McTigue *et al.*, 2003; Wadden *et al.*, 2004).

As taxas de insucesso da cirurgia bariátrica, definidas unicamente como insucesso na perda de peso significativa ou recuperação de peso após uma perda de peso significativa, tem sido estimada em 20% (Benotti & Forse, 1995).

5.1.1.3 Perda de peso: *bypass* gástrico vs. banda gástrica

O peso perdido após a cirurgia de colocação de banda gástrica ajustável por via laparoscópica não é tão rápido como o peso perdido após o *bypass* gástrico, especialmente durante o primeiro ano. Este facto é suportado por estudos como o de Jeffrey *et al.* (2008), que efectuaram uma revisão da literatura. Concluíram que durante o primeiro ano após a cirurgia, o procedimento de *bypass* gástrico permite perder mais peso do que a banda gástrica.

Existem dados contraditórios relativos à perda de peso a longo prazo (para além de cinco anos) na cirurgia de banda gástrica vs. *bypass* gástrico (Angrisani *et al.*, 2007; Jan *et al.*, 2007). Um estudo de revisão reportou que a perda de peso entre os doentes com banda gástrica ajustável é de 56% do excesso de peso aos cinco anos, comparativamente com 59% do peso em excesso perdido com o *bypass* gástrico de Roux em Y (O'Brien & Dixon, 2003).

Outro estudo, que comparava o *bypass* gástrico de Roux em Y laparoscópico e a banda gástrica ajustável laparoscópica, indicava que, apesar da perda de peso ser mais elevada para os doentes com *bypass* durante os primeiros quatro anos após a cirurgia, os dados relativos ao longo prazo para a perda de

peso são inconclusivos, sendo necessária mais investigação para compreender estes resultados (Jan *et al.*, 2007).

5.1.2 Cirurgia bariátrica e redução da morbidade

A perda de peso após a cirurgia bariátrica está associada a melhorias significativas nas comorbidades relacionadas com a obesidade (Pories *et al.*, 1992; Pories *et al.*, 1995; Sjöström *et al.*, 1999; Sjöström, 2000; Buchwald *et al.*, 2004; Sjöström *et al.*, 2004). Dados inequívocos demonstram uma redução pós-cirurgia bariátrica nos factores de risco de doença conhecidos e melhorias na saúde (Dixon, 2006; Maggard *et al.*, 2006; Bray, 2007).

Também em sujeitos com obesidade de grau III, a superioridade da cirurgia bariátrica, por oposição às medidas de perda de peso tradicionais, com respeito à melhoria de variáveis médicas (Herbst *et al.*, 1984; Gleysteen, 1992; Pories & MacDonald, 1993; Pories *et al.*, 1995; Greeway, 1996) e psicossociais (Herpertz *et al.*, 2003) é inquestionável.

A cirurgia bariátrica, permitindo alcançar uma perda de peso significativa, apresenta efeitos benéficos na doença cardiovascular (Sjöström *et al.*, 2004), melhorando a pressão sanguínea (Foley *et al.*, 1992), o tamanho das cavidades cardíacas, e a densidade da parede e função do ventrículo esquerdo (Alaud-din *et al.*, 1990).

Para além disso, a perda de peso alcançada, conduz ainda a melhorias significativas na dislipidemia (Gleysteen *et al.*, 1990), diabetes (Pories *et al.*, 1995), insuficiência respiratória (Surgerman *et al.*, 1986) e apneia do sono (Rasheid *et al.*, 2003).

Christou *et al.* (2004), realizaram um estudo observacional de dois grupos de doentes, um dos quais com doentes submetidos a cirurgia bariátrica e outro de controlo, constituído por sujeitos com obesidade grave não submetidos a cirurgia. Verificou-se que os doentes do grupo cirúrgico obtiveram uma redução significativa do risco de cancro (76%), doença cardiovascular (82%), patologia endócrina (65%), doenças infecciosas (77%), problemas músculo-esqueléticos

(59%) e patologia do sistema nervoso (47%), comparativamente com os sujeitos de controlo.

O mesmo estudo incluiu também, uma análise dos custos de saúde e demonstrou que, comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo, os doentes submetidos a tratamento cirúrgico apresentavam taxas significativamente mais baixas de custos com serviços de saúde, durante os cinco anos seguintes à cirurgia (Christou *et al.*, 2004).

Especificamente no que toca à diabetes, a cirurgia bariátrica apresenta excelentes resultados na estabilização desta doença, para além de prevenir o aparecimento de novos casos (Sjöström, 2004). Num estudo conduzido por Dixon *et al.* (2008), foram comparados dois grupos de doentes com obesidade. Um deles foi sujeito a terapia convencional (farmacológica e de educação comportamental) da diabetes, com o objectivo da perda de peso através da mudança de estilo de vida; o outro foi submetido a cirurgia de colocação de banda gástrica ajustável por via laparoscópica, concomitantemente ao tratamento da diabetes convencional. Dos 60 doentes envolvidos 55 (92%) completaram um *follow-up* de dois anos. A remissão total da diabetes foi alcançada em 22 doentes (73%) no grupo cirúrgico e 4 (13%) no grupo da terapia convencional.

Paralelamente, segundo resultados do estudo SOS (Sjöström *et al.*, 2004), cuja população era constituída por doentes submetidos a cirurgia de colocação de banda gástrica fixa ou ajustável, gastroplastia vertical anilhada ou *bypass* gástrico, tanto nos dois, como nos dez anos após a cirurgia, as taxas de recuperação da diabetes eram mais favoráveis no grupo cirúrgico do que no grupo de controlo.

Também a cirurgia de *bypass* gástrico, apresenta óptimos resultados no controlo da diabetes, podendo alcançar resultados ainda superiores aos conseguidos com a cirurgia de colocação de banda gástrica. Num estudo realizado por Pories *et al.* (1995), verificou-se que 121 dos 146 (82.9%) doentes com obesidade mórbida e com diabetes *mellitus* não insulino dependente, mantiveram níveis normais de glucose plasmática, hemoglobina glicosilada e insulina.

5.1.3 Cirurgia bariátrica e redução da mortalidade

Estudos recentes indicam também que a cirurgia bariátrica confere uma vantagem de sobrevivência nos doentes que se submetem ao tratamento cirúrgico da obesidade, comparativamente aos sujeitos de controlo da comunidade (Dixon, 2006; Bray, 2007). De facto, para além de estar associada a perda de peso a longo prazo, a cirurgia bariátrica está também associada a diminuição na mortalidade global (Sjöström *et al.*, 2007).

Isso mesmo foi demonstrado pelo estudo SOS (Sjöström *et al.*, 2007). Este estudo prospectivo e controlado, mostrou que a cirurgia bariátrica nos sujeitos obesos estava associada a uma redução da mortalidade global, comparativamente aos tratamentos não cirúrgicos nos sujeitos obesos de controlo. Os dados revelaram uma redução estimada de 28% na taxa de mortalidade global nos grupos cirúrgicos, comparativamente com os controlos. Outros estudos, mostram que o risco de morte nos doentes com obesidade mórbida diminuirá de 40% (Adams *et al.*, 2007) a 89% (Christou *et al.*, 2004) após a cirurgia bariátrica, sendo que no estudo de Christou *et al.* (2004), a taxa de mortalidade no grupo submetido a cirurgia bariátrica foi de 0.68%, comparativamente com os 6.17% correspondentes ao grupo de controlo, não submetido a cirurgia.

Contudo, também neste campo os dados não são uniformes. No estudo realizado por Adams *et al.* (2007), a taxa de mortalidade de doentes submetidos a cirurgia de *bypass* gástrico, com uma média de 7.1 anos de seguimento pós-cirúrgico, foi de 2.7%. Este estudo sugere que os resultados clínicos favoráveis após a cirurgia de *bypass* gástrico, traduzem-se numa redução específica do risco de morte. Outros autores salientam que, apesar da redução da mortalidade relacionada directamente com a doença após a cirurgia de *bypass* gástrico, o risco de morte não relacionada com doença, mas sim com o comportamento, tais como acidentes e suicídios, aumenta segundo um factor de 1.58, comparativamente com o grupo de controlo (Adams *et al.*, 2007).

5.1.4 Melhorias psicossociais após a cirurgia

Para avaliar a efectividade da cirurgia bariátrica importa ter em conta outras dimensões, para além da redução do peso e das suas comorbilidades físicas. Assim, importa também incluir, entre outras, as complicações médicas e psicológicas, a satisfação com a cirurgia, a ingestão nutricional, o nível de actividade física regular, as medidas de auto-estima, o funcionamento interpessoal e laboral, entre outras.

A maioria dos indivíduos experienciam uma melhoria substancial no funcionamento psicossocial, após a cirurgia bariátrica (Maddi *et al.*, 2001; Bocchieri *et al.*, 2002; Sarwer *et al.*, 2005; Buddeberg-fischer *et al.*, 2006; Sanchez-Santos *et al.*, 2006). Por exemplo num estudo (Buddeberg-Fischer *et al.*, 2004) com 69 doentes submetidos a cirurgia bariátrica, os investigadores utilizaram 4 escalas com pontos de corte clínicos para depressão, ansiedade, relacionamentos e ingestão alimentar compulsiva. Desta forma, procuraram classificar os doentes enquanto tendo “*grande stresse psicossocial*” ou “*pouco ou nenhum, stresse psicossocial*”. Dez meses após a cirurgia, a prevalência de “*grande stresse psicossocial*” diminuiu de 70% para 12%.

Num outro estudo de revisão de literatura de Herpertz *et al.* (2003), os problemas psicossociais relacionados com a obesidade foram avaliados no quotidiano dos sujeitos com obesidade mórbida, que se sujeitam a cirurgia bariátrica ou a tratamentos convencionais. Na *baseline*, os casos cirúrgicos reportaram uma disfunção psicossocial mais marcada devido à sua obesidade, comparativamente aos casos de controlo. Foram registadas melhorias dramáticas no funcionamento aos dois anos (Karlsson *et al.*, 1998) e aos quatro anos (Sullivan *et al.*, 2001) após a cirurgia. Os problemas psicossociais relacionados com a obesidade revelaram ser os que melhor responderam ao tratamento cirúrgico da obesidade. Em média, a sua prevalência diminuiu em 63% nos homens e em 57% nas mulheres, dois anos após a cirurgia, sendo significativamente mais baixos quando comparados com os casos de controlo (tratados em centros de saúde primária, sem abordagem terapêutica padronizada).

5.1.4.1 Qualidade de vida

Para a maioria dos doentes, a cirurgia da obesidade para além de provocar uma perda de peso significativa, também conduz a melhorias consideráveis no estado psicossocial, na qualidade de vida, e no bem-estar associado à perda de peso (Stunkard *et al.*, 1986; Rand & Macgregor, 1990; Rand & Macgregor, 1991; Desaive, 1995; Isacson *et al.*, 1997; van Gemert, *et al.*, 1998a; Vallis *et al.*, 2001; Sjöström, 2004; Sanchez-Santos *et al.*, 2006).

As melhorias na qualidade de vida incluem frequentemente, melhorias ao nível das comorbilidades psiquiátricas, do funcionamento social, da auto-estima e do estatuto económico (Stunkard *et al.*, 1986), ocorrendo especialmente durante os dois anos após a cirurgia (Freys *et al.*, 2001).

No que diz respeito à qualidade de vida relacionada com a saúde, há estudos como o de Horchner *et al.* (2001), que utilizando o *MOS SF-36* não suportam a associação, entre a cirurgia bariátrica e a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde. Contudo, a maioria dos estudos (Karlsson *et al.*, 1998; van Gemert *et al.*, 1998b; Choban *et al.*, 1999; Hörchner & Tuinebreijer, 1999b; Schok *et al.*, 2000; Hell *et al.*, 2000; Dymek *et al.*, 2001) relatam melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, após o tratamento cirúrgico da obesidade. Estes estudos utilizam vários instrumentos para avaliar a qualidade de vida, entre os quais o *SF-36* (escala completa e reduzida), o *RAND-36 Health Survey*, o *Nottingham Health Profile*, entre outros.

Por exemplo, no estudo SOS (Karlsson *et al.*, 1998), os doentes relataram picos de melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde aos seis e aos doze meses após a cirurgia bariátrica, embora se tenha verificado que estas se deterioraram ligeiramente aos dois anos após o procedimento cirúrgico.

Não obstante, também a longo prazo, se registam melhorias na qualidade de vida relacionada com a saúde. Sanchez-Santos *et al.* (2006), registaram melhorias na qualidade de vida relacionada com a saúde, em avaliação após cinco anos da cirurgia de *bypass* gástrico.

5.1.4.2 Imagem corporal

As alterações corporais pós-cirúrgicas parecem ser um dos factores essenciais para a melhoria psicossocial (Schok *et al.*, 2000).

A perda de peso que se consegue com a cirurgia bariátrica conduz a melhorias marcadas na imagem corporal e na atractividade, bem como, num menor sentimento de vergonha (Mitchell *et al.*, 2001; Dixon *et al.*, 2002), especialmente nos primeiros seis meses após a cirurgia (Neven *et al.*, 2002).

Adami *et al.* (1998), avaliaram três dimensões da imagem corporal (afectiva, cognitiva, atitudinal) através do *Eating Disorder Inventory*, do *Body Shape Questionnaire* e do *Body Attitude Questionnaire*. Referiram que numa amostra de 30 doentes candidatos a cirurgia *bariátrica*, se verificou uma imagem corporal bastante comprometida. Após a cirurgia, os autores verificaram que a grande redução do peso e a manutenção a longo prazo de um peso corporal normal ou quase normal, correspondia a uma diminuição da insatisfação com o corpo, para valores similares ao grupo de controlo.

Por sua vez, num estudo conduzido por Kalarchian *et al.* (1999) foram administrados o *Beck Depression Inventory*, o *Three-Factor Eating Questionnaire* e o *Eating Disorder Examination* a cinquenta doentes com obesidade mórbida, antes e depois da cirurgia bariátrica. Verificou-se que a cirurgia teve um impacto positivo em vários factores a curto prazo: na depressão, no comportamento alimentar, nas atitudes perante a alimentação e o corpo.

Contudo, há também que ter em consideração que grandes quantidades de peles flácidas são uma consequência comum de uma grande perda de peso (Bocchieri *et al.*, 2002). Apesar de os doentes relatarem melhorias na sua imagem corporal pouco tempo após a cirurgia, posteriormente, alguns deles ainda se sentirão com excesso de peso ou estarão descontentes com o aumento de peles (Dixon *et al.*, 2002).

De acordo com estas últimas descobertas relativamente ao excesso de pele, estão estudos que relatam que os doentes que estão satisfeitos com a sua aparência no período pós-cirúrgico apresentam menor perda de peso, do que os doentes insatisfeitos (Kinzl, 2003). No entanto, por outro lado, outros estudos

como o de Sannen *et al.* (2001), sugerem que os doentes que perderam mais peso estão mais satisfeitos com os seus corpos.

5.1.4.3 Auto-estima

Na já anteriormente referida revisão de literatura de Herpertz *et al.* (2003), é possível verificar que foram vários os estudos a avaliar constructos semelhantes, tais como a autoconfiança, a auto-imagem, auto-estima, consciência da aparência, gostar de si próprio e auto (in)satisfação. Dos doze estudos analisados pelos autores, todos à excepção de um (Kinzl, 2001), indicaram melhorias durante o período de *follow-up*.

No estudo de Guisado *et al.* (2002), foi utilizado o *The Lancashire Quality of Life Profile – European Version* que permite, entre outros aspectos, avaliar a auto-estima. Numa amostra de obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica verificou-se uma melhoria da auto-estima após o tratamento cirúrgico da obesidade, comparativamente aos níveis pré-cirúrgicos. Contudo, no estudo de Kinzl *et al.* (2001), as alterações na aparência física causadas pela perda de peso foram avaliadas (recorrendo a entrevistas clínicas semi-estruturadas) como sendo positivas por metade dos doentes, mas como negativas pela outra metade, devido a algumas *imperfeições* físicas, tais como peito flácido e ou aumento de rugas (pregas) na pele.

5.1.4.4 Funcionamento social e sexualidade

Após a cirurgia, os doentes apresentam habitualmente melhor funcionamento social (Herpertz *et al.*, 2003), têm melhor qualidade de vida social relacionada com a saúde (Schok *et al.*, 2000), são mais activos socialmente (Karlsson *et al.*, 1998), têm redes sociais mais alargadas e melhoradas (incluindo o casamento), obtêm maior apoio social (Kinzl, 2003), e experienciam menor estigmatização e discriminação (Rand & Macgregor, 1991).

Num estudo de Kincey *et al.* (1996), verificou-se que comparativamente aos níveis pré-cirúrgicos, os doentes apresentavam reduzidas dificuldades de

interacção social após a cirurgia bariátrica, avaliadas pelas *Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance and Distress Scales*.

Contudo, também se verifica que os doentes podem sentir dificuldades de ajustamento às exigências, da aumentada aceitação social ou às acentuadas alterações nos seus círculos sociais (Hsu *et al.*, 1998).

Por sua vez na revisão de literatura de Herpertz *et al.* (2003), a proporção dos doentes que indicavam uma alteração positiva no seu relacionamento amoroso após a cirurgia foi elevada, enquanto a proporção de doentes que experienciaram a perda de peso como negativa foi baixa.

Nem todos os doentes experienciam estas melhorias e pode também haver resultados negativos, podendo ser observadas alterações negativas no ajustamento marital após a cirurgia bariátrica (Rand *et al.*, 1986), uma vez que enquanto alguns doentes começaram a ter encontros e alguns casaram, outros divorciaram-se (Halverson *et al.*, 1981).

Quanto à sexualidade, a maioria dos estudos (Chandarana *et al.*, 1990; Hawke *et al.*, 1990; Hafner *et al.*, 1991; Shai *et al.*, 2003) relata que os doentes indicaram uma alteração significativa em direcção a uma vida sexual mais satisfatória, após a cirurgia bariátrica.

Resumindo, apesar de a maioria dos doentes experienciar uma melhoria nos relacionamentos, para alguns, a perda de peso encobre grandes dificuldades a este nível, que requerem uma intervenção profissional (Rand *et al.*, 1984).

5.1.4.5 Situação laboral

Outra variável psicossocial importante é o emprego e o funcionamento ocupacional. Após a cirurgia bariátrica, verifica-se que um maior número de doentes está empregado (Sabbioni *et al.*, 2002), que os seus dias de baixa médica diminuem (Mathus-Vliegen *et al.*, 2004) e que as suas carreiras melhoram (Herpertz *et al.*, 2003).

Peace *et al.* (1989), observaram que 36% dos doentes que foram submetidos a cirurgia bariátrica apresentavam um funcionamento ocupacional melhor do que antes da cirurgia, 44% estavam na mesma e 21% sentiram que o seu funcionamento ocupacional estava pior do que antes. As razões dadas para

justificar esta última eram a fadiga e a deficiência de vitamina B. Percentagens similares foram indicadas por Valley e Grace (1987), que observaram que 33% da sua amostra (n=49) melhorou o seu estatuto educacional e ocupacional, durante o primeiro ano pós-cirúrgico, através da frequência de cursos, obtenção de emprego ou progredindo no seu estatuto ocupacional. O estudo de Hawke *et al.* (1990), relata que a empregabilidade (*part-time ou full-time*) da amostra aumentou 22%, três anos após a cirurgia bariátrica.

É discutível até que ponto é que o aumento das actividades sociais e oportunidades ocupacionais é atribuível a uma diminuição da estigmatização e discriminação, uma vez que muitos outros factores, tais como a melhoria na auto-estima, estado psicológico, maior autonomia e redução das limitações físicas podem também contribuir para este aumento (Bocchieri *et al.*, 2002).

5.1.4.6 Psicopatologia

As diminuições da prevalência de perturbações do humor e de perturbações da ansiedade associadas à cirurgia bariátrica têm sido comumente reportadas desde os primeiros estudos de Solow *et al.* (1974) e Sollow (1977), nos anos de 1970, utilizando a *Escala de Depressão de Zung* e uma entrevista semiestruturada. Por sua vez, Crisp e Lacey (1983) reportaram diminuições significativas nos valores de depressão e ansiedade utilizando o *Crown-Crisp Experiential Index*. Desde estes estudos iniciais, tem havido relatos consistentes de diminuições da depressão e ansiedade, após a cirurgia bariátrica (Dubovski *et al.*, 1985; Rand *et al.*, 1986; Larsen, 1990; Chandarana *et al.*, 1990; LaManna *et al.*, 1992; Delin *et al.*, 1995; Kinceyet *et al.*, 1996).

Arcila *et al.* (2002), encontraram uma prevalência superior de bem-estar físico e mental e de qualidade de vida geral, em doentes que foram submetidos a cirurgia bariátrica, comparativamente com os que não foram sujeitos a cirurgia. Por sua vez, Guisado *et al.* (2002), relataram uma forte correlação entre maior perda de peso e níveis de psicopatologia pós-cirúrgicos mais reduzidos (avaliados com o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II*), perturbações alimentares, e melhor qualidade de vida. Dois estudos de Chandarana *et al.* (1988, 1990), utilizando o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon*, relataram

melhorias nos perfis psicopatológicos dos doentes obesos após a cirurgia bariátrica. Também Herpertz *et al.* (2003), sugeriram que os sintomas de comorbilidade psiquiátrica diminuía após a cirurgia bariátrica.

Contudo, dois estudos (Gertler & Ramsey-Stewart, 1986; Larsen, 1990), referem que as perturbações da personalidade (eixo II) não se alteraram consideravelmente após a cirurgia bariátrica, embora se refiram exclusivamente a doentes com obesidade de grau III (mórbida).

Não obstante, alguns doentes podem experienciar perturbações psicológicas após a cirurgia bariátrica. Num estudo de 157 doentes que foram submetidos a cirurgia bariátrica, a maioria experienciou melhorias na saúde mental, mas 3 cometeram o suicídio e 2 morreram de complicações decorrentes do abuso de álcool (Waters *et al.*, 1991).

