

DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA DE OBESOS MÓRBIDOS

Makilim Nunes Baptista¹ - Universidade São Francisco
Juliana Furlan Vargas - Psicóloga
Adriana Said Daher Baptista - Centro Universitário Hermínio Ometto

RESUMO

Estudos sobre obesidade mórbida, variáveis associadas e comorbidades têm sido de grande relevância, devido ao aumento da prevalência na população mundial, geralmente relacionadas às alterações na saúde física, mental e qualidade de vida. Esta pesquisa objetivou verificar a correlação entre depressão, Índice de Massa Corpórea -IMC- e qualidade de vida em uma amostra brasileira de um serviço de cirurgia de obesidade do interior do estado de São Paulo (43 pré-cirúrgico e 39 no pós-cirúrgico), além de levantar dados sócio-econômicos e de risco de obesos mórbidos. Foram utilizados o Questionário de Identificação, Inventário Beck de depressão -BDI e Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF. Os inventários foram aplicados individualmente no saguão do ambulatório. Os resultados dos 82 participantes apontaram para a correlação negativa entre IMC e qualidade de vida, correlação limítrofe entre IMC e sintomas depressivos e a não existência de correlação entre depressão e qualidade de vida.

Palavras-chave: obesidade mórbida; sintomas depressivos; qualidade de vida.

DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN A MORBID OBESE BRAZILIAN SAMPLE

ABSTRACT

Studies about morbidly obesity, associate variables and co morbidities it has been of great relevance due to the increase of its prevalence between the world-wide population, commonly associated with modification in physical, mental health and quality of life. This research objectified to verifying socio-economics and risk data and the correlation between depression, body mass index - BMI- and quality of life in a Brazilian sample of morbidly obesity of a service of obesity surgery in a countryside São Paulo (43 pré-cirurgical and 39 post-cirurgical). It was utilized to collecting data the Questionnaire of Identification, Beck Depressory Inventory (BDI) and the Questionnaire of Quality of Life (WHOQOL-BREF). The questionnaires were applied individually in the lobby of the ambulatory. The results of 82 participant point that does not exist correlation between depression and quality of life; limitrophe correlation between Body Mass Index (BMI) and depressive sintomatology and negative correlation between BMI and quality of life.

Keywords: morbid obesity; depressive symptoms; quality of life.

INTRODUÇÃO

A obesidade atualmente é considerada como um grave problema de saúde pública, observando-se um aumento considerável de sua prevalência na população mundial, sendo que este fato pode ser decorrente de um maior sedentarismo e de estilos de vida da sociedade moderna (Renman, Engström, Silfverdal & Aman, 1999). Em 1995, estimava-se 200 milhões de adultos obesos, sendo que para o ano de 2000, esta estimativa aumentou para 300 milhões, afetando pessoas de todas as idades e classes sociais ao redor do mundo (WHO, 2000). No que diz respeito à população brasileira, dados epidemiológicos fornecidos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) sobre inquérito realizado nas regiões sudeste e nordeste, demonstraram que 39% das mulheres e 38,5% dos homens encontravam-se em sobrepeso ou obesidade. Destes, a obesidade em adultos correspondeu a 7% para homens e 12,4% para

mulheres, enquanto a prevalência da obesidade mórbida foi de 0,2% para o sexo masculino e 0,8% para o sexo feminino com média de 0,5% para os dois gêneros (ABESO, 2004; Cury-Jr, 2002; Wadden & cols., 2001).

Segundo Brownell (1995), muitas são as propostas de classificação para a obesidade, sejam elas pela avaliação do peso corpóreo, fatores de risco médicos, composição corporal, entre outros. As pesquisas em relação ao tema surgiram no século XVI e XVII e outros avanços científicos passaram a ocorrer no século XX, como fatores relacionados à contribuição do ambiente para a obesidade (Vorcaro, Uchoa & Lima-Costa, 2002, Goodman, Slap & Huang, 2003). Também pode-se notar diversas mudanças históricas no conceito etiológico da obesidade, desde a antiguidade, na qual era relacionada à fertilidade, passando pelas falhas pessoais (comportamentos desadaptados), chegando aos dias atuais em que são considerados vários fatores (metabólicos, nutricionais, fisiológicos, psicológicos) para o desenvolvimento da obesidade. A obesidade pode levar a um

¹ Contato:

E-mail: Makilim.Baptista@saofrancisco.edu.br

aumento do risco para outras patologias graves, além do fato de que os indivíduos obesos fazem, por muitas vezes, observações depreciativas a seu respeito, o que pode levá-los ao desenvolvimento de crises e desconforto psicológico (Brownell & O'neil, 1999).

Obesidade pode ser definida como uma doença crônica, que envolve o acúmulo em excesso de tecido adiposo em nível comprometedor à saúde dos indivíduos. Trata-se de um conceito multifatorial, que parece envolver aspectos genéticos, metabólicos, endócrinos, nutricionais, psicossociais e culturais, embora tal etiologia ainda não esteja totalmente esclarecida. Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS (WHO, 2000), a obesidade pode ser diagnosticada quando indivíduos atingem índice de massa corporal (IMC), que corresponde ao peso em quilos (kg) dividido pela altura em centímetros (cm²) elevada ao quadrado, igual ou acima de 30 kg/m²; também abordada em algumas literaturas como sobrepeso grau III. Ainda de acordo com a OMS, considera-se Obesidade Mórbida indivíduos cujo IMC é maior ou igual a 40 kg/m², também conhecida como obesidade grau III ou severa. Este tipo de obesidade associa-se à redução da qualidade de vida, aumento da frequência de comorbidades, diminuição da expectativa de vida e a fracassos em tratamentos menos invasivos para a obesidade (Segal & Fandiño, 2002).