O aparecimento repentino de *distress* psiquiátrico *major* será, habitualmente resultado de perturbações do humor pré-cirúrgicas não reconhecidas (e.g., perturbação depressiva *major* ou perturbação bipolar) ou a repentina recorrência de sintomas de perturbação de stresse pós-traumático (McMahon *et al.*, 2006).

Dada a inconsistência de resultados verificados, será também importante perceber a realidade portuguesa, ao nível das eventuais melhorias ao nível psicológico/psicopatológico após o tratamento cirúrgico da obesidade.

5.1.5 Satisfação com a cirurgia

Na revisão efectuada por Herpertz *et al.* (2003), foram analisados vários estudos que inquiriam os doentes quanto ao grau de satisfação com a cirurgia bariátrica. Os resultados encontrados variam, de 72% (Hafner & Rogers, 1990) a 90% (Hall *et al.*, 1983).

A satisfação com a cirurgia parece estar relacionada com a perda de peso, sendo que os doentes que perderam mais peso são aqueles que estão mais satisfeitos (Shai *et al.*, 2003).

A maioria dos doentes dizem que se submeteriam novamente à cirurgia, sendo que no estudo de Kriwanek *et al.* (2000), 96% dos doentes (n=70) voltariam a

enveredar pela cirurgia bariátrica. Este facto é suportado pelo estudo de Herpertz *et al.* (2003), no qual apenas uma minoria dos doentes se manifestaram descontentes com os resultados da sua cirurgia, variando estes de 4.2% (Hafner & Rogers, 1990) a 18% (Baltasar *et al.*, 1998).

6. Preditores de resultados

A cirurgia bariátrica não conduz a resultados iguais em todos os doentes. A cirurgia, por si só, representa apenas um elemento do tratamento da obesidade e não é concebida como uma solução universal (NIH, 1991). Para além da cirurgia, propriamente dita, também outros factores não cirúrgicos e psicológicos parecem desempenhar um papel importante nos resultados alcançados (Waters *et al.*, 1991; Hsu *et al.*, 1998; Lang *et al.*, 2002).

A importância da investigação de potenciais preditores de sucesso após a cirurgia bariátrica, assenta na identificação de variáveis que possam predizer a capacidade ou incapacidade dos doentes para se ajustarem à nova condição, determinada pela cirurgia. Uma melhor compreensão da relação destas variáveis com a perda de peso e outros parâmetros de sucesso após a cirurgia bariátrica facilitará a selecção dos doentes, o desenvolvimento de intervenções que permitam melhorar os resultados (Devlin *et al.*, 2004; Walfish, 2004), bem como o encaminhamento dos doentes para tratamentos com boas hipóteses de sucesso a longo prazo (Wiltink *et al.*, 2007).

Assim, o interesse na avaliação do perfil dos doentes com obesidade reside principalmente na identificação das variáveis que possam predizer o sucesso ou o fracasso da perda de peso (Vallis & Ross, 1993).

Para encontrar indicadores de sucesso, têm sido efectuadas várias tentativas para avaliar as características de personalidade dos doentes, o seu estado psicológico e psiquiátrico pré-cirúrgico, padrões alimentares, IMC, idade, sexo e estatuto socioeconómico. Por exemplo, com base numa análise transversal de 7540 doentes do National Bariatric Surgery Registry, o peso operatório, altura, idade e tipo de cirurgia explicaram entre 40 a 50% da variância do peso perdido (Jeng *et al.*, 1994).

Embora não tenham sido ainda encontrados preditores de sucesso consensuais a longo prazo, existem vários estudos que incidem sobre esta temática (Delin *et al.*, 1995; Wiltink *et al.*, 2007), apesar de muitos deles não terem conseguido encontrar qualquer relação ou tenham fornecido resultados conflituosos. Como resultado, faltam critérios psicossociais objectivos que

possam prever com fiabilidade se o doente vai obter resultados satisfatórios (van Gemert, *et al.*, 1998a; Kral, 2001).

Para ilustrar esta falta de uniformidade de resultados entre os estudos, passemos a observar os resultados opostos de dois estudos de revisão de literatura.

Hsu e colaboradores (2008), efectuaram uma revisão de literatura na tentativa de perceberem quais os factores não-cirúrgicos que poderiam prever os resultados da cirurgia bariátrica. Concluíram que os factores psicossociais presentes antes da cirurgia não parecem afectar os resultados de perda de peso, apesar de considerarem os dados insuficientes.

Por outro lado, Elfhag e Rossner (2005) reviram extensivamente a literatura entre 1980 e 2004, em busca de potenciais factores associados à perda de peso e recuperação deste. Decorrido o tratamento após um período de, pelo menos, seis meses com um *follow-up* de duração média de dois anos, identificaram os seguintes preditores de perda de peso duradoura: atitudes em relação ao peso e à alimentação (ritmo de alimentação regular, motivação interna para perder peso e controlo cognitivo, especialmente controlo flexível do comportamento alimentar, baixa desinibição alimentar e fome), personalidade (melhores estratégias de *coping* e auto-eficácia), perda de peso inicial, estilo de vida fisicamente activo, apoio social, e ausência de história repetida de perdas e aumentos de peso (Wiltink *et al.*, 2007).

A disparidade de resultados observada pode ser causada pelas deficiências metodológicas dos estudos, como o uso de medidas gerais de psicopatologia (em vez de medidas específicas de adesão a indicações pós-cirúrgicas): utilização de vários instrumentos, de diferentes definições de sucesso, de diferentes técnicas cirúrgicas, de pequenos grupos de doentes, e de diferentes períodos de *follow-up* (van Hout *et al.*, 2005).

Não obstante, passarão a ser enumeradas algumas das variáveis, entendidas por alguns estudos como preditores de bons resultados após a cirurgia bariátrica.

6.1 Variáveis demográficas

A idade, o sexo, o estatuto socioeconómico e etnia, são algumas das variáveis que têm sido correlacionadas com o sucesso após a cirurgia bariátrica.

Quanto à idade, apesar de os doentes mais velhos também terem uma perda de peso clinicamente significativa, os doentes mais jovens obtêm tipicamente maior sucesso no decorrer do tratamento cirúrgico da obesidade, provavelmente devido ao facto de apresentarem menos comorbilidades e melhor mobilidade (Busetto *et al.*, 2002; Averbukh *et al.*, 2003; Capella & Capella, 2003).

Com base num critério de sucesso assente na percentagem de perda de peso em excesso de 50%, numa amostra de 1081 sujeitos com um período de *follow-up* de dois anos, foram encontradas hipóteses significativas de insucesso em doentes com mais idade (Chevallier *et al.*, 2007).

Contudo, alguns estudos não encontraram qualquer relação entre a idade e a perda de peso pós-cirúrgica (Powers *et al.*, 1997; Kinzl *et al.*, 2006). Enquanto outros encontraram que, apesar de os doentes mais velhos não perderem tanto peso como os doentes mais novos, a taxa de resolução das comorbilidades era semelhante (Frutos *et al.*, 2006).

Quanto ao sexo, apesar de a maioria dos estudos (Dixon *et al.*, 2001; Dixon & O'Brien, 2002; Korenkov *et al.*, 2004) não encontrar quaisquer correlações entre esta variável e a perda de peso, outros (Busetto *et al.*, 2002; Larsen *et al.*, 2004) encontraram que as mulheres perdem um pouco mais de peso do que os homens.

Relativamente ao estatuto socioeconómico, baixos rendimentos parecem estar relacionados com um maior número de complicações após a cirurgia (Renquist *et al.*, 1996). Esta relação pode estar relacionada com o facto de os doentes com poucas possibilidades e baixo estatuto socioeconómico, terem disponíveis alimentos pouco saudáveis e exercício físico inadequado (Reidpath *et al.*, 2002). Outros estudos, contudo, não encontraram qualquer relação entre o estatuto socioeconómico e os fracos resultados, e sugerem que os doentes com baixos rendimentos não devem ser excluídos da cirurgia bariátrica (Durkin *et al.*, 1999; Korenkov *et al.*, 2004).

Por sua vez, alguns estudos defendem que os caucasianos perdem mais peso do que pessoas de outros grupos étnicos (Surgerman *et al.*, 1989; Carlin *et al.*, 2008) embora Capella *et al.* (1993), não corroborem este facto para dois tipos de cirurgia analisados no seu estudo (gastroplastia vertical anilhada e gastroplastia vertical anilhada com *bypass* gástrico).

6.2 Peso pré-cirúrgico

O peso pré-cirúrgico, o IMC e a percentagem de peso em excesso parecem ser preditores consistentes do peso perdido após a cirurgia (Black *et al.*, 2003), apesar de se poderem encontrar estudos que não apoiam esta ideia (Kinzl *et al.*, 2006).

Apesar de se ter encontrado que os doentes com maior peso inicial tendem a apresentar maior perda de peso absoluta (Vallis & Ross, 1993), estes tendem a continuar obesos e a terem mais comorbilidades, uma vez que perdem uma pequena percentagem do seu excesso de peso, comparativamente aos doentes inicialmente menos obesos (Bloomston *et al.*, 1997).

Segundo Chevallier *et al.* (2007), com base num critério de sucesso assente na percentagem peso em excesso perdido de 50%, numa amostra de 1081 sujeitos com um período de *follow-up* de dois anos, foram encontradas evidências de insucesso após a cirurgia de banda gástrica em doentes com um IMC inicial mais elevado. Os pacientes com um IMC maior do que 40kg/m^2 e menor do que 49kg/m^2 apresentavam um risco de insucesso pós-cirúrgico de 2.6 vezes, enquanto os doentes com um IMC maior do que 50kg/m^2 apresentavam um risco de insucesso de 5.4 vezes.

Outros autores salientaram que o peso pré-cirúrgico pode predizer a quantidade de peso perdido, mas não melhorias na saúde psicológica pós-cirúrgica (Hafner *et al.*, 1990).

6.3 Idade de início da obesidade

Também neste campo os dados disponíveis são díspares. Um estudo revelou que doentes que se tornaram obesos antes dos dezoito anos de idade, tendem a atingir maior perda de peso pós-cirúrgica, comparativamente aos doentes que se tornaram obesos durante a vida adulta (Rowe *et al.*, 2000). Contudo, outros estudos não encontraram relação entre a idade de início da obesidade e a perda de peso pós-cirurgia bariátrica (Pekkarinen *et al.*, 1994; Kinzl *et al.*, 2006).

6.4 Motivação e expectativas

Parece que as expectativas que os doentes apresentam, relativamente à cirurgia, influenciam as consequências a curto e a longo prazo. Existem dois aspectos a ter em conta: em primeiro lugar, as expectativas relativas à cota de responsabilidade pessoal nos resultados; em segundo lugar, o grau de ajustamento destas expectativas à realidade (van Hout *et al.*, 2005).

Pessina *et al.* (2001) avaliaram 50 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, com vários objectivos. Um deles, o de verificar as expectativas (realistas ou não) sobre a perda de peso, para perceber se a cirurgia era considerada uma solução mágica para o excesso de peso corporal sem o envolvimento do doente. Verificaram que a ausência de stressores psicológicos, em conjunto com expectativas realistas e forte motivação para a mudança, eram considerados preditores fiáveis de sucesso.

Segundo Ray *et al.* (2003), um outro factor que permitia predizer uma maior perda de peso era o tipo de motivação, sendo que os factores motivacionais intrínsecos parecem predizer uma maior perda de peso após a cirurgia bariátrica. Segundo os autores do referido estudo, os doentes com maior sentido de segurança pessoal e motivação intrínseca para perderem peso, representam um grupo de doentes que melhor lida com as pressões dos outros em relação à sua obesidade. Assim, estes serão provavelmente mais capazes, de lidarem com o stresse do ajustamento aos novos hábitos alimentares e alterações na imagem corporal.

Contudo, apesar da presença de motivação intrínseca ser considerada por muitos como preditor de sucesso após a cirurgia bariátrica, alguns estudos sugerem que a motivação para se submeter à cirurgia não corresponde à perda de peso (Libeton *et al.*, 2004).

6.5 Factores psicológicos/psicopatologia

Os resultados dos estudos que avaliam a importância das avaliações psicológicas pré-cirúrgicas na predição de resultados, não têm sido consensuais (Lundgren *et al.*, 1977; Dubovsky & Liechty, 1985; Valley & Grace, 1987; Grana *et al.*, 1989).

Revisões prévias da literatura resultaram em conclusões diferentes, no que diz respeito à importância da história psiquiátrica, relativamente ao seu impacto nos resultados da cirurgia bariátrica. Enquanto alguns concluíram que o historial de internamentos psiquiátricos estava relacionado com complicações médicas/psicológicas e baixa satisfação do paciente, outros concluíram que o número de internamentos não estava relacionado com a perda de peso (van Hout *et al.*, 2005; Ashton *et al.*, 2008).

Por sua vez, o tratamento psiquiátrico em regime de ambulatório, antes da cirurgia bariátrica, não parece estar relacionado com um conjunto de variáveis, incluindo o peso perdido após a cirurgia (Franks & Kaiser, 2008).

Há vários estudos que não conseguiram encontrar qualquer relação entre a presença ou ausência de perturbações psiquiátricas pré-cirúrgicas e a perda de peso após a cirurgia bariátrica, mesmo após seis anos. Este facto sugere que nem o estado psiquiátrico, nem as perturbações da personalidade afectam os resultados da perda de peso, após a cirurgia bariátrica (Powers *et al.*, 1997; Bloomston *et al.*, 1997).

Neste sentido, no estudo de Powers *et al.* (1997), a existência de um diagnóstico psiquiátrico pré-cirúrgico (eixo I ou II), não estava associado com o resultado de perda de peso, dois anos após a cirurgia bariátrica.

Contudo, outros estudos sugerem o contrário, associando a psicopatologia a perdas de peso menos relevantes ou insatisfatórias (Barrash *et al.*, 1987; Rowe *et*

al., 2000; Tsushima *et al.*, 2004; Kinzl *et al.*, 2006). O estudo de Kinzl *et al.* (2006), relata que após um período de *follow-up* mínimo de trinta meses, os doentes obesos com duas ou mais perturbações mentais (na maioria dos casos consistindo a comorbilidade numa perturbação clínica e numa perturbação de personalidade), perdiam menos peso estatisticamente significativo, do que os doentes obesos com uma ou nenhuma perturbação mental.

No estudo de Tsushima *et al.* (2004), é sugerido que os indivíduos obesos que são tensos, ansiosos e que apresentam preocupações excessivas com a saúde irão provavelmente, beneficiar menos da cirurgia de *bypass* gástrico de Roux em Y, em termos de perda do excesso de peso corporal. Assim, este estudo demonstra que uma medida de psicopatologia geral, o MMPI-2, parece estar associada com os resultados de perda de peso, um ano após a cirurgia de *bypass* gástrico de Roux em Y.

Apesar da disparidade de resultados, continua a ser importante identificar quais os aspectos do funcionamento psicológico do doente que se espera que melhorem ou piorem o seu prognóstico, para se providenciarem as intervenções pré- e pós-cirúrgicas necessárias (Glinski *et al.*, 2001).

Uma outra comorbilidade bastante presente nos doentes obesos que se apresentam para cirurgia bariátrica são os comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e/ou perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Apesar de a perturbação de ingestão alimentar compulsiva se incluir na categoria das comorbilidades psiquiátricas, será apresentada já de seguida, integrada nos comportamentos alimentares.

6.6 Comportamento alimentar

Os comportamentos alimentares também podem afectar os resultados dos doentes, após a cirurgia bariátrica (Glinski *et al.*, 2001). Nos doentes candidatos a cirurgia bariátrica existe uma elevada prevalência de comportamento de ingestão alimentar compulsiva e/ou perturbação de ingestão alimentar compulsiva, que pode ter efeitos adversos nos resultados cirúrgicos, bem como na qualidade de vida relacionada com a saúde (Boan *et al.*, 2004).

Outros tipos de problemas de comportamento alimentar que também têm sido descritos, incluem o petisco contínuo, *snacking* frequente e ingestão alimentar nocturna (Glinski *et al.*, 2001).

Numa revisão de literatura, efectuada por Niego *et al.* (2007), nos estudos que avaliaram a prevalência pré-cirúrgica de perturbação de ingestão alimentar compulsiva de acordo com os critérios do DSM-IV, a prevalência variava dos 2 aos 49%. Para os estudos que avaliavam a presença de ingestão alimentar compulsiva no geral, a prevalência variava de 6 a 64%.

Por sua vez, a ingestão alimentar compulsiva parece ser também comum entre os obesos mórbidos que se apresentam para cirurgia bariátrica. Contudo, segundo uma revisão de vários estudos efectuada por Zwaan *et al.* (2003), a prevalência varia similarmente de forma considerável, entre 1.4 e 49%.

Existem resultados díspares, relativamente à importância da ingestão alimentar compulsiva na perda de peso e manutenção do peso perdido, após a cirurgia bariátrica (Zwaan *et al.*, 2003).

Por um lado, vários estudos que examinam este comportamento no período pré-cirúrgico revelaram que este não é um preditor fiável de fraca perda de peso, durante mais de cinco anos após a cirurgia (Burgmer *et al.*, 2005; Busetto *et al.*, 2005; White *et al.*, 2006).

Por outro lado, outros estudos encontraram que a ingestão alimentar compulsiva antes da cirurgia era um preditor negativo de resultado. Apesar de ter sido demonstrado que a prevalência da ingestão alimentar compulsiva baixava para zero, pouco tempo após a cirurgia bariátrica, os doentes com ingestão alimentar compulsiva perdiam significativamente menos peso durante os primeiros seis meses após a cirurgia de *bypass* gástrico, comparativamente aos doentes sem este comportamento (Dymek *et al.*, 2001).

Também Hsu *et al.* (1998), identificaram a ingestão alimentar compulsiva como um factor conducente a fracos resultados da cirurgia bariátrica e recomendam que a perturbação seja estudada para melhorar a selecção dos doentes.

A presença de ingestão alimentar compulsiva pode interferir na adesão à dieta pós-cirúrgica (de Zwaan *et al.*, 2003), sendo que este comportamento tem também sido relatado como um preditor de recuperação de peso após a

cirurgia bariátrica (Kalarchian *et al.*, 1999; Rowston *et al.*, 1992; Dymek *et al.*, 2001). Adicionalmente ao facto de estar associada a perdas de peso menos satisfatórias, a presença de ingestão alimentar compulsiva foi associada a taxas mais elevadas de *distress* emocional, a psicopatologia e a sintomas psiquiátricos mais significativos (Kirkley *et al.*, 1992; Guisado *et al.*, 2001; Guisado *et al.*, 2003).

6.7 Outros preditores

Tem sido investigado o valor preditivo de outras variáveis psicossociais. A insatisfação marital (Hafner *et al.*, 1991), elevados níveis de stresse de vida (Brolin *et al.*, 1986) e baixa auto-estima (Delin *et al.*, 1995; van Gemert, *et al.*, 1998a), revelaram ser preditores positivos da perda de peso ao longo do *follow-up*.

Posto isto, pretende-se averiguar as possíveis alterações no funcionamento psicológico dos doentes com obesidade, após a cirurgia bariátrica. No contexto internacional, em que os resultados disponíveis são bastante díspares, e no contexto nacional em que os dados são escassos ou inexistentes, este esforço de investigação resulta como relevante e útil.

Mais ainda, este estudo poderá ser de utilidade no esforço de compreensão do funcionamento psicológico dos doentes obesos candidatos a cirurgia bariátrica, e como tal, útil para melhor percebermos quais os aspectos psicológicos que importa avaliar e ter em atenção durante o processo de tratamento cirúrgico da obesidade.

II. Objectivos

No contexto desta problemática e atendendo à finalidade do estudo, o que se procurou foi criar conhecimento sobre as alterações ao nível psicopatológico, que possam ser associáveis ao tratamento cirúrgico da obesidade.

O objectivo geral deste estudo é analisar a evolução de indicadores psicopatológicos medidos através do *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMI-III) no momento pré-cirúrgico, e num período pós-cirúrgico mínimo de 12 meses e máximo de 25 meses.

Como objectivos específicos propõem-se os seguintes:

- Estimar a prevalência de psicopatologia (MCMI-III) entre candidatos a cirurgia bariátrica;
- Descrever a amostra no momento pós-cirúrgico, no que se refere a indicadores psicopatológicos (MCMI-III);
- Comparar os indicadores psicopatológicos da amostra, antes e após a cirurgia bariátrica;
- Avaliar as eventuais melhorias na saúde psicológica dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica, com base em auto-avaliação;
- Avaliar o grau de satisfação dos doentes com o peso perdido.

III. Método

3.1 Desenho do estudo

Este é um estudo longitudinal (de seguimento), observacional, e descritivo com base numa coorte de doentes submetidos a cirurgia bariátrica, com processo de candidatura iniciado entre 2008 e 2010. A primeira recolha de dados foi feita por análise documental, com base em registos clínicos recolhidos no contexto da avaliação psicológica do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE. O segundo momento de avaliação foi feito por inquérito a doentes cuja cirurgia tinha sido realizada com o mínimo de 12 meses e com um máximo de 25 meses. O instrumento de avaliação clínica pré-cirúrgico foi o mesmo (MCMII-III) que o utilizado no pós-cirúrgico, tendo sido também o mesmo investigador (psicólogo clínico) a realizar a entrevista clínica nos dois momentos. A única diferença entre os dois momentos, foi a aplicação de um pequeno questionário sobre avaliação de satisfação com a cirurgia e com os resultados da mesma.

3.2 Amostragem

Todos os doentes com indicação biomédica para cirurgia (obesidade mórbida e obesidade de grau II com comorbilidade) são sistematicamente encaminhados para a avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica (não existindo assim viés de selecção). Por outro lado, a selecção dos doentes que constituem a amostra do presente estudo, atendeu a critérios de inclusão/exclusão descritos de seguida. Os dados foram todos recolhidos pelo mesmo profissional de saúde (psicólogo clínico), mediante entrevista clínica, com recurso ao *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMII-III).