Os obesos mórbidos têm problemas importantes e estes podem estar associados a diversas naturezas: econômica, quando relacionada aos altos gastos com tratamento para a obesidade; física na qual se enquadraria os problemas de locomoção e restrição de atividades; psicológica (sintomatologia depressiva, ansiosa, transtornos alimentares, entre outros); médica, ou seja, as doenças associadas e, social, relacionada ao estigma, preconceito e discriminação (Pareja, 2002; Souza, Castro, Maia, Ribeiro, Almondes, & Silva, 2005; Herpertz & cols., 2003).

Existem alguns aspectos relevantes dos quais os obesos estão sujeitos, tal como o preconceito, principalmente se estes vivem em países industrializados em que a mídia valoriza corpos magros e esguios; este preconceito e discriminação ocorrem não só com adultos obesos, mas também com crianças obesas (Ades & Kerbauy, 2002; Atkinson, Atkinson, Smith & Bem, 1995; Brownell & O'neil, 1999; Buschiazzo & Saez, 1997; Segal, Cardeal & Cordás, 2002; Stunkard & Sobal, 1995; Wadden & Stunkard,

1985). Até mesmo entre profissionais de saúde e entre a classe médica, podem existir atitudes e estereótipos negativos em relação à obesidade o que pode contribuir para que o paciente obeso relute em procurar ajuda especializada ao seu problema (Segal & cols., 2002).

As terapêuticas para a obesidade se dividem em: não-medicamentosas, medicamentosas e cirúrgicas (indicadas nos casos da obesidade mórbida). Esta última deve ser realizada por equipe médica experiente e especializada com devido acompanhamento e contar com a cooperação de equipe interdisciplinar, devido às possíveis contra-indicações para a realização do procedimento, como é o caso de alguns distúrbios psiquiátricos. O acompanhamento psicológico se faz importante durante todas as fases do tratamento cirúrgico/bariátrico, para que o prognóstico não fique comprometido.

Os procedimentos cirúrgicos visam reduzir as comorbidades associadas à obesidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Segal & Fandiño, 2002). Após a cirurgia bariátrica, obesos mórbidos sofrem muitas mudanças, passando a ter uma vida social mais ativa devido à satisfação corporal trazida pelo processo cirúrgico, uma auto-imagem corporal mais positiva e uma melhora de relacionamentos sexuais e sociais (Stunkard & Wadden, 1992).

Os distúrbios psicológicos no pós-operatório podem trazer complicações, cabendo aos profissionais da saúde mental (psiquiatras e psicólogos) estudarem as psicopatologias que podem interferir na adaptação e adesão do paciente ao tratamento (Benedetti, 2003; Stunkard, Stinnett & Smoller, 1986). Segundo Almeida, Loureiro e Santos (2001) é importante que os tratamentos para a obesidade não estejam voltados apenas para a redução do peso corporal, mas também levem em conta as necessidades de cada indivíduo, para que ocorra não somente a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde física, mas também a saúde mental (psicológica).

Botega, Furlanetto e Fráguas-Jr. (2003) relatam que, entre 20 pessoas, pelo menos uma terá um episódio depressivo moderado ou grave, podendo comprometer a qualidade de vida e aumentar as chances de haver comorbidades. A depressão pode ter grande impacto na qualidade de vida de candidatos à cirurgia bariátrica afetando não só componentes físicos, mas também psicológicos.

Segundo Segal e cols. (2002), em uma parte significativa de obesos que procura tratamento

observa-se a prevalência de transtornos psicológicos como a depressão. A obesidade, entendida como um problema de saúde pública, que oferece limitações em todos os aspectos da vida das pessoas, necessita de estudos de variáveis relacionadas à mesma, proporcionando contribuições efetivas em todas as etapas do tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida.

Tomando como base a depressão, segundo Fester (1977), se verifica um déficit em atividades reforçadoras, excesso de comportamento de fuga/esquiva de situações que antes eram reforçadoras, sendo que estes comportamentos levam a um afastamento cada vez maior do ambiente e das pessoas, acarretando em um déficit de reforçamento. Analisando as contingências que envolvem os obesos mórbidos, observa-se que estes sofrem grandes conseqüências sociais devido ao preconceito e discriminação, além disso, devido ao seu estado de saúde física muitas vezes privam-se de relacionar-se socialmente e participar de eventos sociais e atividades corriqueiras, como as atividades físicas e de lazer (Pareja, 2003; Almeida & cols., 2001).

Para Dixon, Dixon e O'Brein (2001), a obesidade mórbida traz um grande impacto à saúde mental, física, psicossocial e econômica dos pacientes. Estudos realizados nos últimos anos demonstraram a associação entre sintomas depressivos e obesidade ou ganho de peso. (Black, Goldstein & Mason, 1992; Atkinson, 1999; Yanovsky, Nelson, Dubbert, Spitzer, 2003; Matos & cols., 2002).

Os profissionais da saúde devem estar atentos e habilitados à compreensão multifatorial das doenças e é de grande relevância compreender os determinantes genéticos, orgânicos, desencadeantes e agravantes psicossociais relacionados à depressão para que se possa realizar um diagnóstico diferencial (Assumpção Jr. & Kuczynsky, 2004). Segundo Baptista (1999), a depressão pode ser influenciada por diversos fatores cognitivos (pouca resistência à frustração, frequência de crenças irracionais, auto estima rebaixada), neuroquímicos (disfunções que desequilibrem alguns neurotransmissores), genéticos (ter pais com depressão) e sociais (rede de apoio de amigos e características familiares). Segundo Licinio e Wong (2003), obesidade e depressão são dois grandes problemas de saúde pública e variam em grandes níveis, fazendo-se necessário, o estudo detalhado de ambas no âmbito clínico e geral, para trazer novas perspectivas e

benefícios aos pacientes, a fim de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos obesos mórbidos.

Qualidade de vida pode ser definida como a maneira que o indivíduo percebe a sua posição na vida, no seu contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e relacionados às suas expectativas, seus objetivos, padrões e preocupações, sendo um conceito multidimensional, subjetivo e com dimensões positivas e negativas (OMS, 1998). Nos últimos anos, a avaliação da qualidade de vida tornou-se cada vez mais popular servindo para descrever o impacto das doenças e tratamentos médicos pela perspectiva do paciente que passa pela patologia, além do impacto real da doença nas dimensões de vida do indivíduo. Ao lado disso, tal avaliação e manejo de contingências podem proporcionar o aumento da expectativa de vida dos pacientes (Fleck, 2001; Fleck & cols., 1999; Berlim & Fleck, 2003).

Karlsson, Sjostrom e Sullivan (1998) realizaram um estudo comparativo que avaliou o estado de saúde e funcionamento psicossocial em 1743 indivíduos obesos, sendo 800 homens e 943 mulheres, com IMCs superiores a 34kg/m² nos homens e 38kg/m² nas mulheres, em comparação com um grupo controle de indivíduos com peso normal e outro com indivíduos doentes crônicos, portadores de artrite reumatóide e cancro. Os resultados indicaram que obesos apresentavam estado de saúde debilitado e alterações de humor (humor deprimido), sendo tais alterações mais frequentes nas mulheres. Ao lado disso, a sensação de bem estar psicológico também era menor nos obesos quando comparados aos pacientes com artrite reumatóide e cancro.

Para Ades e Kerbauy (2002), depressão, esquiva social e prejuízo da qualidade de vida, podem estar relacionados à obesidade. Nos obesos mórbidos, a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente, já que o isolamento social é maior, provocado pela sensação de inadequação perante padrões sociais vigentes (Silva, Domingues, Nobre, Chambel, & De Castro, 2006). Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi correlacionar sintomatologia depressiva e qualidade de vida, bem como o Índice de Massa Corpórea (IMC), em um grupo de obesos mórbidos de um ambulatório especializado em cirurgia bariátrica. Como objetivo secundário, foram realizadas análises de variáveis sócio-demográficas associadas à obesidade mórbida. Paralelamente, foi avaliado se o sexo e o início da obesidade diferenciou os escores de depressão e qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Participaram desse estudo 82 pacientes obesos mórbidos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que buscavam tratamento em um Serviço de Cirurgia de Obesidade de uma universidade pública do estado de São Paulo, sendo que 43 pacientes eram candidatos à cirurgia de obesidade (Grupo A) e 39 participantes eram pacientes pós-cirúrgicos (Grupo B). Além disso, os participantes obedeceram aos critérios de inclusão: estarem frequentando o Serviço de Cirurgia de Obesidade (Grupos A e B); terem Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 kg/m² (Grupo A) e não ser analfabeto (Grupos A e B).

Instrumentos

Questionário de Identificação

A primeira parte do questionário referiu-se à obesidade e foi composta por quatro questões relacionadas aos fatores de risco para a obesidade (início da obesidade, IMC, nível de atividade física e fator sócioeconômico). A segunda parte diz respeito aos fatores de risco para depressão, especificamente relacionadas à obesidade, e foi composta de oito questões sobre idade, escolaridade, estado civil, eventos negativos, número de tentativa de perda de peso, episódio de depressão anterior, intervenção cirúrgica e luto. As questões do questionário de identificação foram selecionadas de acordo com os fatores de risco para a obesidade mórbida e depressão descritos em American Psychological Association (2002) e Atkinson (1999).

Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001)

É um instrumento utilizado para a medida da intensidade da depressão, sendo muito utilizado na área clínica e em pesquisas. Trata-se de uma escala de auto-relato composta por 21 itens, cada um com 4 alternativas com escores de 0 a 3 que subentendem graus crescentes da depressão. Os 21 itens referem-se à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, auto-aversão, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite e peso, preocupações somáticas e perda de libido. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0-9),

depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29) e depressão severa (30-63), possuindo estudos psicométricos brasileiros.

Questionário de Qualidade de Vida (Whoqol-Bref) – (Fleck, 2001)

WHOQOL-Bref é um instrumento composto por 26 questões, dentre as quais duas são referentes à percepção individual a respeito da qualidade de vida e as demais 24 estão subdivididas em 4 domínios, e representam as 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como: *Domínio I - Físico*, com ênfase em dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho ($\alpha=0,83$); *Domínio II - Psicológico*, enfatizando sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais ($\alpha=0,78$); *Domínio III - Relações sociais*, abordando relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual ($\alpha=0,69$); *Domínio IV - Meio ambiente*, referente à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte ($\alpha=0,71$). O instrumento possui validade de construto com amostras brasileiras.