A coorte inicial deste estudo, já descrita em 2010 (Ferreira *et al.*, 2010), incluía 162 doentes e foi constituída por todos os doentes candidatos a cirurgia bariátrica (banda gástrica ajustável ou *bypass* gástrico de Roux em Y) no

Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, sujeitos a avaliação psicológica pré-cirurgia, entre Março de 2008 e Junho de 2010.

Entre Maio e Agosto deste ano, parte dessa coorte foi reavaliada (de novo com o MCMII-III). Para o efeito, foram seleccionados os doentes já submetidos a cirurgia bariátrica há, pelo menos um ano (no máximo, há 25 meses).

A amostra final, constituída apenas pelos doentes que participaram nos dois momentos de avaliação, excluiu:

- a) Os doentes que não tinham ainda atingido um ano após a cirurgia bariátrica;
- b) Os que estão à espera de reconversão da cirurgia (banda gástrica para *bypass* gástrico);
- c) Os que não tiveram possibilidades de se deslocarem ao Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE para a realização da avaliação psicológica pós-cirúrgica.

Com base nestes critérios foram incluídos 20 doentes da coorte inicial de 162 doentes.

3.3 Procedimentos

A avaliação psicológica pré-cirúrgica faz parte do processo de avaliação de todos os doentes candidatos a cirurgia bariátrica, no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE. Esta avaliação é efectuada entre a primeira e a segunda consulta com o cirurgião, e visa perceber até que ponto estará o candidato preparado para as exigências impostas pelo tratamento cirúrgico da obesidade, a curto e a longo prazo. Mediante os resultados da avaliação psicológica, sempre que tal se revele necessário, é iniciado acompanhamento psicológico individual (para tratamento de comorbilidades psicológicas).

Os dados obtidos no contexto da avaliação psicológica são registados no processo clínico do candidato, com um parecer quanto à prontidão para a submissão à cirurgia e/ou eventual aconselhamento quanto à sua não realização. Para a obtenção dos dados que constituem a *baseline* do presente

estudo, foram apenas utilizados os dados recolhidos junto dos doentes durante a avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica (*i.e.*, não foram incluídos indicadores fisiológicos constantes dos processos clínicos).

As avaliações psicológicas pós-cirúrgicas foram realizadas com o objectivo principal de recolha de dados para o presente estudo, embora tenha também sido elaborado um relatório de avaliação psicológica pós-cirúrgica, a ser introduzido no processo clínico de cada doente. Nos casos em que se justificava, foi sugerido aos doentes o início/retoma de acompanhamento psicológico individual.

À semelhança da recolha de dados da *baseline*, também os elementos necessários à realização da avaliação pós-cirúrgica, foram apenas obtidos junto dos doentes durante a avaliação (avaliação presencial).

3.4 Variáveis em estudo

No presente estudo serão tidas em conta várias variáveis. Em primeiro lugar o “tempo após a cirurgia bariátrica” medido em meses (entre 12 e 25 meses), decorrido entre a cirurgia bariátrica e a avaliação psicológica pós-cirúrgica.

Seguem-se as 24 escalas do MCMI-III: de eixo I (*perturbação de ansiedade; perturbação somatoforme; perturbação bipolar; perturbação distímica; dependência de álcool; dependência de substâncias; stress pós-traumático; perturbação do pensamento; depressão major; perturbação delirante*); e eixo 2 (*personalidade esquizóide; personalidade fóbrica; personalidade depressiva; personalidade dependente; personalidade histriónica; personalidade narcisista; personalidade anti-social; personalidade agressivo-sádica; personalidade compulsiva; personalidade negativista (passivo-agressivo); personalidade auto-destrutiva; personalidade esquizotípica; personalidade borderline; personalidade paranóide*). Estas permitem efectuar a caracterização do perfil psicopatológico dos doentes, sendo que os valores de cada uma destas variáveis variam entre 0 e 115 (ponto de corte de 75 – eixo I; ponto de corte de 75 para traço acentuado da personalidade e de 85 para perturbação da personalidade – eixo II)

Com vista à caracterização sociodemográfica da amostra serão também tidas em conta as variáveis “*escolaridade*” (com as opções de resposta: *analfabeto*; *1º ciclo*; *2º ciclo*; *3º ciclo*; *ensino secundário*; *ensino superior*) e “*estado civil*” (com as opções de resposta: *solteiro*; *casado*; *divorciado*; *viúvo*; *unido de facto*).

Será também tido em conta o “índice de massa corporal”, com vista à categorização deste, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) (*normoponderal* 18.50-24.99 kg/m²; *pré-obesidade* 25-29.99 kg/m²; *obesidade grau I* 30-34.9 kg/m²; *obesidade grau II* 35-39.9 kg/m²; *obesidade grau III* (obesidade mórbida) 40 kg/m² ou superior).

Estão também envolvidas variáveis relacionadas com os índices de satisfação com a cirurgia bariátrica, medidos através do auto-relato com opções de resposta de “*sim*” e “*não*”. Estas são a “*satisfação com a perda de peso*”, avaliando a satisfação do doente com a perda de peso obtida com a cirurgia bariátrica; “*melhoria do estado psicológico*”, avaliando as melhorias no estado psicológico do doente, após a cirurgia bariátrica; “*satisfação com a cirurgia*”, avaliando a satisfação do doente com a cirurgia bariátrica; e “*voltar a submeter-se à cirurgia bariátrica*”, avaliando a vontade do doente em submeter-se novamente à cirurgia bariátrica, após a sua experiência.

3.5 Instrumentos

A avaliação psicológica pré- e pós-cirurgia bariátrica, consiste na realização de uma entrevista clínica estruturada e na aplicação de um inventário clínico de auto-preenchimento, visando a recolha de informações pertinentes para o conhecimento do doente.

A avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica inicia-se com uma entrevista clínica estruturada, em que se procura conhecer o historial de peso e do controlo do peso por parte do candidato, incluindo idade de início do excesso de peso, peso máximo que já teve, hábitos e padrões alimentares e de actividade física, tentativas anteriores de perda de peso e seus resultados,

atitudes e aspectos motivacionais para a perda do peso actual e para a cirurgia, e conhecimento sobre o que o tratamento cirúrgico implica.

A entrevista clínica, também estruturada, da avaliação pós-cirurgia bariátrica é, por norma, mais breve, desde que não se verificam complicações de maior. Nesta entrevista, procura-se perceber como tem decorrido a adaptação às várias fases do tratamento cirúrgico da obesidade. Nomeadamente, como tem sido a adaptação do doente às várias fases da alimentação pós-cirúrgica, bem como a existência de complicações várias. Para além disso, pretende-se conhecer o ritmo de perda de peso e a satisfação do doente com esse ritmo, e as possíveis melhorias obtidas a vários níveis, nomeadamente ao nível da saúde psicológica. Por último, averigua-se a satisfação do doente em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade.

No final da entrevista clínica (pré- e pós-cirurgia bariátrica), é solicitado ao candidato que preencha (com a ajuda, se necessário, do psicólogo clínico) o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* (MCMI-III) (Millon, 1994), de forma a recolher dados sobre a morbilidade psiquiátrica. Recorreu-se à adaptação para português da versão espanhola, visto que esta prova ainda não se encontra adaptada e validada para a população portuguesa. Por sua vez, desconhecem-se estudos que permitam utilizar dados referentes à população portuguesa. Na página 80 passa-se à apresentação do MCMI-III.

3.5.1 Questionário sobre a satisfação com a cirurgia

Durante a avaliação psicológica pós-cirurgia bariátrica foi administrado um breve questionário, que incluía quatro questões sobre a satisfação dos doentes com alguns aspectos do tratamento cirúrgico da obesidade. As opções de resposta correspondiam a “*sim*” e “*não*”.

As questões eram as seguintes:

1. “*Está a emagrecer ao ritmo que queria?*”
2. “*A cirurgia e os resultados alcançados corresponderam às suas expectativas?*”

3. “Após a sua experiência, voltada a submeter-se à cirurgia?”
4. “Acha que a sua saúde psicológica melhorou após a cirurgia?”

3.5.2 Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III

3.5.2.1 Aplicação e cotação do MCMI-III

Através da resposta aos 175 itens (resposta de “verdadeiro/falso”) que constituem o MCMI-III, obtém-se um perfil psicológico composto por 24 escalas clínicas. Estas são agrupadas por perturbações clínicas agudas (eixo I) e por características mais duradouras da personalidade (eixo II). O tempo de aplicação ronda os 30 minutos.

O inventário possui sete escalas de síndromes clínicas (*perturbação de ansiedade, perturbação somatoforme, perturbação bipolar, perturbação depressiva, dependência do álcool, dependência de substâncias e perturbação de stress pós-traumático*), bem como três escalas de síndromes graves (*perturbação do pensamento, depressão major e perturbação delirante*). Possui também onze escalas clínicas da personalidade (*esquizóide, fóbica, depressiva, dependente, histriónica, narcísica, anti-social, agressiva, compulsiva, negativista, auto-destrutiva*) e três escalas de patologia grave da personalidade (*esquizotípica, estado-limite/borderline e paranóide*). Para além disso, possui ainda quatro indicadores para validação do perfil de respostas (*sinceridade, desejabilidade social, desvalorização e validade*).

A pontuação em cada uma das vinte e quatro escalas pode variar entre 0 e 115. Nas catorze escalas de perturbação da personalidade, pontuações iguais ou superiores a 75 indicam a presença de traço acentuado de personalidade, enquanto pontuações iguais ou superiores a 85 indicam a presença da perturbação da personalidade. Nas dez perturbações clínicas agudas, pontuações iguais ou superiores a 75 indicam a presença da perturbação clínica, enquanto pontuações iguais ou superiores a 85 indicam a proeminência da mesma.

A prova é considerada inválida se a pontuação de prevalência da *escala sinceridade* for menor do que 38 ou maior do que 178. É também considerada inválida se o sujeito responder *verdadeiro* a dois ou três itens da *escala de validade*.

Para melhor se compreenderem os resultados obtidos, no âmbito da presente investigação será pertinente conhecer o significado das vinte e quatro escalas clínicas e dos quatro indicadores de validação do perfil psicopatológico do MCMI-III. Neste sentido, uma descrição de cada uma das escalas clínicas e dos indicadores de validação, segundo o manual do MCMI-III (adaptação espanhola) (Millon, 1994), pode ser encontrada no *anexo 1*.

3.5.2.2 Desenvolvimento das escalas e índices do MCMI-III

As escalas do Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III foram desenvolvidas a partir de uma amostra de 600 sujeitos. Em primeiro lugar examinou-se a frequência da aceitação a cada um dos 325 itens originais, de forma a assegurar que estes eram classificados de forma aceitável em função do conteúdo. Eliminaram-se os itens que tinham uma taxa de aceitação inesperadamente alta ou baixa. Os itens remanescentes foram distribuídos pelas escalas em função do seu conteúdo.

Os 175 itens finais que constituem a prova só foram obtidos após o cálculo da consistência interna (*alfa de Cronbach*), das correlações entre os itens e a escala total, das correlações entre os itens e as pontuações de outras escalas preliminares do MCMI-III, das avaliações clínicas e das pontuações obtidas em outros testes paralelos, das correlações entre todas as pontuações do MCMI preliminares, das escalas preliminares do MCMI-III e as escalas do MCMI-II e entre o MCMI-III, das avaliações clínicas e a pontuação de outras provas paralelas. Os itens das escalas *sinceridade* (X), *desejabilidade social* (Y) e *desvalorização* (Z) do MCMI-II foram mantidos nas escalas clínicas do MCMI-III e foram atribuídos ao índice de modificação desta última versão da prova. Os itens do índice de ajuste do MCMI-II que não se incluíram no MCMI-III foram substituídos por itens de conteúdo semelhante.

3.5.2.3 Adaptação espanhola

A versão espanhola do *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* resulta de uma tradução da versão americana e do estudo de adequação à população espanhola. Neste processo o MCMI-III foi utilizado de forma sistemática por 105 profissionais na sua prática clínica durante três anos, em conjunto com outras provas de avaliação como o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2* (MMPI-2) – para avaliação das validades convergente e divergente. A amostra clínica, a quem foi administrado o MCMI-III, incluía 964 sujeitos distribuídos por várias regiões espanholas. Descrevem-se de seguida algumas das propriedades psicométricas do instrumento.

3.5.2.3.1 Consistência interna e fidelidade teste-reteste

Na amostra americana, os coeficientes *alfa de Cronbach* das escalas clínicas oscilam de 0.66 para a escala de *perturbação de personalidade compulsiva* até 0.90 para a escala *depressão major*. Os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* superam os 0.8 em 20 escalas.

Por sua vez, na amostra espanhola os coeficientes *alfa de Cronbach* oscilam entre 0.65 na escala de *perturbação de personalidade compulsiva* e 0.88 na escala *depressão major*. De um modo geral, os coeficientes *alfa de Cronbach* obtidos na população espanhola são muito semelhantes aos obtidos na amostra americana. A maior diferença foi encontrada para as escalas *dependência de álcool*, *perturbação de personalidade esquizóide* e *perturbação de personalidade dependente*. Os valores de *alfa de Cronbach* para a população americana e espanhola podem ser consultados no *anexo 2*. Neste mesmo *anexo 2*, podem ser também consultados os valores referentes à fidelidade teste-reteste. A mediana do coeficiente de estabilidade é de 0.91, o que significa que os resultados do MCMI-III são muito estáveis em curtos períodos de tempo.

3.5.2.3.2 Validade externa

Relativamente à avaliação do poder de diagnóstico do MCMI-III, participaram no processo 67 clínicos conhecedores do MCMI e da teoria evolutiva de Millon,

que tinham já participado em projectos de investigação anteriores, com recurso ao MCMI. Cada clínico teve, no mínimo, três sessões com cada doente. Para o eixo I, foi sugerido aos clínicos que tivessem em conta os critérios do DSM-IV. Os constructos do eixo II foram operacionalizados através dos critérios de diagnóstico do DSM-IV e das descrições definidas teoricamente por Millon. Foi seguido este caminho, uma vez que segundo a perspectiva evolutiva, o DSM-IV só é parcialmente representativo dos domínios em que se expressam a personalidade. O *anexo 3* contém os dados de sensibilidade e de valor preditivo de primeiro diagnóstico para o eixo II, para as três gerações do MCMI, e o *anexo 4* contém os dados de sensibilidade e de valor preditivo de primeiro e segundo diagnósticos, também para o eixo II, para as três gerações do MCMI. Na amostra espanhola foi igualmente efectuada a correlação entre o MCMI-III e a adaptação espanhola do MMPI-2 (Ávila e Jiménez, 1992) a 388 sujeitos, para efeitos de validação de convergência/divergência. São evidentes as diferenças que definem a construção das duas provas. A heterogeneidade das escalas do MMPI-2 atenua o grau em que se podem esperar correlações elevadas com as escalas do MCMI-III. Contudo, existem algumas áreas de conteúdo semelhante.

3.6 Análise estatística

O grau de obesidade foi avaliado através do IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$), segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000): obesidade grau I 30-34,9 kg/m^2 ; obesidade grau II 35-39,9 kg/m^2 ; e obesidade grau III (obesidade mórbida) 40 kg/m^2 ou superior.

Quanto ao MCMI-III, foi considerado como critério de corte para identificação de perturbação do eixo I o valor de 75 e do eixo II de 85 (ou seja, valores superiores a 75 e 85, respectivamente, como indicação de morbilidade). Para identificar a presença de traços de personalidade foi utilizado o valor de 75 como ponto de corte (ou seja, valores iguais ou superiores a 75 e inferiores a 85, de acordo com a versão espanhola do MCMI-III) (Millon, 1994).

A análise estatística foi realizada em PASWStatistics 18.0.

Foi efectuada a caracterização univariada dos indicadores sócio-demográficos, e dos indicadores psicopatológicos e de satisfação com a cirurgia (e seus resultados).

Tratando-se de uma amostra de tamanho reduzido ($n=20$), a comparação das distribuições de IMC e de cada um dos indicadores de eixo I e eixo II do MCMI-III, entre o momento pré- e o momento pós-cirúrgico, foi feita utilizando o teste não paramétrico de sinais de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Para comparação de proporções entre os dois momentos de observação foi utilizado o teste de *qui-quadrado* para associação entre variáveis, com correcção de Yates sempre que aplicável.

A análise inferencial teve como critério de corte (nível de significância) o $\alpha=.05$.

IV. Resultados

Do conjunto dos 162 doentes, submetidos a cirurgia bariátrica (banda gástrica e *bypass* gástrico) no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, que constituía a amostra inicial da coorte em estudo (caracterizada através do artigo já publicado) (Ferreira *et al.*, 2010), foi possível fazer o seguimento, através de uma segunda avaliação (pós-cirúrgica) a 20 doentes. O tempo decorrido após os sujeitos serem submetidos a cirurgia bariátrica e a avaliação psicológica pós-cirúrgica variou, de um mínimo de 12 meses a um máximo de 25 meses (Quadro 1).

Quadro 1. Tempo em meses, decorrido entre a cirurgia bariátrica e a avaliação psicológica pós-cirúrgica.

Tempo após a cirurgia (meses)	
Mínimo	12
Máximo	25
Média	17.15
Mediana	15.50
Desvio Padrão	3.77

Os resultados aqui apresentados referem-se apenas a estes 20 doentes, por ser esta a amostra que permite o estudo da evolução dos indicadores clínicos, entre o momento pré- e pós-cirúrgico.

A maioria dos sujeitos pertence ao sexo feminino, sendo que apenas 1 dos 20 doentes é do sexo masculino.

A idade dos sujeitos à altura da avaliação pré-cirúrgica pode ser verificada no Quadro 2. O único sujeito do sexo masculino tinha, à data da avaliação psicológica pré-cirúrgica, 40 anos de idade.

Quadro 2. Idade dos sujeitos antes de serem submetidos a cirurgia bariátrica.

Idade pré-cirúrgica (n=20)		
	<i>n</i>	%
18-24	3	15
25-34	3	15
35-44	5	25
45-44	7	35
55-64	2	10
Média*: 40.80 (35.28; 46.32)		
Mediana: 43.00		
Desvio padrão: 11.80		

* entre parênteses são apresentados os intervalos de confiança a 95%.

Globalmente o estado civil dos sujeitos manteve-se antes e depois do tratamento cirúrgico da obesidade, à excepção de uma das doentes que passou de divorciada a unida de facto (Figuras 1 e 2).

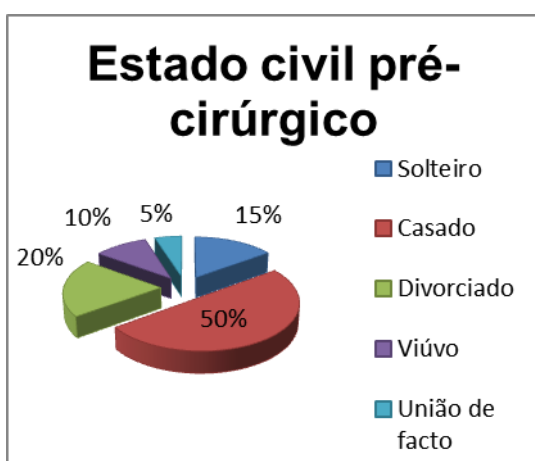


Figura 1. Estado civil antes da cirurgia.

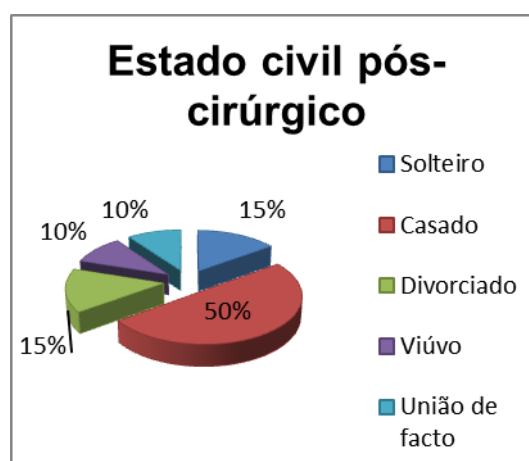


Figura 2. Estado civil após a cirurgia.

Quanto à escolaridade e à situação profissional dos sujeitos da amostra, a situação pré- e pós-cirurgia bariátrica pode ser verificada no Quadro 3. Pela análise deste verifica-se que o nível escolar aumentou ligeiramente, tendo em conta que 2 sujeitos (10%) passaram a ter habilitações académicas ao nível do ensino secundário. Quanto à situação profissional, a empregabilidade da amostra melhorou também ligeiramente, uma vez que 2 sujeitos (10%)

passaram de desempregados a empregados e que 1 sujeito estudante (5%), transitou para o mercado laboral.

Quadro 3. *Escolaridade e Situação Profissional, em situação pré- e pós-cirurgia bariátrica.*

	Escolaridade (%)		Situação Profissional (%)		
	Pré-cirúrgica	Pós-cirúrgica	Pré-cirúrgica	Pós-cirúrgica	
1º Ciclo	30	30	Empregado	55	70
2º Ciclo	15	10	Desempregado	15	5
3º Ciclo	20	15	Reformado	20	20
Ensino Secundário	25	35	Estudante	10	5
Ensino Superior	10	10			

Quanto ao tipo de cirurgia, na avaliação psicológica pré-cirúrgica 20% dos doentes preferiam a colocação de banda gástrica e 80% o *bypass* gástrico. Após a cirurgia bariátrica verificou-se que 25% da amostra (5 sujeitos) tinham sido submetidos a cirurgia de colocação de banda gástrica e 75% (15 sujeitos) a *bypass* gástrico. A preferência inicial de uma doente foi alterada de banda gástrica para *bypass* gástrico, uma vez que a equipa de tratamento cirúrgico da obesidade considerou ser a melhor opção de tratamento para esta.