Procedimentos

Os participantes responderam aos questionários enquanto estavam no ambulatório esperando para passarem por consulta com a equipe do serviço. Estes receberam explicações sobre a pesquisa e foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O tempo de preenchimento levou, em média 45 minutos, sendo que os pesquisadores permaneciam no local para possível esclarecimento de dúvidas.

RESULTADOS

Inicialmente os dados coletados foram organizados em planilhas e posteriormente, foram realizadas análises descritivas e inferenciais dos dados por intermédio do programa estatístico

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 10.0. Para a análise inferencial foram utilizados o teste não-paramétrico de correlação de Spearman (r), o teste de Mann-Whitney (U), comparando amostras independentes e a análise de variância proposta pelo teste de Kruskal-Wallis (K).

A média de idade do Grupo A foi de 38,4 ($\pm 12,1$) anos e do Grupo B de 41,7 ($\pm 8,9$) anos, e o IMC do Grupo A foi de 52,8 ($\pm 7,7$) kg/m² e do Grupo B de 38,3 ($\pm 10,5$) kg/m². Os outros dados sócio-demográficos se encontram na Tabela 1, esclarecendo que a divisão da situação sócio-demográfica dos grupos foi arbitrária.

Tabela 1. Dados Sócio Demográficos por Grupo

	Pré-Cirúrgico		Pós-Cirúrgico	
	F	F%	F	F%
Sexo				
Feminino	25	58,1	35	89,7
Situação Sócio Econômica				
Nenhum	06	14,0	05	12,8
1 a 3 salários mínimos	28	65,0	17	44,0
Acima de 4 salários mínimos	09	21,0	17	44,0
Escolaridade				
Até 8 anos de Estudo	23	53,5	19	48,6
Até 11 anos de Estudo	17	39,5	12	30,8
Até 15 anos de Estudo	3	7,0	8	20,6
Estado Civil				
Casado	24	55,9	25	64,1
Surgimento da Obesidade				
Infância	16	37,2	15	38,5
Adolescência	08	18,6	10	25,6
Adulto	15	34,9	8	20,5
Após Evento Importante	04	9,3	6	15,4

Observou-se uma amostra com maior predominância feminina, principalmente no Grupo B, com renda média na faixa de 1 a 3 salários mínimos no Grupo A e uma distribuição mais igualitária no Grupo B, com escolaridade mais frequente até oito anos de estudo, em sua maioria casados, vivendo em zona urbana, além de uma média de 40% da amostra com início da obesidade na infância para ambos os grupos.

Observou-se também, em relação à atividade física que, no Grupo A ocorreu o predomínio de dois extremos: a não prática (41,9%) e a prática de quatro ou mais vezes na semana (34,9%), enquanto no Grupo B, também ocorreu o predomínio da não prática (33,3%), seguida da prática de exercícios três vezes na semana (30,8%) e quatro ou mais vezes (23,1%). Independentemente de pertencer ao grupo A ou B, a atividade física mais citada entre os participantes foi a caminhada (36,5%).

Os dados a respeito da sintomatologia depressiva apresentada pelos Grupos A e B, podem ser observados na Tabela 2.

Observou-se na Tabela 2, no Grupo A uma diminuição da frequência de sintomatologia depressiva desde a mínima até a grave, no entanto aproximadamente 40% deste subgrupo apresentou sintomatologia moderada e severa de depressão, não ocorrendo o mesmo fenômeno no grupo B, com uma média de 10% dos indivíduos nestas categorias.

Por último, em relação aos eventos negativos dos participantes, pode-se notar que nos grupos A e B, o relato de doenças como evento negativo ocorreu em aproximadamente 25% das amostras, sendo que também foi relatado com grande frequência no Grupo A, os problemas familiares (25,1%) e no Grupo B a morte de entes queridos (23,5%).

Tabela 2. Nível de Sintomas de Depressão em Pacientes Pré e Pós-Cirúrgicos

	Pré-Cirúrgico		Pós-Cirúrgico	
	F	F%	F	F%
Tipo de Depressão				
Mínima	14	32,5	20	51,3
Leve	12	27,9	15	38,5
Moderada	10	23,3	02	5,1
Grave	07	16,3	02	5,1

A respeito dos fatores de riscos para a depressão abordados no questionário de identificação, 74,4% no Grupo A e 59,0% no Grupo B da amostra não relatou ter passado por eventos negativos importantes nos últimos três meses. As tentativas de perda de peso anteriores se distribuíram da seguinte forma: no Grupo A, 79,1% já haviam tentado diversas terapêuticas para a perda de peso, como restrição alimentar, exercício físico e ingestão de inibidores de apetite, sendo tal porcentagem superior no Grupo B (92,3%). Os episódios anteriores de depressão na família corresponderam no Grupo A a 44,2% e no grupo B a 51,3%. A passagem por intervenção cirúrgica nos últimos três meses correspondeu a 2,3% no Grupo A e 35,9% no Grupo B, aquelas não relacionadas à procedimentos cirúrgicos relativos à obesidade. Relacionado ao luto por perda de um ente querido, nos últimos três meses pode-se observar 27,9% no Grupo A e 30,8% no Grupo B.

Os dados coletados sobre os escores do WHOQOL-BREF (Qualidade de Vida) na amostra total, demonstram que houve o predomínio de escores medianos uma vez que a média encontrada na amostra total corresponde à 42,43 ($\pm 18,94$). No que diz respeito ao teste de correlação de Spearman (r) entre as variáveis depressão e qualidade de vida, não se observou significância em todas as dimensões, nem quando avaliadas no grupo total (Física $r= 0,148$, $p=0,185$; Psicológica $r= 0,152$, $p=0,174$; Social $r=0,065$, $p=0,561$; Ambiental $r=0,039$, $p= 0,726$) nem nos grupos pré e pós-cirúrgicos separadamente.

Em relação ao teste de correlação de Spearman (r) realizado entre as variáveis depressão e Índice de Massa Corpórea (IMC), observou-se a existência de correlação positiva limítrofe ($r= 0,207$; $p= 0,062$) quando analisada a amostra total, porém quando avaliado por grupo, não se observou correlação. Observou-se também correlação negativa ($r= -0,293$; $p=0,007$) entre IMC e qualidade de vida, quando analisada a amostra total,

também desaparecendo esta associação quando analisados os grupos em separado.

Relacionado ao teste Mann-Whitney realizado com as variáveis depressão, qualidade de vida e sexo, pode-se observar que não houve diferença entre sintomatologia de depressão ($U=631,5$; $p=0,765$) e escore na qualidade de vida ($U=587,5$; $p=0,448$) quando comparado o gênero dos participantes da pesquisa. O teste de Kruskal-Wallis relativo ao início da obesidade e escores de depressão e qualidade de vida, também demonstrou que não houve diferença entre os grupos no que se refere ao início da obesidade em relação à sintomatologia depressiva ($H=3,16$; $df=3$; $p=0,367$) e escore de qualidade de vida ($H=3,42$; $df=3$; $p=0,331$).

DISCUSSÃO

Em relação à idade dos participantes da pesquisa, observou-se que a média de idade na amostra total foi de aproximadamente 40 anos, corroborando a literatura, na qual a idade de grande parte dos pacientes que procuraram tratamento para a obesidade se encontrava nesta faixa etária (Almeida & cols., 2001; Gentry, Halverson & Heisler, 1984; Zwann & cols., 2002). Neste aspecto cabe ressaltar que, o critério de inclusão na pesquisa era ter no mínimo 18 anos, critério este relativo às questões físicas e legais relacionadas à cirurgia; porém, não foi estabelecido idade máxima como critério de exclusão, embora a maior idade encontrada na amostra foi de 65 anos. Isso pode ser devido ao fato de que Sistema Único de Saúde (SUS) não custeava o tratamento para pessoas com idade mais avançada, por questões orgânicas relacionadas ao risco desta cirurgia nesta faixa etária.

A média do IMC encontrado na amostra foi correspondente àquele encontrado na literatura sobre a obesidade mórbida (WHO, 2000), com exceção do grupo B, já que os participantes haviam passado pela cirurgia e tenderem a uma diminuição

no IMC. No grupo B, em alguns casos, os participantes não eram mais considerados obesos mórbidos, obedecendo os critérios para a obesidade.

Ao comparar a procura por tratamento para a obesidade mórbida em relação ao sexo, pode-se notar que na pesquisa grande parte da procura nos dois grupos (A e B) foi do sexo feminino, confirmando a literatura existente sobre esta variável (Wadden & cols., 2001; Zwaan & cols., 2002; Laferrère & cols., 2002). Ao lado disso, para as mulheres, a obesidade tende a gerar maior estresse psicológico devido a maior pressão social sofrida (Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002), uma vez que a sociedade e a mídia impõem padrões de beleza que estão em desacordo com a realidade, muitas vezes propiciando outros transtornos decorrentes da incessante busca de adequação aos padrões de beleza vigentes. Os homens, por sua vez recebem menores cobranças, embora também haja, na atualidade, preocupações referentes a ideais de beleza e estética.

Em relação à situação sócioeconômica dos obesos mórbidos, pode-se citar Black e cols. (1992), assim como pesquisadoras brasileiras como Ferreira e Magalhães (2005), que relataram que os pacientes que buscaram tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida, na maioria das vezes tendem a ter status sócioeconômico mais baixo, corroborando para os dados desta pesquisa, em que grande parte dos participantes ganham em média dois salários mínimos e meio, ou em alguns casos nem possuem renda. Neste sentido, cabe ressaltar que o local onde a pesquisa foi realizada é um hospital centro de referência com atendimento gratuito.

Os dados coletados demonstram que tanto no grupo A quanto no grupo B, houve uma maior prevalência de participantes com até oito anos de estudo, o que corresponde ao primeiro grau incompleto ou completo, dado este não encontrado, uma vez que a maioria da literatura encontrada é internacional e condiz a uma realidade sócio-econômica diferenciada que demonstra um bom nível de escolaridade dos participantes comparados com o nível da presente pesquisa (Harris & Green, 1982; Zwaan & cols., 2002; Laferrère & cols., 2002).