O valor global médio do índice de massa corporal diminuiu do estado pré-cirúrgico para o período pós-cirurgia bariátrica. (Figura 3).

O IMC médio é significativamente ($p < .0001$) superior no momento pós cirúrgico ($M=28.83$; $n=20$) do que no momento pré-cirúrgico ($M= 43.36$; $n=20$).

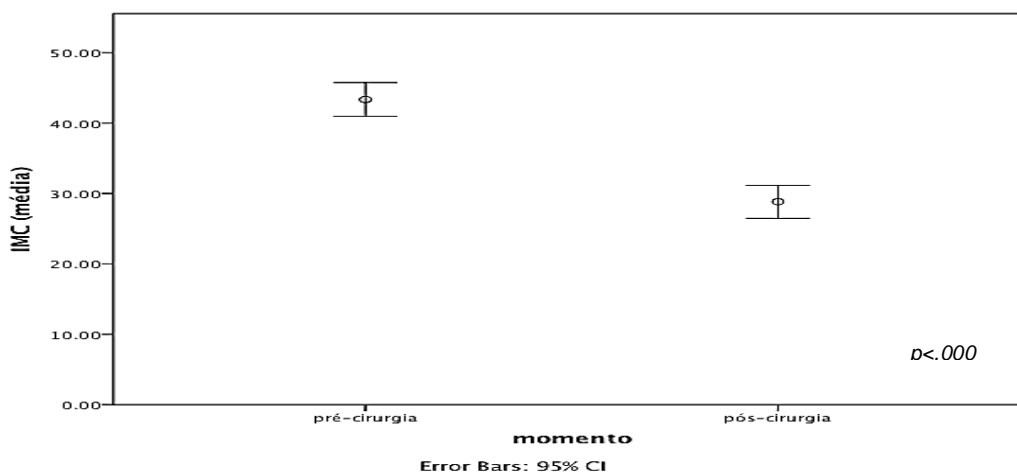


Figura 3. *Índice de massa corporal antes e após a cirurgia bariátrica.*

Analisando a distribuição das percentagens de IMC pelas várias categorias, no pré- e pós-cirurgia bariátrica (Figura 4), verifica-se que antes da cirurgia a maioria dos sujeitos encontrava-se numa situação de obesidade de grau III/mórbida (75%) e que os restantes (25%) se enquadravam numa situação de obesidade de grau II com comorbilidades justificativas de cirurgia. Após a cirurgia bariátrica, a maioria dos sujeitos estava em situação de pré-obesidade (45%), 20% em situação de obesidade de grau I e 15% com obesidade de grau II (com ou sem comorbilidades). Note-se que após a cirurgia, nenhum sujeito se enquadrava já em situação de obesidade de grau III (mórbida).

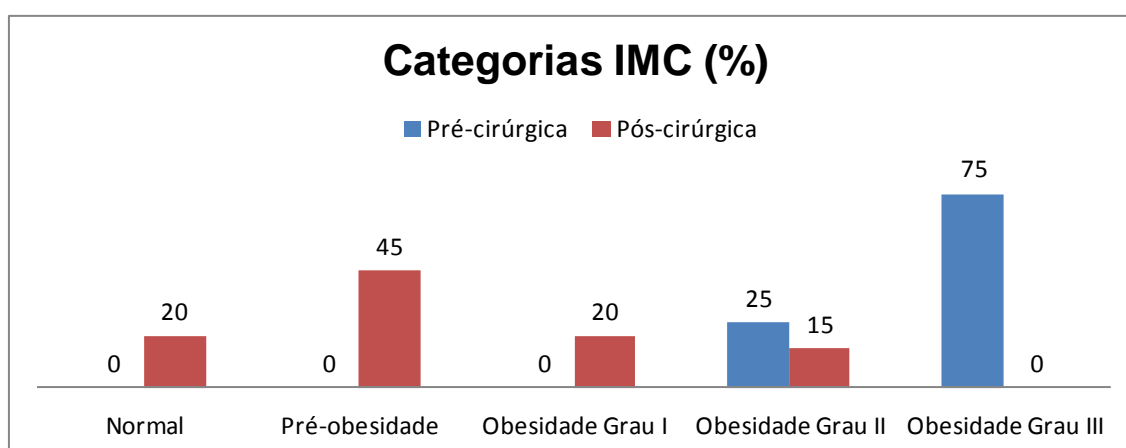


Figura 4. Distribuição das categorias de índice de massa corporal, pré- e pós cirurgia bariátrica.

Todos os 20 sujeitos da amostra obtiveram um perfil psicopatológico válido, segundo os critérios do MCMI-III.

No momento da avaliação psicológica pré-cirúrgica, 50% dos sujeitos apresentavam perturbação do eixo I e 85 % apresentavam pontuações que sugeriam a presença de traços de personalidade mais evidentes (eixo II). Após a cirurgia bariátrica verificou-se um decréscimo de 5% na presença de perturbação do eixo I, para os 45%. Por outro lado, a existência de traços da personalidade mais evidentes (eixo II) continuava presente em 85% dos sujeitos. Quanto à presença de perturbação da personalidade pré-cirurgia bariátrica, verificou-se que 30% da amostra se situava acima do ponto de corte

do MCMI-III (maior ou igual a 85). Após a cirurgia bariátrica (no momento da segunda avaliação), este valor manteve-se inalterado.

Contudo, a análise individual dos resultados obtidos pelos sujeitos nas várias perturbações do eixo I e II, bem como ao nível dos traços de personalidade mais evidentes, revelam algumas alterações, como se pode verificar na Figura 5.

As perturbações do eixo I mais frequentes antes da cirurgia bariátrica foram as de *ansiedade* (40%), *distímica* (20%), *somatoforme* e *delirante* (estas últimas, ambas com 15%). Após a cirurgia as perturbações do eixo I mais prevalentes foram as de *ansiedade* (40%), e as *perturbações bipolar*, *distímica* e *delirante* (todas com 15%).

Antes do tratamento cirúrgico da obesidade a perturbação da personalidade mais prevalente foi a *perturbação da personalidade compulsiva* (15%). Após a cirurgia bariátrica destacaram-se as *perturbações da personalidade histriónica*, *compulsiva* e *paranóide* (todas com 10%).

Quanto aos traços de personalidade (eixo II) (Figura 6), os mais prevalentes antes da cirurgia bariátrica correspondiam às escalas do MCMI-III: *histriónica* (40%), *compulsiva* (25%) e *paranóide* (15%). Após a cirurgia destacaram-se as escalas: *histriónica* (50%) e a *compulsiva* (30%).

Importa também referir que não foi encontrada associação entre haver ou não psicopatologia antes do tratamento cirúrgico da obesidade e a redução do IMC (entre antes e depois da cirurgia).

Antes da cirurgia bariátrica, 70% dos sujeitos pontuavam acima do ponto de corte do MCMI-III (pontuação igual ou superior a 75) na escala de *desejabilidade social*, sendo que este valor aumentou para 80% após a cirurgia. Quanto à escala de *desvalorização*, 30% dos sujeitos pontuavam acima do ponto de corte no momento pré-cirúrgico, diminuindo após a cirurgia para 5%.

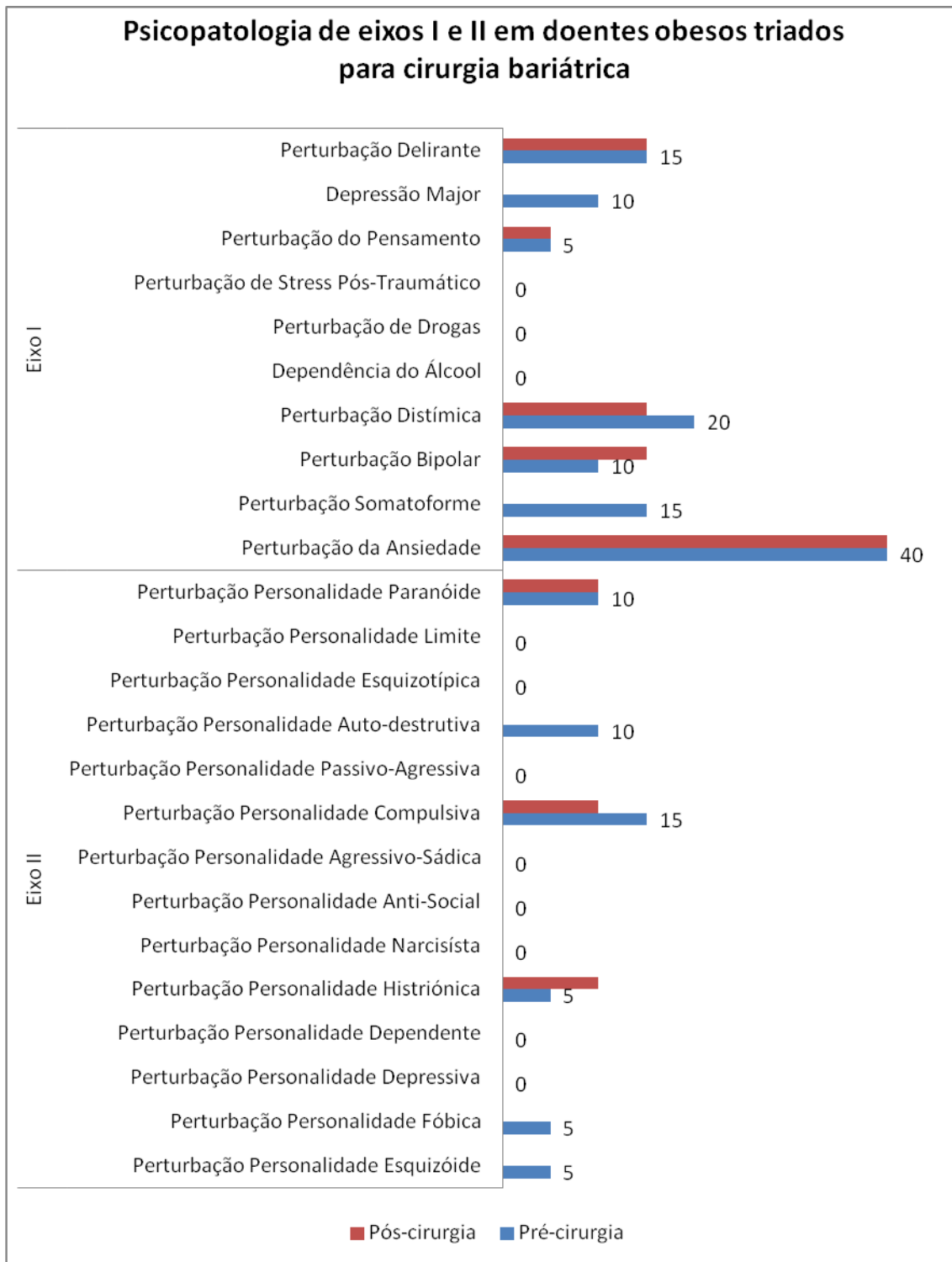


Figura 5. Perturbações do eixo I e II dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica, antes e depois da cirurgia.

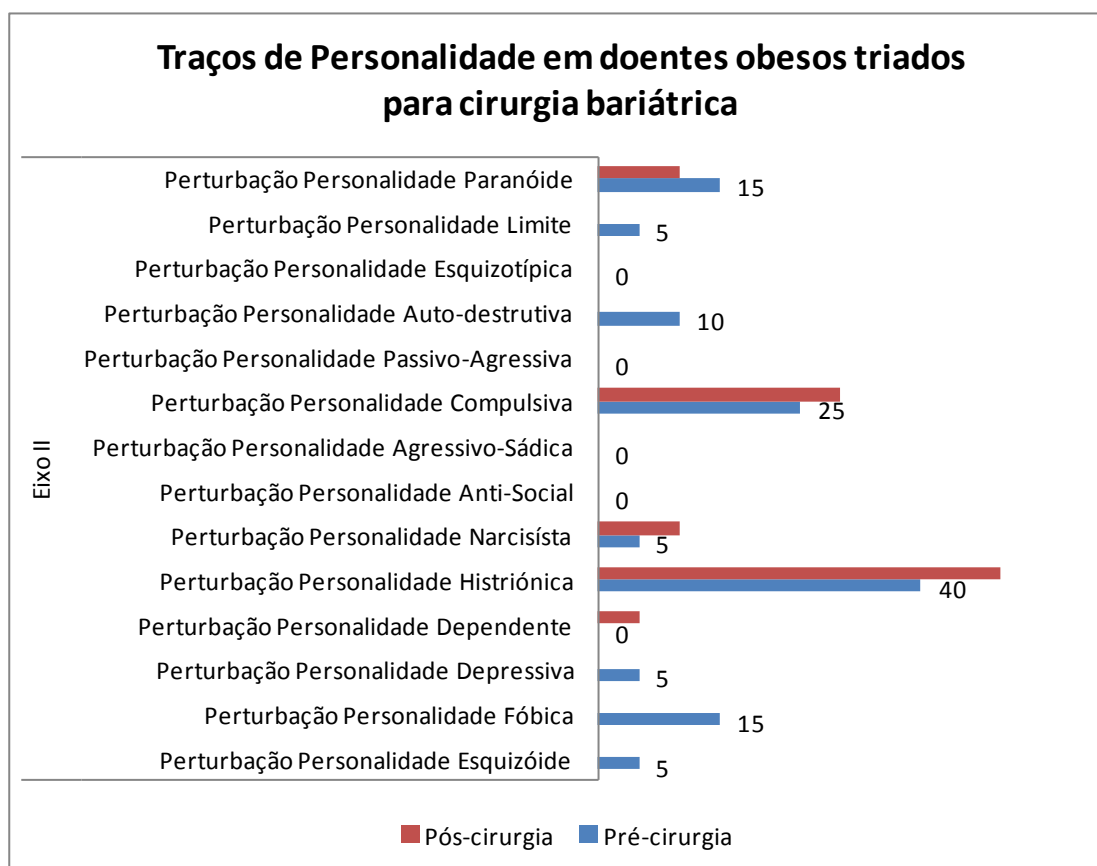


Figura 6. Traços de personalidade dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica, antes e depois da cirurgia.

Quanto aos indicadores de auto-relato sobre satisfação com os resultados da cirurgia, podem destacar-se os seguintes.

A maioria dos sujeitos (85%) está satisfeita com o ritmo de perda de peso obtido com a cirurgia bariátrica, sendo que 15% gostariam de apresentar um ritmo de emagrecimento mais elevado. (Figura 7). Apesar disso, 90% dos sujeitos consideram que, de forma global, os resultados obtidos até ao momento da avaliação psicológica pós-cirúrgica correspondiam às suas expectativas pré-cirúrgicas. Apenas 10% não consideravam cumpridas as suas expectativas pré-cirúrgicas (Figura 8). É também de salientar que, apesar dos 15% de sujeitos insatisfeitos com o ritmo de perda de peso e dos 10% que não sentiram cumpridas as suas expectativas pré-cirúrgicas, após a sua experiência pessoal todos os doentes se afirmaram dispostos a submeterem-se novamente à cirurgia bariátrica.



Figura 7. Auto-avaliação da satisfação dos sujeitos com o ritmo de emagrecimento após a cirurgia bariátrica.



Figura 8. Auto-avaliação dos sujeitos, quanto ao facto de considerarem as suas expectativas cumpridas quanto à cirurgia bariátrica.

Os sujeitos foram também questionados, quanto à percepção de evolução (manutenção, melhoria ou agravamento) da sua saúde psicológica após a cirurgia bariátrica. Os resultados podem ser observados na Figura 9, com a maioria dos sujeitos (80%) a relatarem melhorias, enquanto os restantes consideravam em igual proporção (10%) permanecer da mesma forma ou pior. De referir que não se dispõem de dados sobre a auto-percepção dos sujeitos quanto à sua saúde psicológica antes da cirurgia bariátrica, que permita efectuar uma comparação entre o momento pré- e pós-cirúrgico.

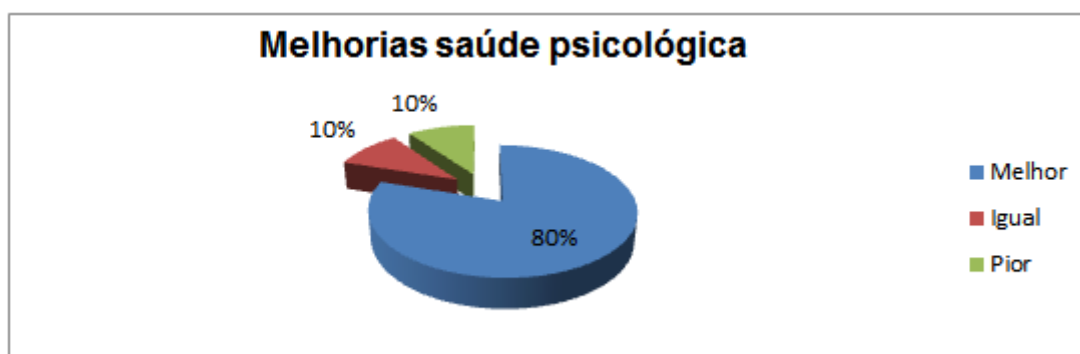


Figura 9. Auto-avaliação dos sujeitos, quanto à obtenção de melhorias na sua saúde psicológica após a cirurgia bariátrica.

V. Discussão e conclusão

O presente estudo centrou-se na comparação dos perfis psicopatológicos dos doentes candidatos e submetidos a cirurgia bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, obtidos no contexto de avaliações psicológicas pré- e pós-cirúrgicas. Teve como objectivo principal perceber se existiam diferenças entre os resultados obtidos com o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III* no decorrer do tratamento cirúrgico da obesidade a curto prazo, num período mínimo de 12 meses a um período máximo de 25.

Após a cirurgia bariátrica verificou-se uma diminuição acentuada do índice de massa corporal global da amostra. O valor médio de **IMC** da amostra, diminuiu 14.53% kg/m² após a cirurgia bariátrica. Verificou-se que a amostra, inicialmente categorizada em termos médios com obesidade de grau III (obesidade mórbida), passou a enquadrar-se (em termos médios) no patamar de pré-obesidade.

No que respeita à prevalência de categorias de IMC observa-se que após a cirurgia, a maioria dos doentes se enquadra em situação de pré-obesidade, com alguns em situação de obesidade de grau I. Uma minoria dos doentes encontra-se no patamar de obesidade de grau II (com ou sem comorbilidades), sendo importante realçar que após a cirurgia bariátrica nenhum doente se enquadra em situação de obesidade de grau III (obesidade mórbida).

Estes resultados superam os relatados por Pories e MacDonald (1993), que referem que 89% dos doentes já não podiam ser definidos como obesos mórbidos nos dois anos após a cirurgia. Verifica-se na nossa amostra que num mínimo de 12 meses após a cirurgia bariátrica (e num máximo de 25 meses), 100% dos doentes já não podem ser definidos como obesos mórbidos. De qualquer modo, os resultados de redução do IMC de ambos os estudos estão em linha com vários autores (Pories *et al.*, 1995; Christou *et al.*, 2004; Buchwald *et al.*, 2004; Maggard *et al.*, 2005), ao sustentarem a ideia de que a cirurgia bariátrica se assume como um tratamento efectivo no que diz respeito à redução do índice de massa corporal.

Clinicamente a redução de IMC registada neste estudo é bastante importante, uma vez que a obesidade mórbida representa um sério risco para a saúde física e bem-estar psicossocial (Bocchieri *et al.*, 2002), sendo que quanto mais grave for a obesidade, maior o risco de complicações médicas e de mortalidade (Söström, 1992; Calle *et al.*, 1999; Bocchieri *et al.*, 2002; Elte *et al.*, 2008). Ao reduzir-se o IMC, estará a reduzir-se a morbilidade física e psicossocial associada à obesidade, bem como o risco de mortalidade.

Quanto à **satisfação dos doentes com o ritmo de perda de peso** obtido com a cirurgia bariátrica, verifica-se que a maioria dos sujeitos está satisfeita com a redução ponderal, apesar de alguns terem manifestado que gostariam de experienciar um ritmo de emagrecimento mais acelerado. Apesar disso, a maioria dos sujeitos considera que os resultados globais obtidos (não só ao nível do peso perdido) até ao momento da avaliação psicológica pós-cirúrgica correspondiam às suas expectativas pré-cirúrgicas. Apenas 10% dos doentes não consideravam cumpridas as suas expectativas pré-cirúrgicas. Este valor está em linha com os níveis de satisfação dos doentes com os resultados da sua cirurgia, referidos na revisão de literatura de Herpertz *et al.* (2003). No seu estudo, o grau de insatisfação com os resultados pós-cirúrgicos variavam de 4.2% (Hafner & Rogers, 1990) a 18% (Baltasar *et al.*, 1998).

É também importante salientar que apesar dos 15% de sujeitos insatisfeitos com o ritmo de perda de peso e dos 10% que não sentiram cumpridas as suas expectativas pré-cirúrgicas, todos os doentes afirmaram estar dispostos a submeterem-se novamente à cirurgia bariátrica, após a sua experiência pessoal. O facto de 100% dos doentes estarem dispostos a enveredarem novamente pela cirurgia bariátrica supera os resultados relatados por Kriwanek *et al.* (2000), onde 96% dos doentes admitiam submeter-se novamente ao tratamento cirúrgico da obesidade. No presente estudo, apesar de alguma taxa de insatisfação com a perda de peso, a totalidade dos doentes estaria disposta a submeter-se novamente ao tratamento cirúrgico da obesidade. Isto porque, provavelmente, na maioria dos casos os resultados obtidos até ao momento, se terão traduzido em melhorias na saúde e na qualidade de vida relacionada com

a saúde. Por sua vez, é possível que a minoria de doentes insatisfeitos com os resultados da cirurgia bariátrica tenha também obtido melhorias, ainda que discretas, na sua saúde e na sua qualidade de vida relacionada com a saúde, e que confiem ainda na obtenção futura de resultados satisfatórios.