Em relação ao estado civil da amostra, tanto no grupo A como no grupo B, ocorreu maior prevalência de participantes casados, dado este confirmado por Harris & Green (1982), Gentry e cols. (1984). Este dado sugere como hipótese, que a maior procura por indivíduos casados pode decorrer do apoio que sua família os oferece, sendo muitas

vezes constituída também por filhos, além de esposo e esposa. Tal apoio e preocupação da família para com esses indivíduos pode servir como “buffer” para a decisão de procura pela cirurgia bariátrica, sendo que tais indivíduos encontrariam em suas famílias suporte necessário para a realização da cirurgia (Souza, Castro, Maia, Ribeiro, Almondes, & Silva, 2005; Herpertz & cols., 2003).

No questionário de identificação da amostra aproximadamente um terço dos participantes relatou que a obesidade teve seu surgimento durante a infância, sendo que esses achados corroboram os estudos de Benedetti (2003) e Vecchia (2003), de que um dos fatores de risco para a obesidade adulta seria a obesidade infantil, que estes indivíduos encontram dificuldades em tratamentos e muitas vezes é gerada por características genéticas e estilos alimentares desadaptados. Sendo assim, grande número de crianças obesas tornam-se adultos obesos e a prevalência de obesidade é duas vezes maior em famílias de indivíduos obesos com riscos e maiores comprometimentos aumentados em até 8 vezes em famílias com obesos mórbidos Vecchia (2003).

Parece que indivíduos obesos tendem a praticar menor quantidade de exercício físico influenciado também por sua condição física (Atkinson, 1999), demonstrando uma correlação negativa entre a quantidade de atividade física e o grau de obesidade, sendo que a atividade física tem grande contribuição na manutenção do peso corporal e a falta de sua prática contribui para o desenvolvimento da obesidade (Cezar, 2000). Este dado parece refletir nos achados desta pesquisa, uma vez que ao chegarem ao serviço quase metade da amostra não pratica atividade física e após a cirurgia, também encontra dificuldades para tal, devido à sua condição física. Porém, com o ingresso no tratamento, tais indivíduos passam a realizar exercícios físicos em quantidade variada.

Na literatura, os dados encontrados sobre os fatores de risco para depressão demonstram que sobre a zona de moradia e eventos negativos relacionados à depressão, esta ocorre com maior frequência na zona urbana, enquanto os eventos negativos afetam o bem-estar do indivíduo e também exercem grande impacto sobre o dia-a-dia das pessoas. Alguns exemplos de eventos negativos mais encontrados dizem respeito a: separação, morte de ente querido, desemprego, acidentes, assaltos, doença familiar, entre outros (Vorcaro, Uchoa & Lima-Costa, 2002; Lima, 1999). Nos

resultados da presente pesquisa, pode-se notar que os participantes da pesquisa quase em sua totalidade residem na zona urbana e 1/3 deles passaram por eventos negativos nos últimos três meses, confirmando os exemplos de eventos negativos citados, além de estarem incluídos, problemas financeiros, problemas familiares e de relacionamento pessoal.

Outro fator de risco para a sintomatologia depressiva, são as tentativas anteriores de perda de peso que fracassam frente aos métodos convencionais de tratamento, o que também é um dos pré-requisitos para o tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida segundo Segal e Fandiño (2002). Sendo assim, pode-se observar nos dados da pesquisa que a maioria dos pacientes são obesos tentaram perder peso com uma variação de 5 a 30 anos, embora haja uma pequena parcela que relata buscar tratamento para a obesidade em menor quantidade de tempo.

Ao lado disso, observou-se que resultados encontrados por esta pesquisa também estão de acordo com a literatura no que diz respeito a episódios anteriores de depressão na família. Neste sentido, Baptista (2004) relata que indivíduos que fazem uma avaliação inadequada das situações, que continue após o primeiro episódio, podem apresentar novos sintomas depressivos.

A necessidade de um tratamento cirúrgico nos últimos três meses (fora a gastroplastia) é um fator de risco se considerar como já relatado por Lima (1999) que a intervenção cirúrgica é um evento estressante na vida do indivíduo que poderá desestruturar a vida em vários aspectos; do mesmo modo, a perda de um ente querido (luto) pode levar também a uma desestruturação e percepção diferenciada do indivíduo acerca dos eventos e ambientes que o cercam, sendo que nestes casos é necessário um diagnóstico diferencial para avaliar se os sintomas estão relacionados às situações estressantes e as perdas, ou se a sintomatologia caracteriza quadros depressivos.

Os dados deste estudo transversal demonstram que a amostra de participantes possui escores de depressão no BDI variável, com maior prevalência de sintomatologia depressiva mínima e leve, embora no grupo A 16,3% (n=07) e no grupo B 5,1% (n=02) dos casos seja considerada severa. Estes achados correspondem àqueles encontrados na literatura, uma vez que vários autores relatam que em obesos e obesos mórbidos existe uma prevalência significativa de sintomas depressivos (Segal & cols., 2002; Matos & cols., 2002;

Yanovski & cols., 1993; Black & cols., 1992). Além disso, segundo Dong, Sanchez e Price (2004), a obesidade aumenta o risco da depressão quando controladas variáveis como doenças físicas crônicas, depressão familiar e fatores de risco sócio-demográficos.

Os escores encontrados no WHOQOL-BREF mostram a predominância de valores medianos de aproximadamente 49 pontos, demonstrando que de maneira geral a qualidade de vida destes obesos mórbidos tem algum comprometimento, mas não em sua totalidade; embora o instrumento não avalie a qualidade de vida através da somatória, por ser um instrumento subjetivo no qual cada dimensão não pode ser somada com as demais por possuir aspectos intrínsecos, então a avaliação adequada deve ocorrer por cada domínio. No que diz respeito às dimensões avaliadas pelo instrumento: física, psicológica, social e ambiental, pode-se observar que todas elas são influenciadas em maior ou menor grau pela obesidade mórbida, sendo que a menos prejudicada é a dimensão social, talvez por um aspecto do próprio instrumento, que revela que este é um domínio com menor fidedignidade. Além disso, os pacientes acabam encontrando suporte social no Serviço de Cirurgia de Obesidade, e até começam a praticar atividades físicas em conjunto com outros pacientes.

Estes dados corroboram com a afirmação de Almeida e cols. (2001) e Dixon e cols. (2001) sobre o impacto da obesidade na saúde psicológica, física, social e econômica dos indivíduos sendo que estes fatores interferem na qualidade de vida e podem trazer limitações aos indivíduos. Os dados da pesquisa demonstram não haver correlação entre as variáveis WHOQOL-BREF e BDI nesta amostra específica independentemente da separação da amostra em grupos pré e pós-cirúrgicos, ou em análise da amostra total, embora autores como Ades e Kerbauy (2002) descrevam o prejuízo na qualidade de vida e a depressão associados à obesidade. Uma das hipóteses da não correlação pode ser explicada por todo suporte oferecido aos pacientes deste serviço de cirurgia de obesidade (grupos, psicólogos), além da hipótese de que exista todo um suporte familiar, pois os familiares acabam acompanhando os pacientes para uma maior adesão ao tratamento.

Em relação ao resultado do teste de Mann-Whitney com BDI, WHOQOL-BREF e gênero, não existem diferenças nos escores coletados, houve impossibilidade em encontrar dados referentes a

qualidade de vida relacionada ao gênero. Em contrapartida, na população geral, a prevalência da depressão varia entre homens e mulheres na proporção de 2 mulheres para 1 homem, o que também não foi encontrado pela atual pesquisa (Fraguás-Jr. & Figueiró, 2001; APA, 2002).

Não houve diferença no que diz respeito ao início da obesidade (infância, adolescência, adulto ou após evento estressante), escores do BDI e do WHOQOL-BREF, demonstrando que houve independentemente da época em que a obesidade teve seu início, a depressão e a qualidade de vida, contrariando estudos citados a seguir. A depressão na adolescência pode trazer maior risco ao desenvolvimento e manutenção da obesidade, além de acarretar seqüelas psicossociais e complicações médicas a longo prazo que podem propiciar uma diminuição de oportunidades sociais que levam o indivíduo ao isolamento social potencializando os sintomas depressivos (Goodman & Whitaker, 2002). Para Goodman, Slap e Huang (2003) tanto os sintomas depressivos quanto a obesidade entre adolescentes, são considerados dois quadros prevalentes na juventude e que afetam a vida adulta com aumento dos riscos de morbimortalidade e diminuição de atividades sociais, de atividades trabalhistas e afetam também o funcionamento familiar, caso não seja dada a devida atenção à estas questões. Além disso, a obesidade crônica e infantil tem maior probabilidade de desenvolvimento de quadros depressivos e outras psicopatologias, sendo que entre a depressão e a obesidade pode haver a relação com substâncias neuroendócrinas (Mustillo & cols., 2003).

Estudos como os de Segal e cols. (2002) e Atkinson (1999) vem ao encontro dos resultados aqui encontrados, no que diz respeito à correlação existente entre BDI e IMC, uma vez que demonstram a associação da depressão com o aumento do peso corporal. Já para Carpenter, Hasin, Allison e Faith (2000), parece haver indícios de que a relação entre peso corporal e depressão clínica é variável entre homens e mulheres, sendo que para as mulheres o fator de risco é o aumento do peso corporal e para os homens a diminuição do peso é posicionada como fator de risco para sintomatologia depressiva.

Para Katz, Mchorney e Atkinson (2000) os obesos possuem um menor ajustamento físico e de saúde geral se comparados com indivíduos não obesos, sendo que para as mulheres os altos índices de IMC podem predizer uma piora na qualidade de vida corroborando aos dados do estudo realizado

por Goins, Spencer e Krummel (2003), Renman e cols. (1999), Larsson e cols. (2002) sobre os efeitos da obesidade na qualidade de vida de indivíduos obesos, que tendem relatar sobre prejuízos na saúde física e mental, e que acabam por interferir em atividades cotidianas.

Os obesos mórbidos estudados por Harris e Green (1982), Saltzstein e Gutman (1980) tendem a associar a perda de peso à melhora física e no ambiente social confirmando a correlação fraca e negativa encontrada entre IMC e WHOQOL-BREF, demonstrando que, com a diminuição do peso corporal a qualidade de vida dos obesos mórbidos tende a melhorar gradualmente em todas as suas dimensões, porque desta maneira, esses indivíduos passam a realizar atividades que antes foram abandonadas, sofrem menos preconceito e discriminação devido a estes fatores serem muito fortes nesta população. Pesquisadores como Herpertz e cols. (2003) relatam que após a cirurgia de obesidade existe uma considerável melhora no funcionamento social, sexual e na vida de 50 a 60% dos pacientes.