O **estado civil** manteve-se igual para a maioria dos doentes, à excepção de um deles, que passou de divorciado a unido de facto. Embora pouco expressivo, este ligeiro aumento segue a linha de estudos como o de Hawke *et al.* (1990), que referem o aumento do número de relações emocionais estáveis após a cirurgia.

Registou-se também a melhoria da condição educacional da amostra. O **nível educacional** aumentou ligeiramente, tendo em conta que 2 sujeitos passaram a ter habilitações académicas ao nível do ensino secundário (estando inicialmente as habilitações académicas destes ao nível do 2º e 3º ciclos). Embora as melhorias observadas sejam modestas, estes resultados estão em linha com o que é descrito na literatura. Contudo, coloca-se a hipótese do aumento da escolaridade que se verificou na nossa amostra constituir um desvio histórico, relacionado com o Programa “Novas Oportunidades”.

Quanto à **situação profissional** da amostra, verificou-se que a empregabilidade melhorou também ligeiramente (15%), uma vez que 2 sujeitos passaram de desempregados a empregados e que 1 sujeito estudante, transitou para o mercado laboral. Os resultados obtidos vão ao encontro dos encontrados por estudos, como os de Sabbioni *et al.* (2002) e de Hawke *et al.* (1990), sendo que neste último a empregabilidade da amostra (*part-time ou full-time*) aumentou 22%, três anos após a cirurgia bariátrica.

Ao nível da presença de **perturbações do eixo I** no momento da avaliação psicológica pré-cirúrgica, verificou-se que metade dos sujeitos apresentavam pontuações acima do ponto de corte no MCMI-III. Este valor é bastante

superior ao relatado no estudo de Rosenberger *et al.* (2006), onde apenas 24.1% dos sujeitos preenchiam critérios para uma perturbação do eixo I.

As perturbações psiquiátricas (eixo I) mais frequentes antes da cirurgia bariátrica foram as de *ansiedade* (sendo esta a que mais se destacou), *distímica*, *somatoforme* e *delirante*. Estes resultados contrariam o relatado na literatura, uma vez que ao contrário do que se verificou na nossa amostra, a depressão é a perturbação mais frequentemente relatada (Sarwer *et al.*, 2005). No nosso estudo a *perturbação de ansiedade* foi a mais frequente (40% dos sujeitos a pontuarem acima do ponto de corte do MCMI-III), contrariando os dados obtidos por Travado *et al.* (2004), com uma amostra de doentes obesos portugueses onde foram encontradas alterações ligeiras de ansiedade (abaixo do ponto de corte do MCMI-II). Contudo, apesar de a perturbação de ansiedade não ser a que é habitualmente mais prevalente, é também relatada em amostras de doentes candidatos a cirurgia bariátrica (Black *et al.*, 1992).

A presença de alguma percentagem de sujeitos com perturbação somatoforme pode ser importante, especialmente quando associada a elevados níveis de perturbação de ansiedade, como se verificou na nossa amostra. Neste sentido o estudo de Tsushima *et al.* (2004), sugere que os doentes obesos que são tensos, ansiosos e que apresentam preocupações excessivas com a saúde poderão obter menores perdas de peso com a cirurgia bariátrica (no caso específico do seu estudo, com o *bypass* gástrico de Roux em Y).

Após a cirurgia bariátrica verificou-se um ligeiro decréscimo (apesar de não significativo) na presença de perturbação do eixo I. Após a cirurgia as perturbações do eixo I mais prevalentes foram as de *ansiedade* (com igual prevalência pré-cirúrgica), e as *perturbações bipolar*, *distímica* e *delirante*. A literatura (Dubovski *et al.*, 1985; Rand *et al.*, 1986; Chandarana *et al.*, 1990; Larsen, 1990; LaManna *et al.*, 1992; Delin *et al.*, 1995; Kincey *et al.*, 1996) descreve uma diminuição mais acentuada dos valores de depressão e ansiedade após a cirurgia bariátrica, comparativamente à discreta diminuição (5%) da perturbação distímica e à manutenção das taxas de perturbação de ansiedade (40%, antes e depois da cirurgia) verificadas no nosso estudo.

Verificou-se que a perturbação somatoforme (15% no pré-cirúrgico) desapareceu após a cirurgia bariátrica, o que sugere que a presença desta no momento da avaliação pré-cirúrgica poderia reflectir apenas as preocupações com a saúde/cirurgia.

O facto de a perturbação de ansiedade não ter desaparecido ou diminuído após a cirurgia sugere que, embora estes doentes pudessem estar ansiosos pela cirurgia, estes poderão ser naturalmente ansiosos e/ou que alguns eventos de vida geradores de ansiedade se mantêm.

No presente estudo, relativamente à existência de **perturbação da personalidade (eixo II)**, verificou-se que 30% dos doentes se situavam acima do ponto de corte para a existência de perturbação do eixo II antes do tratamento cirúrgico da obesidade. Estes valores estão um pouco acima dos relatados na literatura, que refere que entre 22 e mais de 25% dos candidatos a cirurgia bariátrica apresentam perturbações de eixo II (Larsen, 1990; Black *et al.*, 1992; Powers *et al.*, 1992; Powers *et al.*, 1997).

Destacou-se a *perturbação compulsiva* em 15% dos doentes, enquanto no estudo de Travado *et al.* (2004), apenas se destacou o traço de personalidade compulsiva em termos de média da pontuação da escala compulsiva. O facto de a perturbação da personalidade compulsiva ter emergido na nossa amostra, sugere que parte dos doentes apresentam características de perfeccionismo, rigidez e comportamentos regidos por regras que conduzem à ansiedade crónica (Beck *et al.*, 2005). Por detrás de uma aparência de compostura e restrição, estarão sentimentos de raiva e de rebeldia, que por vezes fugirão ao seu controlo (Millon, 1994). Na literatura, nos candidatos a cirurgia bariátrica, destacam-se essencialmente as perturbações de personalidade passivo-agressiva, esquizotípica, histriónica (Norris, 2007) e borderline (Sansone *et al.*, 2008). Destas a única que emergiu no nosso estudo, ainda que com uma pontuação reduzida (5% – pré-cirurgia) foi a perturbação histriónica.

Após a cirurgia bariátrica, verificou-se que a mesma percentagem de doentes mantinham pontuações acima do ponto de corte para a existência de perturbação do eixo II. Estes resultados seguem a linha dos obtidos por Gertler

e Ramsey-Stewart (1986), e Larsen (1990), que referem que as perturbações da personalidade não se alteraram consideravelmente após a cirurgia bariátrica. Contudo, importa mencionar que estes se referem unicamente a doentes com obesidade de grau III (mórbida). Por outro lado, os resultados obtidos no nosso estudo, contrariam os resultados de dois estudos de Chandarana *et al.* (1988, 1990), que descrevem alguma melhoria nos perfis de personalidade dos doentes após a cirurgia bariátrica.

No presente estudo, embora a perturbação compulsiva tenha diminuído ligeiramente após a cirurgia (de 15% para 10%), a perturbação histriónica aumentou em igual proporção (de 5% para 10%). Os doentes com pontuação na escala de perturbação da personalidade histriónica caracterizam-se por excessiva emotividade e busca de atenção, preocupando-se em excesso com a atractividade física (Beck *et al.*, 2005). Apresentarão comportamentos sociais inteligentes, que lhe conferem uma aparência de auto-confiança e segurança, debaixo da qual existirá medo de autonomia e necessidade de repetidos sinais de aceitação e aprovação (Millon, 1994). A escala de perturbação paranóide, apesar de não ser muito prevalente antes da cirurgia (10%), manteve-se inalterada após a intervenção cirúrgica. Os doentes que pontuam na escala de perturbação da personalidade paranóide serão caracterizados por uma tendência persistente e irrealista para interpretar as reacções dos outros como humilhantes ou ameaçadoras, apresentando também uma elevada tendência para culparem os outros pelos seus problemas interpessoais (Beck *et al.*, 2005). Para além disso, existirá irritabilidade e tendência à exasperação precipitada e colérica com os outros, bem como o temor de perda de independência. Apresentarão também, imutabilidade e rigidez dos seus pensamentos (Millon, 1994).

Não foram encontrados estudos que detalhassem quais as perturbações da personalidade mais prevalentes após a cirurgia bariátrica.

Se tivermos em conta a presença de traços de personalidade específicos e acentuados (mas sem que se possa considerar a existência de perturbação da personalidade), verificou-se que antes do tratamento cirúrgico da obesidade a maioria dos doentes apresentavam pontuações que sugeriam a presença de

alguns traços de personalidade mais evidentes. Os traços de personalidade mais prevalentes antes da cirurgia bariátrica correspondiam à perturbação da personalidade histriónica, compulsiva e paranóide. Após a cirurgia, destacaram-se os traços correspondentes à perturbação da personalidade histriónica e compulsiva.

É importante referir, que o facto de os doentes apresentarem ou não psicopatologia antes e depois da cirurgia bariátrica não esteve associado ao IMC perdido (após a cirurgia bariátrica). Ou seja, não foi confirmada a hipótese da existência (em momento pré-cirurgia) de perturbação da personalidade poder ter um efeito de redução da efectividade da cirurgia bariátrica (até aos 25 meses pós-cirúrgicos).

Inicialmente, verificou-se que a maioria da amostra apresentava valores de prevalência elevados na escala de **desejabilidade social**, o que sugere que os candidatos tendem a revelar menos patologia psiquiátrica, eventualmente por receio de serem impedidos de realizar a cirurgia. Um dado interessante, é o facto de se verificar o aumento do número dos doentes que pontuam nesta escala após a cirurgia bariátrica. Seria de esperar uma diminuição deste valor, uma vez que os doentes já não teriam receio de exclusão do tratamento cirúrgico da obesidade na avaliação psicológica após a cirurgia bariátrica.

Por outro lado, verificou-se alguma prevalência de candidatos que obtiveram pontuações elevadas na escala de **desvalorização** na avaliação pré-cirurgia bariátrica, sugerindo alguma tendência para exacerbação dos sintomas. Verificou-se uma diminuição da prevalência desta escala para um valor bastante reduzido após a cirurgia bariátrica, sendo que apenas um doente obteve pontuações acima do ponto de corte.

Quanto à **auto-avaliação sobre as eventuais melhorias sentidas na saúde psicológica** dos sujeitos após a cirurgia bariátrica, verificou-se que a maioria destes relataram melhorias, enquanto os restantes consideravam em igual proporção (10%) permanecer da mesma forma ou pior. Estes dados não foram comparados com o momento pré-cirúrgico, uma vez que na avaliação

psicológica inicial aos candidatos esta dimensão não foi avaliada. Não foram encontrados dados na literatura que corroborassem ou contrariassem os resultados obtidos no momento pós-cirurgia bariátrica.

Considerações finais

A redução marcada nos valores médios de IMC a curto prazo nos doentes do presente estudo, sugere que o tratamento cirúrgico da obesidade pode traduzir-se em melhorias significativas ao nível da saúde física, psicológica e esperança média de vida dos doentes com obesidade.

Não pode ser ignorado o facto do IMC perdido ser independente de os doentes apresentarem ou não psicopatologia antes e depois da cirurgia bariátrica. Apesar do reduzido tamanho da amostra do presente estudo nos impor um olhar prudente sobre os resultados obtidos, estes levam-nos a ponderar se fará sentido continuar a avaliar os perfis de personalidade dos doentes candidatos e submetidos a cirurgia bariátrica. Por outro lado, não podemos esquecer que todos os doentes pertencentes ao programa de tratamento cirúrgico da obesidade do HESE recebem acompanhamento psicológico pré- e pós-cirúrgico, ainda que a periodicidade deste varie conforme as necessidades identificadas. Neste sentido, os perfis de psicopatologia de eixo I e II obtidos através do MCMI-III têm constituído uma mais-valia no acompanhamento psicológico destes doentes. Isto porque, bem mais importante do que catalogar os doentes numa listagem de perturbações, está a possibilidade de ler indicadores de sintomatologia e/ou estilos de personalidade que facilitem os cuidados prestados aos doentes.

Por sua vez, a dimensão da prevalência de psicopatologia (eixos I e II) nos doentes submetidos a cirurgia bariátrica, antes e depois da cirurgia, reforça a importância da avaliação clínica deste tipo de morbilidade e salienta também a importância de um acompanhamento continuado de apoio psicológico (aconselhamento ou psicoterapia, consoante os casos), pré- peri- e pós-operatório.

Por fim importa salientar a ausência de complicações clínicas *major*, bem como de mortalidade registadas na amostra (extensível à totalidade dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica no HESE). Este facto sugere que os esforços de toda a equipa multiprofissional do tratamento cirúrgico da obesidade do HESE, na selecção de doentes bem informados e motivados, bem como no acompanhamento pré-, peri- e pós-cirúrgico efectuado se traduzem no sucesso terapêutico encontrado.

A generalização dos dados obtidos no presente estudo deve ser efectuada com prudência, dada as **limitações** deste. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra obriga a alguns cuidados na generalização dos resultados aqui apresentados. Para o facto de termos uma amostra de tamanho reduzido, contribuiu a necessidade de termos apenas doentes operados no mínimo há um ano, bem como de não termos doentes que aguardassem reconversão cirúrgica. Para além disso, vários doentes não puderam comparecer ao Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE para a avaliação psicológica presencial, pelo que a amostra final foi ainda mais reduzida.

Por sua vez, devem também ter-se em conta alguns aspectos metodológicos. O facto de não serem conhecidas as propriedades psicométricas da versão portuguesa do MCMI-III implica cautelas quanto à interpretação das respostas, nomeadamente no que se refere ao ponto de corte usualmente considerado para detecção de psicopatologia (pontuação igual ou superior a 75 para o eixo I e igual ou superior a 85 para o eixo II). Este aspecto pode ser ainda mais relevante nos casos de nível educacional mais baixo, muito prevalente na amostra deste estudo (a maioria dos candidatos tinham menos do que o 10º ano de escolaridade, sendo que 30% não tinham mais do que a 4ª classe), o que pouco se alterou após a cirurgia. Este baixo nível de literacia pode ter dificultado a compreensão de alguns itens (apesar de a aplicação ser feita com a ajuda do psicólogo clínico).

Outro aspecto a considerar é o do contexto da aplicação do MCMI-III poder ter condicionado de alguma forma as respostas a este instrumento, pelo facto dos candidatos a cirurgia bariátrica poderem percepcionar esta avaliação como

critério de decisão para a cirurgia. Contudo, esta interpretação não será aplicável ao momento de avaliação pós-cirúrgica onde, apesar de tudo, se verificaram valores superiores na escala de *desejabilidade social*.

Importa também mencionar que o enquadramento dos resultados obtidos com este estudo, no conjunto de estudos que têm sido realizados sobre temáticas semelhantes se revelou uma tarefa difícil. Isto porque, para além da escassez nesta área de investigação, tornou-se complicado comparar resultados devido aos diferentes desenhos dos estudos encontrados. Foram encontrados estudos que tinham em conta períodos de *follow-up* diferentes, tipos de cirurgia diferentes, tipo de preparação e acompanhamento pré- e pós-cirúrgico diferentes, entre vários outros factores que variavam entre os estudos.

Investigação futura:

No tratamento cirúrgico da obesidade, a cirurgia em si mesma, impõe uma modificação forçada dos comportamentos (muitas vezes) disfuncionais dos doentes. Apesar de o presente estudo não ter encontrado associação significativa entre a presença de psicopatologia pré- e pós-cirúrgica e o IMC médio perdido pelos doentes, pelos motivos já enunciados não seria prudente efectuar uma generalização destes resultados.

Estudos futuros deverão procurar obter uma melhor compreensão dos doentes com obesidade (especialmente aqueles que se candidatam a cirurgia bariátrica), tentando perceber a importância dos factores psicológicos no tratamento cirúrgico da obesidade, e a possibilidade de neles se intervir. Para tal, deverá replicar-se o presente estudo, com uma amostra substancialmente maior.

Para além disso, seria importante e útil, procurar encontrar alguns preditores, ou pelo menos alguns indicadores de bom prognóstico dos resultados obtidos com a cirurgia bariátrica. Seria importante que estes pudessem ser tidos em conta durante a avaliação pré-cirúrgica, no sentido da optimização da selecção dos doentes candidatos ao tratamento cirúrgico da obesidade.

VI. Referências bibliográficas

- Adami, G. F., Gandolfo, P., Bauer, B., & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 45-50.
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Campostano, A., et al. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 299-306.
- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., et al. (2006). Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *The New England Journal of Medicine*, 355, 763-78.
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., et al. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *The New England Journal of Medicine*, 357 (8), 753-61.
- Alaud-din, A., Meterissan, S., Lisbona, R., et al. (1990). Assessment of cardiac function in patients who were morbidly obese. *Surgery*, 108, 809-20.
- Albrecht, R. J., & Pories, W. J. (1999). Surgical intervention for the severely obese. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 13, 149-72.
- Alciati A., D'Ambrosio A., Foschi D., et al. (2007). Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *Journal of Affective Disorders*, 101, 131-8.
- Allison, D. B., Fontaine, K. R., Manson, J. E., et al. (1999). Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA*, 282, 1530-8.
- Alvarez-Cordero, R. (1998). Final Reflections: Wellness after Obesity Surgery. *World Journal of Surgery*, 22, 1018-21.
- Amaral, J. F., Thompson, W. R., Caldwell, M. D., et al. (1985). Prospective hematological evaluation of gastric exclusion surgery for morbid obesity. *Annals of Surgery*, 201, 186-93.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).
- Andersen, T., Backer, O., Stokholm, K. H., & Quaade, F. (1984). Randomized trial of diet and gastroplasty compared with diet alone in morbid obesity. *The New England Journal of Medicine*, 310, 352-6.
- Angrisani, L., Lorenzo, M., & Borrelli, V. (2007). Laparoscopic adjustable gastric banding versus laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 5 years results of a prospective randomized trial. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 3 (2), 127-32.
- Aranceta-Bartrina, J., Serra-Majem, L., Foz-Salac, M., et al. (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125 (12), 460-6.
- Arcila, D., Velazquez, D., Gamino, R., et al. (2002). Quality of life in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 661-5.

- Ashton, D., Favretti, F., & Segato, G. (2008). Preoperative psychological testing-another form of prejudice. *Obesity Surgery*, 18 (10), 1330-7.
- Averbukh, Y., Heshka, S., El-Shoreya, H., et al. (2003). Depression Score Predicts Weight Loss following Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 13, 833-6.
- Ávila, A., & Jiménez, F. (1992). *Adaptación española del Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota – 2 (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ayyad, C., & Andersen, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Review*, 1, 113-9.
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., & Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 19 (1), 53-67.
- Baltasar, A., Bou, R., Arlandis, F., et al. (1998). Vertical banded gastroplasty at more than 5 years. *Obesity Surgery*, 8, 29-34.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barrash., J, Rodriguez, E. M., Scott, D. H. et al. (1987). The utility of MMPI for the prediction of weight loss after bariatric surgery. *International Journal of Obesity*, 11, 115-28.
- Bauchowitz, A. U., Gonder-Frederick, L. A., Olbrisch, M., et al. (2005). Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Candidates: A Survey of Present Practices. *Psychosomatic Medicine*, 67, 825-32.
- Beck, A. T., Freeman, A; & Davis, D. D. (Orgs.) (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artemed. (Obra original publicada em 2004)
- Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., et al. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25 (Supl.1), S5-9.
- Belachew, M., Legrand, M. J., Defechereux, T. H., et al. (1994). Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. A preliminary report. *Surgical Endoscopy*, 8, 1354-6.
- Belle, S. H., Berk, P. D., Courcoulas, A. P., et al. (2007). Safety and efficacy of bariatric surgery: longitudinal assessment of bariatric surgery. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 3, 116-26.
- Benotti, P. N., & Forse, R. A. (1995). The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *American Journal of Surgery*, 169, 361-7.
- Bergstrom, A., Pisani, P., Tenet, V., et al. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, 91, 421-30. *Erratum International Journal of Cancer*, 92, 927.

- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 227-34.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, *13*, 746-51.
- Blackburn, G. L., Hutter, M. M., Harvey, A. M., *et al.* (2009). Expert Panel on Weight Loss Surgery: Executive Report Update. *Obesity*, *17*, 842-62.
- Blankmeyer, B. L., Smylie, K. D., Price, D. C., *et al.* (1990). A replicated five cluster MMPI typology of morbidly obese female candidates for gastric bypass. *International Journal of Obesity*, *14*, 235-47.
- Bloomston, M., Zervos, E. E., Camps, M. A., *et al.* (1997). Outcome following bariatric surgery in super versus morbidly obese patients: does weight matter? *Obesity Surgery*, *7*, 414-9.
- Boan, J., Kolotkin, R. L., Westman, E. C., *et al.* (2004). Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, *14*, 341-8.
- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 155-65.
- Bouchard, C. (1997). Genetics of human obesity: Recent results from linkage studies. *The Journal of Nutrition*, *127*, S1887-90.
- Bouchard, C. B. (1994). Genetics of obesity: overview and research direction. In C. B. Bouchard (Ed.). *The genetics of obesity* (pp. 223-233). Boca Raton FL: CRC Press.
- Bray, B. A. (2004b). Classification and evaluation of the overweight patient. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds.). *Handbook of obesity clinical applications* (2^a ed) (pp. 1-32). New York: Basel Marcel Dekker, Inc.
- Bray, G. A. (1996). Health hazards of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *25*, 907-19.
- Bray, G. A. (1998). *Contemporary diagnosis and management of obesity*. Newton: PA: Handbooks in Health Care.
- Bray, G. A. (2004a). Medical consequences of obesity. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *89*, 2583-9.
- Bray, G. A. (2007). The missing link – lose weight, live longer. *The New England Journal of Medicine*, *357*, 818-20.
- Brolin, R. E., Clemow, L. P., Kasnetz, K. A., *et al.* (1986). Outcome predictors after gastroplasty for morbid obesity. *Nutrition International*, *2*, 322-6.
- Brolin, R. E., Kenler, H. A., Gorman, R. C., & Cody, R. P. (1989). The dilemma of outcome assessment after operations for morbid obesity. *Surgery*, *105*, 337-46.
- Brolin, R. E., Robertson, L. B., Kenler, H. A., *et al.* (1994). Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of Surgery*, *220*, 782-90.

- Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 505-17.
- Bruner, J. (2008). *Actos de Significado*. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1990)
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., *et al.* (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 292*, 1724-37.
- Buchwald, H., Buchwald, J. N. (2002). Evolution of operative procedures for the management of morbid obesity 1950-2000. *Obesity Surgery, 12*, 705-17.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Krug, L., *et al.* (2006). Physical and psychosocial outcome in morbidly obese patients with and without bariatric surgery: a 41/2-year follow-up. *Obesity Surgery, 16*, 321-30.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S., & Buddeberg, C. (2004). Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obesity Surgery, 14*, 361-9.
- Bull, R. H., Engels, W. D., Engelman, F., & Bloom, L. (1983). Behavioral changes following gastric bypass surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research, 27*, 457-67.
- Burgmer, R., Grigutsch, K., Zipfel, S., *et al.* (2005). The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obesity Surgery, 15*, 684-91.
- Busetto, L., Segato, G., de Luca, M., *et al.* (2005). Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery, 15*, 195-201.
- Busetto, L., Segato, G., Marchi, F., *et al.* (2002). Outcome predictors in morbidly obese recipients of an adjustable gastric band. *Obesity Surgery, 12*, 83-92.
- Busetto, L., Valente, P., Pisent, C., *et al.* (1996). Eating pattern in the first year following adjustable silicone gastric banding (ASGB) for morbid obesity. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders, 20*, 539-46.
- Calle, E. E., Thun, M. J., Petrelli, J. M., *et al.* (1999). Bodymass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine, 341*, 1097-105.
- Campos, R. N., Campos, J. A. O., & Sanches, M. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37* (4), 162-6.
- Capella, J. F., & Capella, R. F. (2003). Bariatric surgery in adolescence: is this the best age to operate? *Obesity Surgery, 13*, 826-32.
- Capella, R. F., & Capella, J. F. (1993). Ethnicity, type of obesity surgery and weight loss. *Obesity Surgery, 3*, 375-80.

- Carlin, A. M., O'Connor, E. A., Genaw, J. A., & Kavar, S. (2008). Preoperative weight loss is not a predictor of postoperative weight loss after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4 (4) 481-5.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90, 251-7.
- Castelnuovo-Tedesco, P., & Schiebel, D. (1976). Studies of superobesity: II. Psychiatric Appraisal of jejunoileal bypass surgery. *American Journal of Psychiatry*, 133, 26-31.
- Castelnuovo-Tedesco, P., Weinberg, J., & Buchanan, D. C. (1982). Long-term outcomes of jejunoileal bypass surgery for superobesity: psychiatric assessment. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1248-52.
- Caterson, I. D., Franklin, J., & Colditz, G. A. (2004). Economic Costs of Obesity In G. A. Bray, C. Bouchard (Eds). *Handbook of Obesity: etiology and pathophysiology* (2^a ed) (pp. 149-56). New York: Marcel Dekker.
- Chan, J. M., Rimm, E. B., Colditz, G. A., *et al.* (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*, 17 (9), 961-9.
- Chandarana, P. C., Conlon, P., Holliday, R. L., *et al.* (1990). A prospective study of psychosocial aspects of gastric stapling surgery. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15, 32-5.
- Chandarana, P. C., Holliday, R., Conlon, P., & Deslippe, T. (1988). Psychosocial considerations in gastric stapling surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 85-92.
- Chapman, A. E., Kiroff, G., Game, P., *et al.* (2004). Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: a systematic literature review. *Surgery*, 135 (3), 326-51.
- Chevallier, J. M., Paita, M., Rodde-Dunet, M. H., *et al.* (2007). Predictive factors of outcome after gastric banding: a nationwide survey on the role of center activity and patients' behavior. *Annals of Surgery*, 246 (6), 1034-9.
- Choban, P. S., Onyejekwe, J., Burge, J. C., & Flancbaum, L. (1999). A health status assessment of the impact of weight loss following Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. *Journal of the American College of Surgeons*, 188, 491-7.
- Christou, N. V., Sampalis, J. S., Liberman, M., *et al.* (2004). Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Annals of Surgery*, 240 (3), 416-24.
- Clark, M. M., Balsiger, B. M., Sletten, C. D., *et al.* (2003). Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. *Obesity Surgery* 2003, 13, 739-45.
- Clark, M. M., Cargill, B. R., Medeiros, M. L., & Pera, V. (1996). Changes in self-efficacy following obesity treatment. *Obesity Research*, 4 (2), 179-81.

- Colditz, G. A., Willett, W. C., Rotnitzky, A., & Manson, J. E. (1995). Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Annals of Internal Medicine*, 122 (7), 481-6.
- Colditz, G. A., Willett, W. C., Stampfer, M. J., *et al.* (1990). Weight as a risk factor for clinical diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 132, 501-13.
- Collazo-Clavell, M. L., Clark, M. M., McAlpine, D. E., & Jensen, M. D. (2006). Assessment and preparation of patients for bariatric surgery. *Mayo Clinic Proceedings*, 81 (supl. 10), S11-7.
- Colquitt, J., Clegg, A., Loveman, E., *et al.* (2005). Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Syst Rev*:CD003641.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499-511.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Crisp, A. H., & Lacey, J. H. (1983). Psychological consequences of weight loss after gastric bypass surgery. In J. D. Maxwell, J. Gazet, T. R. Pilkington (Eds.). *Surgical management of obesity* (pp. 181-8). London: Academic Press.
- Crossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., & McQuire, M. T. (2001). Understanding weight stigmatization: a focus group study. *Journal of Nutrition Education*, 33, 208-14.
- Cummings, D. E., Weigle, D. S., Frayo, R. S., *et al.* (2002). Plasma ghrelin levels after diet-induced weight loss or gastric bypass surgery. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1623-30.
- Curry, T. K., Carter, P. L., Porter, C. A., & Watts, D. M. (1998). Resectional gastric bypass is a new alternative in morbid obesity. *American Journal of Surgery*, 175, 367-70.
- Dargent, J. (1999). Laparoscopic adjustable gastric banding: lessons from the first 500 patients in a single institution. *Obesity Surgery*, 9, 446-52.
- Davidson, M. H., Hauptman, J., DiGirolamo, M., *et al.* (1999). Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 235-42.
- Davis, M. M., Slish, K., Chao, C., & Cabana, M. D. (2006). National trends in bariatric surgery, 1996-2002. *Archives of Surgery*, 141, 71-4.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25 (supl. 1), S51-5.
- de Zwaan, M., Lancaster, K. L., Mitchell, J. E., *et al.* (2002). Health-Related Quality of Life in Morbidly Obese Patients: Effect of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 12, 773-80.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L. M., *et al.* (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (5), 428-34.

- Deitel M. (2003). Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people (Editorial). *Obesity Surgery*, 13, 329-30.
- Delay, J., & Pichot, P. (1969). La personalidad (descripción, factores biológicos y factores sociales). Temperamento y carácter. In J. Delay, P. Pichot. *Manual de psicología* (pp. 329-65). Barcelona: Torray-Masson AS.
- Delin, C. R., & Watts, J. (1995). Success in surgical intervention for morbid obesity: is weight loss enough? *Obesity Surgery*, 5, 189-91.
- Delin, C. R., Watts, J., & Bassett, D. L. (1995). An exploration of the outcomes of gastric bypass surgery for morbid obesity: patient characteristics and indices of success. *Obesity Surgery*, 5, 159-70.
- DeMaria, E. J. (2007). Bariatric surgery for morbid obesity. *The New England Journal of Medicine*, 356, 2176-83.
- Dennis, K. E., Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21 (1), 103-16.
- Desaive, C. (1995). A critical review of a personal series of 1000 gastroplasties. *International Journal of Obesity*, 19, S56-90.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Flancbaum, L., et al. (2004). Surgical management of obese patients with eating disorders: a survey of current practice. *Obesity Surgery*, 14, 1252-7.
- DiGregorio, J. M., & Moorehead, M K. (1994). The psychology of bariatric surgery patients: A clinical report. *Obesity Surgery*, 4, 361-9.
- Dixon, J. (2006). Survival advantage with bariatric surgery: report from the 10th International Congress on Obesity. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 2, 585-6.
- Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2002). Selecting the optimal patient for lapband placement. *American Journal of Surgery*, 184 (6B), S17-20.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2001). Pre-operative Predictors of Weight Loss at 1-Year after Lap-Band® Surgery. *Obesity Surgery*, 11, 200-7.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2002). Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. *Obesity Surgery*, 12, 65-71.
- Dixon, J. B., O'Brien, P. E., Playfair, J., et al. (2008). Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 299 (3), 316-23.
- do Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., et al. (2006) Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Review*, 7, 233-7.
- do Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., et al. (2007). National prevalence of obesity, overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Review*, 9, 11-9.
- do Carmo, I., Fagundes M. J., & Camolas J. (2008). Cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 4 (II Série), 43-50.

- Doron, R., & Parot, F. (Eds.) (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1991)
- Drenick, E. J., & Johnson, D. (1978). Weight reduction by fasting and semistarvation in morbid obesity: long-term follow-up. *International Journal of Obesity*, 2, 123-32.
- Dubovski, S. L., Haddenjorst, A., & Murphy, J. (1985). A preliminary study of the relationship between preoperative depression and weight loss following surgery for morbid obesity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 185-96.
- Dubovsky, S. L., & Liechty, R. D. (1985). Psychiatric evaluation in gastric surgery for obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 144-50.
- Durkin, A. J., Bloomston, M., Murr, M. M., *et al.* (1999). Financial status does not predict weight loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 9, 524-6.
- Duval, K., Marceau, P., Lescelleur, O., *et al.* (2006). Health-Related Quality of Life in Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 16, 574-9.
- Dymek, M. P., le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2001). Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obesity Surgery*, 11, 32-9.
- Dymek-Valentine, M., Rienecke-Hoste, R., Engelberg, M. J. (2005). Psychosocial assessment in bariatric surgery candidates. In J. E. Mitchell, & M. de Zwaan (Eds.) *Bariatric surgery. A guide for mental health professionals* (pp.15-38). New York: Routledge.
- Elder, K. A., & Wolfe, B. M. (2007). Bariatric Surgery: A Review of Procedures and Outcomes. *Gastroenterology*, 132, 2253-71.
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Review*, 6, 67-85.
- Elte, J. W., Cabezas, M. C., Vrijland, W. W., *et al.* (2008). Proposal for a multidisciplinary approach to the patient with morbid obesity: the St. Franciscus Hospital Morbid Obesity gram. *European Journal of Internal Medicine*, 19, 92-8.
- Engel, S. G., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., *et al.* (2003). Impact of weight loss and regain on quality of life: mirror image or differential effect? *Obesity Research*, 11, 1207-13.
- ENNS (2006). National Study Nutrition Health. France.
- Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Wadden, T. A., *et al.* (2006). How Do Mental Health Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. *Obesity Surgery*, 16, 567-73.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., *et al.* (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 304-9.
- Favretti, F., Cadière, G. B., Segato, G., *et al.* (1997). Laparoscopic adjustable silicone gastric banding: how to avoid complications. *Obesity Surgery*, 7, 352-8.

- Ferreira, A., Santos, O., Pegacho, M., & Carvalho, M. (2010). Caracterização psicológica dos doentes candidatos a Cirurgia Bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora. *Endocrinologia, Diabetes & obesidade*, 4 (4), 181-9.
- Fielding, G. A., Rhodes, M., & Nathanson, L. K. (1999). Laparoscopic gastric banding for morbid obesity. Surgical outcome in 335 cases. *Surgical Endoscopy*, 13, 50-4.
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., & Kirschenbaur, D. S. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology*, 12, 342-5.
- Flanagan, S. A. (1996). Obesity, the last bastion of prejudice. *Obesity Surgery*, 6, 430.
- Flegal, K. M., Carroll, M.D., Ogden, C.L., & Johnson, C.L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*, 288, 1723-7.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, 293, 1861-7.
- Foley, E. F., Benotti, P. N., Borlase, B., et al. (1992). Impact of gastric restrictive surgery on hypertension in the morbidly obese. *American Journal of Surgery*, 163, 294-7.
- Fontaine, K. R., Bartlett, S. J., & Barofsky, I. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 101-5.
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., et al. (2003). Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 289, 187-93.
- Foreyt, J. P., & Poston, W. S. 2nd. (1998). What is the role of cognitive-behaviour therapy in patient management? *Obesity Research*, 6 (supl. 1), S18-22.
- Forsell, P., Hallberg, D., & Hellers, G. (1993). Gastric banding for morbid obesity: initial experience with a new adjustable band. *Obesity Surgery*, 3, 369-74.
- Franks, S. F., & Kaiser, K. A. (2008). Predictive Factors in Bariatric Surgery Outcomes: What is the Role of the Preoperative Psychological Evaluation? *Clinical Focus Primary Psychiatry*, 15 (8), 74-83.
- Franques, A. R. M. (2003). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: Participação do psicólogo. In A. B. Garrido (Ed.). *Cirurgia da obesidade*. (pp. 75-79). São Paulo: Editora Atheneu.
- Freedman, D. M., Ron, E., Ballard-Barbash, R., et al. (2006). Body mass index and all-cause mortality in a nationwide US cohort. *International Journal of Obesity*, 30, 822-9.
- Freys, S. M., Tigges, H., Heimbucher, J., et al. (2001). Quality of life following laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 5, 401-7.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.
- Frutos, M. D., Lujan, J., Hernandez, Q., et al. (2006). Results of laparoscopic gastric bypass in patients > or =55 years old. *Obesity Surgery*, 16 (4), 461-4.

- Garcia, J. A. (1964). Constituição, temperamento e caráter. In J. A. Garcia. Principios de psicologia (pp. 272-93). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failures of behavioral and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychology Review, 11*, 729-80.
- Gertler, R., & Ramsey-Stewart, G. (1986). Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariatric surgery (surgical control of morbid obesity). *Australian and New Zealand Journal of Surgery, 56*, 157-61.
- Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., *et al.* (1997). The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 21*, 715-37.
- Gleysteen, J. J. (1992). Results of surgery: long-term effects on hyperlipidemia. *American Journal of Clinical Nutrition, 55*, S591-3.
- Gleysteen, J. J., Barboriak, J. J., & Sasse, E. A. (1990). Sustained coronary risk factor reduction after gastric bypass for morbid obesity. *American Journal of Clinical Nutrition, 51*, 774-8.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery, 11*, 581-8.
- Grana, A. S., Coolidge, F. L., & Merwin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 762-5.
- Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M., & Sullivan, M. A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research, 13* (2), 244-9.
- Greenway, F. L. (1996). Surgery for obesity. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America, 25*, 1005-27.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., *et al.* (2002). Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery, 12*, 835-40.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Lopez-Ibor, J. J. Jr, *et al.* (2001). Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: differences between obese people with and without psychiatric disorders. *Obesity Surgery, 11*, 576-80.
- Guisado, M. J. A., & Vaz, L. F. J. (2003). Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders, 8*, 315-8.
- Hafner, R. J., & Rogers, J. (1990). Husbands' adjustment to wives' weight loss after gastric restriction for morbid obesity. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders, 14*, 1069-78.
- Hafner, R. J., Rogers, J., & Watts, J. M. (1990). Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese. *Journal of Psychosomatic Research, 34*, 295-302.

- Hafner, R. J., Watts, J. M., & Rogers, J. (1991). Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 15, 555-60.
- Hall, J. C., Horne, K., O'Brien, P. E., & Watts, J. M. (1983). Patient well-being after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 53, 321-4.
- Halmi, K. A., Long, M., Stunkard, A. J., et al. (1980a). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 470-2.
- Halmi, K. A., Stunkard, A. J., & Mason, E. E. (1980b). Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunioileal bypass, diet. *American Journal of Clinical Nutrition*, 33, 446-51.
- Halverson, J. D., & Koehler, R. E. (1983). Assessment of patients with failed gastric operations for morbid obesity. *American Journal of Surgery*, 145, 357-63.
- Halverson, J. D., Zuckerman, G. R., Koehler, R. E., et al. (1981). Gastric bypass for morbid obesity: a medical-surgical assessment. *Annals of Surgery*, 194, 152-60.
- Harris, M. B., Green, D. (1982). Psychosocial effects of gastric reduction surgery for obesity. *International Journal of Obesity*, 6, 527-39.
- Haslam D. W., & James W. P. (2005). Obesity (Seminar). *Lancet*, 366, 1197-209.
- Hawke, A., O'Brien, P., Watts, J. M., et al. (1990). Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 60, 755-8.
- Hell, E., Miller, K. A., Moorehead, M. K., & Norman, S. (2000). Evaluation of health status and quality of life after bariatric surgery: comparison of standard Roux-en-Y gastric bypass, vertical banded gastroplasty and laparoscopic adjustable silicone gastric banding. *Obesity Surgery*, 10, 214-9.
- Herbst, C. A., Hughes, T. A., Gwynne, J. T., & Buckwalter, J. A. (1984). Gastric bariatric operation in insulin-treated adults. *Surgery*, 95, 209-14.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., et al. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? *International Journal of Obesity*, 27, 1300-14.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., et al. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, 12, 1554-69.
- Higa, K. D., Boone, K. B., & Ho, T. (2000). Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1040 patients – What have we learned? *Obesity Surgery*, 10, 509-13.
- Hill, J. O. (2002). An overview of the etiology of obesity. In C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2^o ed) (pp. 460-4). New York, NY: The Guilford Press.
- Hörchner, R., & Tuinebreijer, W. (1999b). Improvement of physical functioning of morbidly obese patients who have undergone a Lap-Band operation: one-year study. *Obesity Surgery*, 9, 399-402.

- Hörchner, R., & Tuinebreijer, W. (1999a). Preoperative preparatory program has no effect on morbidly obese patients undergoing a Lap-Band® operation. *Obesity Surgery*, 9, 250-7.
- Hörchner, R., Tuinebreijer, W., & Kelder, H. (2001). Quality-of-life assessment of morbidly obese patients who have undergone a lap-band operation: 2 year follow-up study. Is the MOS SF-36 a useful instrument to measure quality of life in morbidly obese patients? *Obesity Surgery*, 11, 212-9.
- Hsu, L. K., Benotti, P. N., Dwyer, J., et al. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic Medicine*, 60, 338-46.
- Hsu, L. K., Mulliken, B., McDonagh, B., et al. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1398-403.
- IASO (International Association for the Study of Obesity) (2008). Overweight & Obesity in the EU27. *International Association for the Study of Obesity*.
- Isacsson, A., Frederiksen, S. G., Nilsson, P., et al. (1997). Quality of life after gastroplasty is normal: a controlled study. *European Journal of Surgery*, 163, 181-6.
- Istvan, J., Zavela, K., & Weidner, G. (1992). Body weight and psychological distress in the NHANES I. *International Journal of Obesity*, 16, 999-1003
- James, P. T. (2004). Obesity: the worldwide epidemic. *Clinical Dermatology*, 22, 276-80.
- Jan, J. C., Hong, D., Bardaro, S. J., et al. (2007). Comparative study between laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic gastric bypass: single-institution, 5-year experience in bariatric surgery. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 3, 42–51.
- Jee, S. H., Sull, J. W., Park, J., et al. (2006). Bodymass index and mortality in Korean men and women. *The New England Journal of Medicine*, 355, 779- 87.
- Jeffrey, A. T., Karliner, L., Walsh, J., et al. (2008). Gastric banding or bypass? A systematic review comparing the two most popular bariatric procedures. *The American Journal of Medicine*, 121 (10), 885-93.
- Jeng, G., Renquist, K., Doherty, C., et al. (1994). A study on predicting weight loss following surgical treatment for obesity. *Obesity Surgery*, 4, 29-36.
- Jones, D. B., Schneider, B. E., & Maithel, S. K. (2006). *Atlas of Minimally Invasive Surgery* (pp. 298-355). Woodbury, CT: Cine-Med, Inc.
- Jones, S. P., Smith, I. G., Kelly, F., Gray, J. A. (1995). Long term weight loss with sibutramine. *Obesity Research*, 19, S2-41.
- Jones-Corneille, L. R., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., et al. (2010). Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity Surgery*,(s/n). (Publicação online em <http://www.springerlink.com/content/m4h45781h7377074/>)
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In J. M. Filho (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 273-8). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., *et al.* (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery, 12*, 270-5.
- Kalarchian, M. A., Wilson, G. T., Brolin, R. E., & Bradley, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 89-92.
- Kalarchian, M. A., Wilson, G. T., Brolin, R. E., *et al.* (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders, 4*, 1-5.
- Karlsson, J., Sjöström, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity: two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 22*, 113-26.
- Kellum, J. M., DeMaria, E. J., & Sugerman, H. J. (1998). The surgical treatment of morbid obesity. *Current Problems in Surgery, 35*, 792-858.
- Kellum, J. M., Kuemmerle, J. F., O'Dorisio, T. M., *et al.* (1990). Gastrointestinal hormone responses to meals before and after gastric bypass and vertical banded gastroplasty. *Annals of Surgery, 211*, 763-71.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2003). Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes. São Paulo: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 2000)
- Kincey, J., Neve, H., Soulsby, C., & Taylor, T. V. (1996). Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity – some outcomes and inter-relationships. *Psychology, Health & Medicine, 1*, 113-38.
- King, T. K., Clark, M. M., & Pera, V. (1996). History of sexual abuse and obesity treatment outcome. *Addictive Behaviors, 21*, 283-90.
- Kinzl, J. F., Schrattecker, M., Traweger, C., *et al.* (2006). Psychosocial Predictors of Weight Loss after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery, 16*, 1609-14
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery, 13* (1), 105-10.
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., *et al.* (2001). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery, 11*, 455-8.
- Kirkley, B., Kolotkin, R. L., Hernandez, J., *et al.* (1992). A comparison of binge-purgers, obese binge eaters, and obese nonbinge eaters on the MMPI. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 221-8.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R., *et al.* (2001b). The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research, 9*, 564-71.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001a). Quality of life and obesity. *Obesity Review, 2*, 219-29.
- Korenkov, M., Kneist, W., Heintz, A., *et al.* (2004). Laparoscopic gastric banding as a universal method for the treatment of patients with morbid obesity. *Obesity Surgery, 14*, 1123-7.

- Koukoulis, G. N., Sakka, C., Katsaros, F., *et al.* (2010). High rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: data from the ARGOS Study. *Hormones*, 9, (3), 253-62.
- Kral, J. G. (1989). Surgical treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 73, 251-64.
- Kral, J. G. (1995). Surgical interventions of obesity. In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn (Eds.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 510-15). New York: Guilford.
- Kral, J. G. (2001). Selection of patients for anti-obesity surgery. *International Journal of Obesity*, 25, S107-12.
- Kral, J. G., Brodin, R. E., Buchwald, H., *et al.* (2002). Research considerations in obesity surgery. *Obesity Research*, 10, 63-4.
- Kriwanek, S., Blauensteiner, W., Lebesch, E., *et al.* (2000). Dietary changes after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 10, 37-40.
- Kuczmarksi R. J., & Flegal K. M., Campbell S. M., *et al.* (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults: the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*, 272, 205-11.
- Kuzmark, L. I. (1991). A review of seven years' experience with silicon gastric banding. *Obesity Surgery*, 1, 403-8.
- LaManna, A., Ricci, G. B., Giorgi, I. (1992). Psychological effects of vertical banded gastroplasty on pathologically obese patients. *Obesity Surgery*, 2, 239-43.
- Lang, T., Hauser, R., Buddeberg, C., *et al.* (2002). Impact of gastric banding on eating behavior and weight. *Obesity Surgery*, 12, 100-7.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity: a prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (supl. 359), 1-57.
- Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., *et al.* (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12 (11), 1828-34.
- LCWLSEP (Lehman Center Weight Loss Surgery Expert Panel). 2005. Commonwealth of Massachusetts. Betsy Lehman Center for patient safety and medical error reduction. expert panel on weight loss surgery: executive report. *Obesity Research*, 13, 206-26.
- Leibson, C. L., Williamson, D. F., Melton, L. J. III, *et al.* (2001). Temporal trends in BMI among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24 (9), 1584-9.
- Leon, G. R., Eckert, E. D., Teed, D. B., & Buchwald, H. (1979). Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 39-55.
- Levy, R. L., Finch, E. A., Crowell, M. D., *et al.* (2007). Behavioral Intervention for the Treatment of Obesity: Strategies and Effectiveness Data. *American Journal of Gastroenterology*, 102, 2314-21.

- Li, Z., Bowerman, S., & Heber, D. (2005). Health ramifications of the obesity epidemic. *The Surgical Clinics of North America*, 85, 681-701.
- Libeton, M., Dixon, J. B., Laurie, C., et al. (2004). Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obesity Surgery*, 14, 392-8.
- Lim, R. B., Blackburn, G. L., Jones, D. B. (2010). Benchmarking best practices in weight loss surgery. *Current Problems in Surgery*, 47, 79-174.
- Lucchese, M., Alessio, F., Valeri, A. et al. (1998). Adjustable silicone gastric banding: complications in a personal series. *Obesity Surgery*, 8, 207-9.
- Lundgren, K. D., Scott, G., & Grabski, D. A. (1977). Enhancing the outcome of jejunoileal bypass in poor risk patients through postoperative group counseling. *American Journal of Surgery*, 26, 534-7.
- Maddi, S. R., Fox, S. R., Khoshaba, D. M., et al. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11, 680-5.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., et al. (1997). Psychosocial Correlates of Psychopathology in a National Sample of the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, 7, 397-404.
- Maggard, M. A., McGory, M. L., Shekelle P. G., & Ko, C. Y. (2006). Quality indicators in bariatric surgery: improving quality of care. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 2, 423-9.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., et al. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142, 547-59.
- Malina, A. C. (2007). The role of psychology in the ENH-Bariatric Services Program. *Disease-a-Month*, 53 (3), 169-71.
- Mason, E. E., & Ito, C. (1969). Gastric bypass. *Annals of Surgery*; 170, 329-39.
- Mathus-Vliegen, E. M., de Weerd, S., de Wit, L. T. (2004). Health related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery*, 135, 489-97.
- McMahon, M. M., Sarr, M. G., Clark, M. M., et al. (2006). Clinical management after bariatric surgery: value of a multidisciplinary approach. *Mayo Clinic Proceedings*, 81 (supl. 10), S34-45.
- McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., et al. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 139, 933-49.
- McTigue, K., Larson, J. C., Valoski, A., et al. (2006). Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. *JAMA*, 296, 79-86.
- Meichenbaum, D. (1997). Cognitive Behaviour therapy. In A. Braum, S. Newman, J. Weinman, C. McManus (Eds.) *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 200-3). Cambridge: Cambridge University Press.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T., & Davis, R. (2001). *Transtornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Miskowiak, J., Honore, K., Larsen, L., *et al.* (1985). Food intake before and after gastroplasty for morbid obesity. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *20*, 925-8.
- Mitchell, J. E., Lancaster, K. L., Burgard, M. A., *et al.* (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, *11*, 464-78.
- Moore, M. E., Stunkard, A., & Srole, L. (1962). Obesity, social class, and mental illness. *JAMA*, *181*, 962-6.
- Morino, M., Toppino, M., Forestieri, P., *et al.* (2007). Mortality after bariatric surgery: analysis of 13,871 morbidly obese patients from a national registry. *Annals of Surgery*, *246*, 1002-7, discussion 1007-9.
- Mühlhans, B., & de Zwaan, M. (2008). Mental comorbidity in obese patients. *Adipositas*, *23*, 148-54.
- Mühlhans, B., Horbach, T., & de Zwaan, M. (2009). Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General Hospital Psychiatry*, *31*, 414-21.
- NAASO & NHLBI (North American Association for the Study of Obesity, & National Heart, Lung, and Blood Institute) (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. Bethesda, Md: National Institutes of Health.
- NAASO & NHLBI (North American Association for the Study of Obesity, & the National Heart, Lung, and Blood Institute). (2000). *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. Bethesda, Md: National Institutes of Health.
- Naslund, I., Jarnmark, I., & Andersson, H. (1988). Dietary intake before and after gastric bypass and gastroplasty for morbid obesity in women. *International Journal of Obesity*, *12*, 503-13.
- Neven, K., Dymek, M., Le Grange D., *et al.* (2002). The effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on body image. *Obesity Surgery* *12*, 265-9.
- Nguyen, N. T., Goldman, C., Rosenquist, J., *et al.* (2001). Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. *Annals of Surgery*, *234*, 279-91.
- NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute). (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obesity Research*. *6* (supl. 2), S51-210.
- Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. (2007). Binge Eating in the Bariatric Surgery Population: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 349-59.
- NIH (National Institutes of Health) (1991). National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Obesity Surgery*, *1*, 257-65.

- NIH (National Institutes of Health) (1992). Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, S615-9.
- Niville, E., & Dams, A. (1999). Late pouch dilatation after laparoscopic adjustable gastric and esophagogastric banding: incidence, treatment and outcome. *Obesity Surgery*, 9, 381-84.
- Niville, E., Vankeirsbilck, J., Dams, A., *et al.* (1998). Laparoscopic adjustable esophagogastric banding: a preliminary experience. *Obesity Surgery*, 8, 39-43.
- Norris, L. (2007). Psychiatric issues in bariatric surgery. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 717-38.
- O'Brien, P. E., & Dixon, J. B. (2003). Lap-Band: Outcomes and results. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 13, 265-70.
- O'Brien, P. E., Dixon, J. B., Brown, W., *et al.* (2002). The laparoscopic adjustable gastric band (Lap-Band): a prospective study of medium term effects on weight, health and quality of life. *Obesity Surgery*, 12, 652-60.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., *et al.* (2006). Prevalence in overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*, 295, 1549-55.
- Olbers, T., Fagevik-Olsen, M., Maleckas, A., & Lonroth, H. (2005). Randomized clinical trial of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic vertical banded gastroplasty for obesity. *British Journal of Surgery*, 92, 557-62.
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., *et al.* (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1139-47.
- Parikh, M. S., Laker, S., Weiner, *et al.* (2006). Objective comparison of complications resulting from laparoscopic bariatric procedures. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, 252-61.
- Peace, K., Dyne, J., Russell, G., & Stewart, R. (1989). Psychobiological effects of gastric restriction surgery for morbid obesity. *The New Zealand Medical Journal*, 102, 76-8.
- Pekkarinen, T., & Mustajoki, P. (1997). Comparison of behavior therapy with and without very-low-energy diet in the treatment of morbid obesity. A five-year outcome. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1581-5.
- Pekkarinen, T., Koskela, K., Huikuri, K., *et al.* (1994). Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: Binge eating as a predictor of poor outcome. *Obesity Surgery*, 4, 248-55.
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80.
- Pereira, J., Mateus, C., & Amaral M. J. (1996). *Custos da obesidade em Portugal. Documento de Trabalho 4/99* (pp. 1-38). Associação Portuguesa de Economia da Saúde de Lisboa.

- Pessina, A., Andreoli, M., & Vassallo, C. (2001). Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obesity Surgery, 11*, 459-63.
- Pi-Sunyer, F. X. (1993). Medical hazards of obesity. *Annals of Internal Medicine, 119*, 655-60.
- Pokrajac-Bulian, A., & Zivcic-Becirevic, I. (2005). Locus of control and self-esteem as correlates of body dissatisfaction in croatian university students. *European Eating Disorders Review, 13*, 54-60.
- Pories, W. J., & MacDonald, K. G. (1993). The surgical treatment of morbid obesity. *Current Opinion in General Surgery, 195-202*.
- Pories, W. J., MacDonald, K. G., Morgan, E. J., et al. (1992). Surgical treatment of obesity and its effect on diabetes: 10-y follow-up. *American Journal of Clinical Nutrition, 55*, S582-5.
- Pories, W. J., Swanson, M. S., MacDonald, K. G., et al. (1995). Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Annals of Surgery, 222*, 339-50.
- Powers, P. S., Boyd, F., Blair CR, et al. (1992). Psychiatric issues in bariatric surgery. *Obesity Surgery, 2*, 315-25.
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 293-300.
- Powers, P. S., Rosemurgy, A., Boyd, F., et al. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obesity Surgery, 7*, 471-7.
- Prentice, A. M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology, 35*, 93-9.
- Price, G. M., Uauy, R., Breeze, E, et al. (2006). Weight, shape, and mortality risk in older persons: elevated waist-hip ratio, not high body mass index, is associated with a greater risk of death. *American Journal of Clinical Nutrition, 84*, 449-60.
- Price, R. A. (2002). Genetics and common obesities: Background, current status, strategies and future prospects. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.). *Handbook of obesity treatment* (pp. 73-94). New York: Guilford Press.
- Provencher, V., Bégin, C., Gagnon-Girouard, M. P., et al. (2008). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors, 9*, 294-302.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*, 788-805.
- Puzziferri, N., Austrheim-Smith, I. T., Wolfe, B. M., et al. (2006). Three-year follow-up of a prospective randomized trial comparing laparoscopic versus open gastric bypass. *Annals of Surgery, 243*, 181-8.
- Rabner, J. G., & Greenstein, R. J. (1991). Obesity surgery: expectation and reality. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 15*, 841-5.

- Rand, C. S., & Macgregor, A. M. (1990). Morbidly obese patients perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, *83*, 90-5.
- Rand, C. S., & Macgregor, A. M. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, *15*, 577-9.
- Rand, C. S., Kowalske, K., & Kuldau, J. M. (1984). Characteristics of marital improvement following obesity surgery. *Psychosomatics*, *25*, 221-3, 226.
- Rand, C. S., Macgregor, A., & Hankins, G. (1986). Gastric bypass surgery for obesity: weight loss, psychosocial outcome, and morbidity one and three years later. *Southern Medical Journal*, *79*, 1511-4.
- Rasheid, S., Banasiak, M., Gallagher, S. F., et al. (2003). Gastric bypass is an effective treatment for obstructive sleep apnea in patients with clinically significant obesity. *Obesity Surgery*, *13*, 58-61.
- Ray, E. C., Nickels, M. W., Sayeed, S., et al. (2003). Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*, *134*, 555-63.
- Rebelo A., & Leal I. (2008). Factores de personalidade, comportamento alimentar e imagem corporal na obesidade mórbida. In I. Leal, & J. L. P. Ribeiro, I. Silva, S. Marques (Eds.). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas* (pp. 57-60). Porto: Universidade do Porto.
- Reidpath, D. D., Burns, C., Garrard, J., et al. (2002). An ecological study of the relationship between socioeconomic status and obesogenic environments. *Health Place*, *8*, 141-5.
- Renquist, K. E., Mason, E. E., Tang, S., et al. (1996). Pay status as a predictor of outcome in surgical treatment of obesity. *Obesity Surgery*, *6*, 224-32.
- Residori, L., García-Lorda, P., Flancbaum, L., et al. (2003). Prevalence of comorbidities in obese patients before bariatric surgery: Effect of race. *Obesity Surgery*, *13*, 333-40.
- Rosenberger, P. H., Henderson, K. E., & Grilo, C. M. (2006). Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: a cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 1080-5.
- Rosik, C. H. (2005). Psychiatric 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*, 677-83.
- Rössner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, *26*, (supl. 4), 52-4.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 56-67.

- Rowe, J. L., Downey, J. E., Faust, M., *et al.* (2000). Psychological and demographic predictors of successful weight loss following silastic ring vertical stapled gastroplasty. *Psychological Reports, 86*, 1028-36.
- Rowston, W. M., McCluskey, S. E., Gazet, J. C., *et al.* (1992). Eating behaviour, physical symptoms and psychological factors associated with weight reduction following the Scopinaro operation as modified by Gazet. *Obesity Surgery, 2*, 355-60.
- Sabbioni, M. E. E., Dickson, M. H., Eychmuller, S., *et al.* (2002). Intermediate results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. *International Journal of Obesity, 26*, 277-80.
- Safer, D. J. (1991). Diet, behavior modification, and exercise: a review of obesity treatments from a long-term perspective. *Southern Medical Journal, 84*, 1470-474.
- Salzstein, E. C., & Gutmann, M. C. (1980). Gastric bypass for morbid obesity. *Archives of Surgery, 115*, 21-8.
- Sanchez-Santos, R., Del Barrio, M. J., Gonzalez, C., *et al.* (2006). Long-term health-related quality of life following gastric bypass: influence of depression. *Obesity Surgery, 16*, 580-5.
- Sannen, I., Himpens, J., & Leman, G. (2001). Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery, 11*, 605-8.
- Sansone, R. A., Schumacher, D., Wiederman, M. W., & Routsong-Weichers, L. (2008). The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eating Behaviors, 9*, 197-202.
- Santry, H. P., Gillen, D. L., & Lauderdale, D. S. (2005). Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA, 294*, 1909-17.
- Sarwer, D. B., & Wadden, T. A. (1999). The treatment of obesity: what's new, what's recommended. *Journal of Women's Health Gender-Based Medicine, 8*, 483-93.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research, 13*, 639-48.
- Saunders, R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery, 9*, 72-6.
- Schok, M., Geenen, R., van Antwerpen, T., *et al.* (2000). Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for severe obesity: Postoperative and retrospective preoperative evaluations. *Obesity Surgery, 10*, 502-8.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., *et al.* (2008b). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity, 32*, 192-200.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008a). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 97-105.
- Seidell J. C., & Rissanen AM. (2004). Prevalence of obesity in adults: the global epidemic. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds.) *Handbook of Obesity: etiology and pathophysiology* (2^a ed.) (pp. 1005-22). New York: Marcel Dekker, Inc.

- Seidell, J. C. (1998). Societal and personal costs of obesity. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*, 106 (supl. 2), 7-10.
- Shai, I., Henkin, Y., Weitzman, S., *et al.* (2003). Determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13, 269-74.
- Shamblin, J. R., & Shamblin, W. R. (1987). Bariatric surgery should be more widely accepted. *Southern Medical Journal*, 80, 861-5.
- Sjöström L. (2004) Surgical treatment of obesity: an overview and results from the SOS study. In G. A. Bray & C. Bouchard (Eds.) *Handbook of Obesity: clinical applications* (2^a ed) (pp. 359-89). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Sjöström, C. D., Lissner, L., Wedel, H., & Sjöström, L. (1999). Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obesity Research*, 7, 477-84.
- Sjöström, L. (2000). Surgical intervention as a strategy for treatment of obesity. *Endocrine*, 13, 213-30.
- Sjöström, L. V. (1992). Mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (supl), S516-523.
- Sjöström, L., Lindroos, A., Peltonen, M., *et al.* (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England Journal of Medicine*, 351 (26), 2683-93.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C., *et al.* (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in swedish obese subjects. *The New England Journal of Medicine*, 357 (8), 741-52.
- Snyder, A. G. (2009). Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. *The Ochsner Journal*, 9, 144-8.
- Sogg, S., & Mori, D. L. (2004). The Boston Interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obesity Surgery*, 14, 370-80.
- Sohar, E., & Sneh, E. (1973). Follow-up of obese patients: 14 years after a successful reducing diet. *American Journal of Clinical Nutrition*, 26, 845-8.
- Solow, C. (1977). Psychosocial aspects of intestinal bypass surgery for massive obesity: current status. *American Journal of Clinical Nutrition*, 30, 103-8.
- Solow, C., Silberfarb, P., & Swift, K. (1974). Psychosocial effects of intestinal bypass surgery for severe obesity. *The New England Journal of Medicine*, 290, 300-4.
- Steinbrook, R. (2004). Surgery for severe obesity. *The New England Journal of Medicine*, 350, 1075-9.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (pp. 231-69) São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 2002)
- Stunkard, A. J., & McLaren-Hume, M. (1959). The results of treatment for obesity. *Archives of Internal Medicine*, 79, 103.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (supl. 2), S524-32.

- Stunkard, A. J., Stinnett, J. L., & Smoller, J. W. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 417-29.
- Sturm, R. (2003). Increases in clinically severe obesity in the United States, 1986-2000. *Archives of Internal Medicine*, *163*, 2146-8.
- Sugerman, H. J., Fairman, R. P., Baron, P. L., et al. (1986). Gastric surgery for respiratory insufficiency of obesity. *Chest*, *90*, 81-6.
- Sugerman, H. J., Kellum, J. M., Engle, K. M., et al. (1992). Gastric bypass for treating severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, *55*, 560-6.
- Sugerman, H. J., Londrey, G. L., Kellum, J. M., et al. (1989). Weight loss with vertical banded gastroplasty and Roux-Y gastric bypass for morbid obesity with selective versus random assignment. *American Journal of Surgery*, *157*, 93-102.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., & Taft, C. (2001). Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with obesity. In P. Björntrop (Ed.). *International textbook of obesity*. London: John Wiley and Sons.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., et al. (1993). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial function in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, *17*, 503-12.
- Swan-Kremeier, L. A. (2005). Psychosocial outcome of bariatric surgery. In J. E. Mitchell, & M. de Zwaan. *Bariatric surgery. A guide for mental health professionals* (pp.101-18). New York: Routledge.
- Tack, J., Arts, J., Caenepee, P., et al. (2009). Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, *6*, 583-90.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, *46*, 1569-585.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., et al. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, *3*, 533-50.
- Treadwell, J. R., Sun, F., & Schoelles, K. (2008). Systematic review and meta-analysis of bariatric surgery for pediatric obesity. *Annals of Surgery*, *248* (5), 763-76.
- Troiano, R. P., Frongillo, E. A. Jr., Sobal, J., et al. (1996). The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. *International Journal of Obesity*, *20*, 63-75.
- Trus, T. L., Pope, G. D., & Finlayson, S.R.G. (2005). National trends in utilization and outcomes of bariatric surgery. *Surgical Endoscopy*, *19*, 616-20.
- Tsushima, W. T., Bridenstine, M. P., & Balfour, J. F. (2004). MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, *14*, 528-32.

- Valley, V., & Grace, D. M. (1987). Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: identifying guidelines for screening. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *11*, 105-13.
- Vallis, T. M., & Ross, M. A. (1993). The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. *Obesity Surgery*, *3*, 346-59.
- Vallis, T. M., Butler, G. S., Perey, B. *et al.* (2001). The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty. *Obesity Surgery*, *11*, 716-25.
- van Dam, R. M., Willett, W. C., Manson, J. E., Hu, F. B. (2006). The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. *Annals of Internal Medicine*, *145*, 91-7.
- van Gemert, W. G., Adang, E. M., Greve, J. W., & Soeters, P. B. (1998b). Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. *American Journal of Clinical Nutrition*, *67*, 197-201.
- van Gemert, W. G., Severeijns, R. M., Greve, J. W., *et al.* (1998a). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *International Journal of Obesity*, *22*, 393-8.
- van Hout, G. C. M., Leibbrandt, A. J., Jakimowicz J. J., *et al.* (2003). Bariatric surgery and bariatric psychology: General overview and the Dutch approach. *Obesity Surgery*, *13*, 926-31.
- van Hout, G. C. M., van Oudheusden, I., van Heck, G. L. (2004). Psychological Profile of the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, *14*, 579-88.
- van Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M., & van Heck G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *15* (4), 552-60.
- VanItallie, T. B., & Lew, E. A. (1992). Assessment of morbidity and mortality risk in the overweight patient. In T. A. Wadden, & T. B. VanItallie (Eds.). *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Wadden, T. A. (1993). Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials. *Annals of Internal Medicine*, *119*, 688-93.
- Wadden, T. A., & Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology Metabolism Clinics of North American*, *32*, 981-1003.
- Wadden, T. A., & Frey, D. L. (1997). A multicenter evaluation of a proprietary weight loss program for treatment of marked obesity: a five-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 203-12.
- Wadden, T. A., & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity*, *14*, S53-62.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, *103*, 1062-7.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the Global Epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70* (3), 510-25.

- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity Research*, *12*, S151-62.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer D. B., *et al.* (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs class I-II obesity. *Obesity*, *14* (supl. 2), 90-8.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., *et al.* (2001). Psychological aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North American*, *81*, 1001-24.
- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., *et al.* (1989). Treatment of obesity by very-low-calorie diet, behavior therapy and their combination: a five-year perspective. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *51*, 167-72.
- Walfish, S. (2004). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, *14*, 1402-5.
- Wampler, R. S., Lauer, J. B., & Lantz, J. B. (1980). Psychosocial effects of intestinal bypass surgery. *Journal of Counseling Psychology*, *27*, 492-9.
- Waters, G. S., Pories, W. J., Swanson, M. S., *et al.* (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal of Surgery*, *161*, 154-7.
- Weissman, M. (1993). The Epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of personality disorders*, supl. 1, 44-62.
- White, M. A., Masheb, R. M., Rothschild, B. S., *et al.* (2006). The prognostic significance of regular binge eating in extremely obese gastric bypass patients: 12-month postoperative outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 1928-35.
- WHO (World Health Organization) (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO Obesity Technical Report Series 894*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) (2004) Global strategy on diet, physical activity and health (2004, May 22). Fifty-Seventh World Health Assembly resolution WHA57.17.*
- Consultado a 16 de Junho, 2011 da World Wide Web:
www.who.int/dietphysicalactivity/goal/en/print.html
- Willett, W. C., Dietz, W. H., & Colditz, G. A. (1999). Guidelines for healthy weight. *The New England Journal of Medicine*, *341*, 427-34.
- Williamson, D. A., & O'Neil, P. M. (2004). Obesity and quality of life. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds). *Handbook of Obesity: etiology and pathophysiology* (2^a ed) (pp. 1005-22). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Williamson, D. K., & Martin, C. K. (1999). Binge eating disorder: a review of the literature after publication of DSM-IV. *Eating and Weight Disorders*, *4*, 103-14.
- Wiltink, J., Dippel, A., & Szczepanski, M. (2007). Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 691-8.

- Wing, R. R. (1992). Behavioral treatment of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, S545-51.
- Wing, R. R. (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In G. A. Bray, C. Bouchard, W. P. T. James (Eds.). *Handbook of Obesity* (pp. 855-73). New York: Marcel Dekker.
- Wing, R. R., & Greeno, C. G. (1994). Behavioural and psychosocial aspects of obesity and its treatment. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 8, 689-703.
- Wittgrove, A. C., & Clark, G. W. (2000). Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y 500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up. *Obesity Surgery*, 10, 233-9.
- Wolf, A. M., & Colditz, G. A. (1998). Current estimates of the economic costs of obesity in the United States. *Obesity Research*, 6, 97-106.
- Yan, L. L., Daviglius, M. L., Liu, K., *et al.* (2006). Midlife body mass index and hospitalization and mortality in older age. *JAMA*, 295, 190-98.
- Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2002). Drug Therapy: Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 346, 591-602.
- Zimmerman, J. M., Michel, G., Grimaldi, J. M., *et al.* (1998). Complications of laparoscopic gastric banding, and how to manage them. *Obesity Surgery*, 8, 164.

Anexos

Anexo 1 – Descrição das escalas clínicas e dos indicadores de validade do MCMI-III

Eixo I

Escalas de síndromes clínicas

Escala Perturbação de Ansiedade (Escala A). Um sujeito ansioso pode relatar sentimentos de apreensão ou fóbicos. Está habitualmente tenso, tende a manifestar várias queixas físicas, como uma sensação de tensão, transpiração excessiva, dores musculares pouco definidas e náuseas. A maioria dos doentes apresenta um estado generalizado de tensão, manifestado por uma incapacidade de relaxamento, movimentos nervosos e rapidez para reagir ou surpreender-se facilmente. Também é característico um mal-estar somático, como as mãos frias e húmidas ou problemas gástricos. Também se revelam apreensivos quanto à eminência de problemas, apresentarão uma hipervigilância em relação ao próprio ambiente, nervosismo e susceptibilidade generalizada.

Escala Perturbação Somatoforme (Escala H). Estes indivíduos expressam habitualmente as suas dificuldades psicológicas através de canais somáticos, períodos persistentes de esgotamento, abatimento e preocupação com a falta da saúde. Alguns têm uma perturbação primária de somatização, enquanto outros têm uma história que se pode interpretar como hipocondríaca. Se de facto, existirem doenças tendem a sobrevaloriza-las, sendo as queixas somáticas habitualmente usadas como chamada de atenção.

Escala Perturbação Bipolar (Escala N). Estes sujeitos evidenciarão períodos de alegria superficial, elevada auto-estima, excesso de actividade nervosa e distractibilidade, fala acelerada, impulsividade e irritabilidade. São também evidentes, um entusiasmo pouco selectivo, planificação excessiva para objectivos pouco realistas, necessidade reduzida de sono e fuga de ideias, bem como mudanças rápidas e lábeis do estado de humor.

Escala Perturbação Distímica (Escala D). Os sujeitos manifestam preocupações durante anos com sentimentos de desânimo ou de culpabilidade, falta de iniciativa e apatia no comportamento, e baixa auto-estima. Frequentemente expressam sentimentos de inutilidade e comentários auto-desvalorizantes. Durante os períodos de depressão, haverá choro, ideação suicida, sentimentos pessimistas face ao futuro, distanciamento social, redução ou aumento da vontade de comer, esgotamento crónico, fraca concentração, marcada perda de interesse por actividades lúdicas e uma diminuição da eficácia no cumprimento de tarefas comuns e rotineiras da vida.

Dependência de Álcool (Escala B). Provavelmente, estes indivíduos têm um historial de alcoolismo, tentaram superar o problema com pouco êxito e, conseqüentemente, estão inerentes problemas com a família e no trabalho.

Escala Dependência de Substâncias (Escala T). Estes sujeitos têm, provavelmente um historial recorrente ou recente de abuso de drogas. Habitualmente ser-lhes-á difícil reprimir os seus impulsos para os manter dentro de limites sociais e convencionais, não sendo capazes de lidar com as conseqüências pessoais destes comportamentos.

Escala de Stress Pós-traumático (Escala R). Estes sujeitos terão experienciado um acontecimento que implicava uma ameaça para a sua vida e terão reagido perante ele com medo intenso ou sentimentos de indefesa. As persistentes imagens e emoções, associadas com o trauma conduzirão a recordações que reactivam os sentimentos gerados pelo acontecimento original. Persistirão os sintomas de activação ansiosa (respostas exageradas de sobressalto e hipervigilância) e tentarão evitar as circunstâncias associadas ao trauma.

Síndromes Clínicas Graves

Escala Perturbação do Pensamento (Escala SS). Os indivíduos poderão evidenciar alguns comportamentos incongruentes, desorganizados ou regressivos, parecem frequentemente confusos e desorientados, apresentar alucinações dispersas e delírios não sistemáticos. O pensamento poderá estar fragmentado ou ser estranho. Pode existir uma sensação de estar isolado ou de ser incompreendido pelos outros.

Escala Depressão Major (Escala CC). Estes indivíduos são habitualmente incapazes de funcionarem num ambiente normal, estarão gravemente deprimidos expressando temor face ao futuro, ideias suicidas e um sentimento de resignação. Alguns exibem lentificação motora, enquanto outros se mostram muito agitados. Durante estes períodos, frequentemente ocorrerão alguns problemas somáticos, insónias e despertar precoce. Serão comuns os problemas de concentração, bem como sentimentos de inutilidade ou culpabilidade. Dependendo do estilo de personalidade subjacente, poderá existir um padrão tímido, introvertido e solitário.

Escala Perturbação Delirante (Escala PP). Estes sujeitos podem expressar frequentemente, delírios irracionais, contudo interligados, de natureza ciumenta, persecutória ou grandiosa. Dependendo de outras síndromes concorrentes, podem existir claros sinais de perturbação do pensamento e ideias de referência. O humor é geralmente hostil, expressando sentimentos de serem acusados e maltratados. Concomitantemente, estará a tensão persistente, suspeitas, vigilância e alerta diante da possível traição.

Eixo II

Escalas clínicas da personalidade

Escala de Personalidade Esquizóide (Escala 1). São indivíduos que se caracterizam pela falta de desejo e pela incapacidade de experienciarem prazer ou dor intensa. Tendem a ser apáticos, distantes e pouco sociais. As suas emoções e necessidades afectivas são mínimas e funcionam como observadores passivos, indiferentes às recompensas e afectos, bem como a exigências das relações com os outros.

Escala de Personalidade Fóbica (Escala 2A). Os sujeitos experimentarão poucos reforços positivos de si mesmos e dos outros. Estarão permanentemente em guarda e preparados para se distanciarem da antecipação ansiosa dos aspectos dolorosos da vida. As suas estratégias adaptativas reflectirão o medo e a desconfiança dos outros. Manterão um controlo constante em relação aos seus impulsos e aos seus desejos de afecto, para prevenir a repetição da dor e agonia, que anteriormente terão experimentado com outros. Apenas se poderão proteger, mediante uma retirada activa. Apesar dos desejos de relacionamento, terão aprendido que é melhor negar estes sentimentos e guardar uma grande distância interpessoal.

Escala de Personalidade Depressiva (Escala 2B). Estes sujeitos terão experienciado uma perda significativa, com uma sensação de perda de esperança na recuperação da alegria. Experimentarão a dor como algo permanente e o prazer já não é uma hipótese.

Escala de Personalidade Dependente (Escala 3). Os indivíduos dependentes caracterizar-se-ão por uma busca de relações nas quais se possam apoiar nos outros para conseguir afecto, segurança e conselhos. Frequentemente, a sua falta de iniciativa e de autonomia será uma consequência de sobre-protecção parental. Em função das suas experiências, terão aprendido que é mais cómodo assumir um controlo passivo nas relações interpessoais, aceitando a

bondade e o apoio que podem encontrar, submetendo-se prontamente aos desejos dos outros de forma a manter o seu afecto.

Escala de Personalidade Histriónica (Escala 4). Estes sujeitos buscarão uma estimulação e afecto contínua e indiscriminadamente. Os seus comportamentos sociais inteligentes dar-lhe-ão uma aparência de auto-confiança e segurança, debaixo da qual haverá o medo de autonomia e uma necessidade de repetidos sinais de aceitação e aprovação. Elogios e afectos devem ser constantemente renovados e serão procurados em cada fonte interpessoal e em cada contexto social.

Escala de Personalidade Narcisista (Escala 5). Os sujeitos far-se-ão notar pelas suas atitudes egoístas, presumindo que os outros reconhecerão as suas particularidades. As suas experiências precoces ensinaram-nos a sobrevalorizarem-se. Manterão um ar de auto-confiança e, sem intenção ou propósitos conscientes, explorarão os outros à sua vontade. O seu ar de superioridade exigirá pouca confirmação, possuirão a confiança de que as coisas irão correr bem, estando pouco motivados para as trocas recíprocas da vida social.

Escala de Personalidade Anti-social (Escala 6A). Os comportamentos destes sujeitos procuram contrariar as expectativas de dor e as possíveis agressões de outros, ao implicarem-se em comportamentos enganosos ou ilegais, com o objectivo de explorar para benefício próprio. Serão impulsivos e irresponsáveis, qualidades que justificam por considerarem os outros pouco confiáveis e desleais. A sua insensibilidade e crueldade são os únicos meios de evitarem o abuso e de se converterem em vítimas.

Escala de Personalidade Agressivo-sádica (Escala 6B). Os sujeitos que não se consideram anti-sociais podem obter prazer e satisfação pessoal, humilhando outras pessoas e ultrapassando os seus direitos e sentimentos. Dependendo da classe social e de outros factores moderadores, poderão exhibir traços das personalidades agressivas. Podem ser hostis, globalmente combativos, para além de poderem parecer indiferentes ou de mostrarem agrado pelas

consequências destrutivas dos seus comportamentos. Para além disso, poderão revelar uma conduta dominante, antagónica e persecutória.

Escala de Personalidade Compulsiva (Escala 7). Estes sujeitos terão sido intimidados e coagidos a aceitarem as exigências e os juízos impostos pelos outros. As suas condutas prudentes, controladas e perfeccionistas derivam de um conflito entre a hostilidade face aos outros e ao medo da desaprovação social. Resolvem esta ambivalência suprimindo o seu ressentimento, manifestando um conformismo excessivo, e exigindo demasiado de si próprios e dos outros. O domínio disciplinado de si próprios, ajuda-os a controlar os seus sentimentos de rebeldia, que apesar de intensos estão ocultos, dando lugar a uma passividade aberta e a uma aparente conformidade pública. Por detrás de uma aparência de compostura e restrição, haverá sentimentos de raiva e de rebeldia, que por vezes fugirão ao seu controlo.

Escala de Personalidade Negativista (Passivo-Agressivo) (Escala 8A). Os sujeitos debater-se-ão por seguir as recompensas oferecidas pelos outros e as desejadas por si próprios, Esta luta representa uma incapacidade para resolver conflitos semelhantes aos dos sujeitos obsessivo-compulsivos. Os conflitos dos indivíduos negativistas estão ao nível da consciência e surgem na vida quotidiana. Estes tenderão a envolverem-se em discussões e disputas intermináveis, que oscilam entre a deferência e a obediência, e o desafio e a oposição agressiva. O seu comportamento mostrará um padrão errático de obstinação, mesclado com períodos de culpabilidade e vergonha.

Escala de Personalidade Auto-destrutiva Escala (8B). Os indivíduos masoquistas relacionam-se com os outros de forma subserviente e auto-sacrificada, permitem e, quiçá, incentivam os outros a explorá-los ou a aproveitarem-se de si. Muitos consideram que merecem ser envergonhados e humilhados. Para agravar a sua dor e angústia, que podem experienciar como reconfortantes, os indivíduos com este tipo de personalidade relembram as suas desgraças passadas activa e reiteradamente, e esperam resultados problemáticos de circunstâncias que serão favoráveis. Agem habitualmente, de forma modesta e humilde, colocando-se numa posição inferior ou depreciativa.

Patologia grave da personalidade

Escala de Personalidade Esquizotípica (Escala S). Estes indivíduos preferem o isolamento social com relações e obrigações pessoais mínimas. Tendem a comportar-se de forma autista ou cognitivamente confusa, frequentemente parecem estar absortos em si mesmos e nos seus pensamentos. As suas excentricidades são notórias, pelo que são frequentemente percebidos pelos outros como estranhos ou diferentes. Dependendo do seu padrão básico ser passivo ou activo, revelam uma cautela ansiosa, hipersensibilidade ou distanciamento emocional e falta de afecto.

Escala de Personalidade Borderline (Escala C). Frequentemente esta representa a base de outras perturbações da personalidade menos graves. Os indivíduos experienciam intensos estados de ânimo endógenos, com períodos recorrentes de depressão e apatia, frequentemente intercalados com períodos de ira, ansiedade ou euforia. Existirá uma falta de regulação do afecto, que se observa claramente na instabilidade e labilidade emocional. Para além disso, muitos apresentam pensamentos recorrentes de automutilação e suicídio, parecem demasiado preocupados em manter o afecto, têm dificuldades em manter um sentido claro de identidade e exibem uma ambivalência cognitivo-afectiva que se torna evidente nos seus sentimentos conflituosos de cólera, amor e culpa relativamente aos outros.

Escala de Personalidade Paranóide (Escala P). Os indivíduos mostrarão uma desconfiança vigilante em relação aos outros e uma defesa antecipada contra a decepção e as críticas. Existirá irritabilidade e a tendência a provocarem a exasperação e o aborrecimento dos outros. Para além disso, expressarão frequentemente o medo de perda de independência, o que os leva a resistir vigorosamente contra as influências e ao controlo externo. Apresentarão também imutabilidade dos seus sentimentos e rigidez do seu pensamento.

Índices de Validação

Índice de Validade (Escala V). Envolve três itens extravagantes ou muito inverosímeis. Quando o sujeito responde verdadeiro a dois ou mais destes itens, considera-se o protocolo como inválido. Com uma pontuação igual a 0, o protocolo é considerado válido, com uma pontuação igual a 1 a validade deste é questionável, devendo interpretar-se com precaução. Este índice é altamente sensível a respostas descuidadas, confusas ou à sorte.

Índice de Sinceridade (Escala X). Indica se o sujeito se inclina para ser franco e revelador ou reticente e reservado. Quando a pontuação directa é inferior a 34 ou superior a 178 o protocolo deverá ser considerado inválido.

Índice de Desejabilidade Social (Escala Y). Avalia o grau em que os resultados podem ser afectados pela tendência do sujeito se apresentar como socialmente atractivo, moralmente virtuoso ou emocionalmente estável. Pontuações de prevalência acima de 75 indicam a tendência de se apresentar de forma favorável ou pessoalmente atractiva. Quanto mais elevada for a pontuação, mais provável é que o sujeito tenha ocultado algum aspecto das suas dificuldades psicológicas ou interpessoais.

Índice de Desvalorização (Escala Z). Habitualmente reflecte a tendência oposta da Escala Y. Por vezes, ambos os índices são elevados, especialmente nos sujeitos que são mais reveladores do que seria de esperar. Geralmente uma pontuação de prevalência acima de 75 sugere uma tendência para o sujeito se depreciar ou desvalorizar, apresentando dificuldades emocionais ou pessoais mais graves do que se encontrariam.

Anexo 2 – Número de elementos por escala, consistência interna e fidelidade teste-reteste

	Número de elementos	Alfa (adaptación española)	Alfa (estudios originales)	Test-retest ^a
1 Esquizoide	16	0,75	0,81	0,89
2A Evitativo	16	0,85	0,89	0,89
2B Depresivo	15	0,85	0,89	0,93
3 Dependiente	16	0,79	0,85	0,89
4 Histriónico	17	0,80	0,81	0,91
5 Narcisista	24	0,70	0,67	0,89
6A Antisocial	17	0,76	0,77	0,93
6B Agresivo (sádico)	20	0,79	0,79	0,88
7 Compulsivo	17	0,65	0,66	0,92
8A Negativista (pasivo-agresivo)	16	0,81	0,83	0,89
8B Autodestructivo	15	0,83	0,87	0,91
S Esquizotípico	16	0,85	0,85	0,87
C Límite	16	0,82	0,85	0,93
P Paranoide	17	0,82	0,84	0,85
A Trastorno de ansiedad	14	0,83	0,86	0,84
H Trastorno somatomorfo	12	0,83	0,86	0,96
N Trastorno bipolar	13	0,72	0,71	0,93
D Trastorno distímico	14	0,87	0,88	0,91
B Dependencia del alcohol	15	0,71	0,82	0,92
T Dependencia de sustancias	14	0,80	0,83	0,91
R Estrés postraumático	16	0,86	0,89	0,94
SS Trastorno del pensamiento	17	0,86	0,87	0,92
CC Depresión mayor	17	0,88	0,90	0,95
PP Trastorno delirante	13	0,75	0,79	0,86
X Sinceridad	—	—	—	0,94
Y Deseabilidad social	21	0,80	0,86	0,92
Z Devaluación	33	0,92	0,95	0,82

^a Intervalo test-retest = 5-14 días en población estadounidense (n = 87).

Anexo 3 – Sensibilidade e valor preditivo para primeiros diagnósticos de Eixo II, para as três gerações do MCMI

	d' ^a (%)			PPP ^b (%)		
	MCMI	MCMI-II	MCMI-III	MCMI	MCMI-II	MCMI-III
1 Esquizoide	38	33	56	50	38	67
2A Evitativa	67	67	65	70	72	73
2B Depresiva	— ^c	— ^c	57	— ^c	— ^c	49
3 Dependiente	63	72	54	69	70	81
4 Histriônica	58	53	74	65	48	63
5 Narcisista	50	59	59	65	55	72
6A Antissocial	42	60	61	55	68	50
6B Agresiva (sádico)	— ^c	68	71	— ^c	58	71
7 Compulsiva	53	66	73	53	61	79
8A Negativista (pasivo-agresivo)	47	59	44	62	50	39
8B Autodestrutiva	— ^c	48	58	— ^c	46	30
S Esquizotípica	58	38	82	74	47	60
C Límite	60	67	60	64	60	71
P Paranoide	54	31	92	79	40	79

^a d' = Sensibilidade.
^b PPP = Poder predictivo positivo.
^c Esta escala no era avaliada en esta versión del MCMI.

Anexo 4 – Sensibilidade e valor preditivo para primeiros e segundos diagnósticos de Eixo II, para as três gerações do MCMII

	MCMII	d' ^a (%)			PPP ^b (%)		
		MCMII	MCMII-II	MCMII-III	MCMII	MCMII-II	MCMII-III
1 Esquizoide	88	62	68	68	71	72	
2A Evitativa	88	76	62	80	79	63	
2B Depressiva	— ^c	— ^c	75	— ^c	— ^c	61	
3 Dependente	80	79	56	80	76	78	
4 Histriónica	79	68	75	79	65	79	
5 Narcisista	74	74	72	59	69	77	
6A Antissocial	62	71	81	61	80	76	
6B Agressiva (sádica)	— ^c	78	74	— ^c	71	81	
7 Compulsiva	58	73	74	57	67	76	
8A Negativista (passivo-agressivo)	78	72	59	73	64	67	
8B Autodestrutiva	— ^c	66	85	— ^c	58	73	
S Esquizotípica	74	57	73	68	69	67	
C Limite	77	72	79	71	66	81	
P Paranoide	71	50	89	68	65	65	

^a d' = Sensibilidade.
^b PPP = Poder preditivo positivo.
^c Esta escala no era avaliada en esta versión del MCMII.