Estudos mais detalhados sobre todos os fatores envolvidos na obesidade mórbida são necessários para entender a sua etiologia multifatorial para que se possa propor terapêuticas que abarquem todos estes aspectos, principalmente no Brasil, em que a literatura existente sobre o tema é escassa, embora esteja ocorrendo um crescente interesse no estudo da obesidade mórbida devido à oferta de tratamento cirúrgico não só por clínicas particulares e convênios, mas também pela grande procura por este tipo de tratamento nos hospitais-escola de todo o país. Com isso, equipes interdisciplinares estão sendo formadas com a presença também da Psicologia para trabalhar com os aspectos psicológicos presentes antes e após a cirurgia.

Este estudo possui algumas limitações que podem ter trazido interferências nos resultados encontrados. As limitações são: a amostra de pacientes não é a mesma, foi necessário analisar grupos diferentes de pacientes pré (grupo A) e pós-cirúrgicos (grupo B), sendo que uma pesquisa longitudinal com pacientes em todas as fases do tratamento trariam dados mais confiáveis; devido ao número de instrumentos utilizados e número de questões relacionados a cada instrumento, pode ter ocorrido fadiga nos pacientes enquanto participavam da pesquisa; podem ter ocorrido limitações dos sintomas da obesidade sobrepostas a sintomas depressivos; os instrumentos utilizados

não são específicos para avaliação na amostra de obesos mórbidos. Também deve-se atentar para o fato do BDI ser somente um instrumento de rastreamento, além de que os participantes com escolaridade mais baixa tiveram dificuldades em responder aos instrumentos, principalmente o BDI, o que necessitou de acompanhamento durante a aplicação dos instrumentos. Por último, o estudo diz respeito a esta amostra específica e deve-se ter cuidado com sua generalização. Sugere-se, em estudos posteriores a avaliação e mensuração das variáveis aqui propostas em um mesmo grupo antes e após a cirurgia, o que não foi possível neste trabalho devido às limitações temporais na coleta dos dados. Ao lado disso, sugere-se ainda que a amostra tenha critérios de inclusão como tempo transcorrido após cirurgia, histórico familiar de obesidade e depressão e comorbidades associadas à obesidade, para que esses dados também sejam considerados nas análises.

REFERÊNCIAS

- Abeso- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Dados Epidemiológicos sobre Obesidade. Disponível em <http://www.abeso.org.br>. Acessado em 20/10/2004.
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicologia USP*, (13)1, 197-216.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J.E. (2001). Obesidade Mórbida em Mulheres – Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, (4)51, 359-365.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Psiquiátricos*. (4ª ed. revisada). (C. Dornelles Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Assumpção Jr., F. B., & Kuczynsky, E. (2004). Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Atheneu
- Atkinson, R. L. (1999). Etiologies of Obesity. Em: Goldstein, D. J. *The management of eating disorders and obesity*. (pp. 84-92). Totowa: Humana Press.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1995). Motivos Básicos. Em: *Introdução a Psicologia*, (cap.10, pp. 308-317). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: Histórico, Epidemiologia, Fatores de Risco e Modelos Integrativos. Em: Baptista, M. N. *Suicídio e Depressão: Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N. (1999). *Depressão na adolescência: uma visão multifatorial*. São Paulo: EPU.
- Bennedetti, C. (2003). *De Obeso a Magro: a Trajetória Psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., Mason, E. E., Bell, S. E., & Blum, N. (1992). Depression and other Mental Disorders in the Relatives of Morbidly Obese Patients. *Journal of Affective Disorders*, 25, 91-96.
- 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)2, 227-234.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. A (2003). “Quality of Life”: a Brand New Concept for Research and Practice in Psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (25)4, 249-252.
- Botega, N. J., Furlanetto, L., Fraguas Jr., R. (2002). Depressão no paciente clínico. Em: N. J. Botega. *Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência*. (pp. 203-22). Porto Alegre: Artmed.
- Brownell, K. D., & O’neil, P. M. (1999). Obesidade. Em: Barlow, H. D. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (2ª ed., p.p 355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Brownell, K. D. (1995). History of Obesity. Em: Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (p.p 382-385). New York: Guilford Press.
- Buschiazzo, D. S., & Saez, C. F. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*, (26)1, 38-41.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationship 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)2, 345-356.
- Cezar, C. O (2000). Tratamento da Obesidade Estruturado em Terapêutica Multiprofissional. *Pediatria Moderna*, (36)3, 140-146.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cury Jr., A. J. (2002). *Obesidade: Uma Epidemia da Atualidade*. [On-line]. Disponível em:

- http://www.brasilmedicina.com/especial/clinic_an_aspTAS1. Acessado em: 04 de julho de 2003.
- Dixon, J. B., Dixon, E. M., & O'Brein, P. E. (2001). Quality of Life After Lap Band Placement: Influence of Time, Weight-Loss and Comorbidities. *Obesity Research* (9), 713-721.
- Dong, C., Sanchez, L E., & Price, R. A. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, (28), 790-795.
- Fester, C. B. (1977). Depressão Clínica. Em: Fester, C. B., Culbertson, S. & Boren, M. C. P. – *Princípios do Comportamento*. São Paulo: Hucitec.
- Fleck, M. P. A. (2001). Avaliação de Qualidade de Vida. Em: Fráguas JR., R. E Figueiró, J. A. B. – *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: Depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu.
- Fleck, M. P. A., Seal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santons, S., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*,(21)1, 19-28.
- Fráguas Jr., R., & Figueiró, J. A. B. (2001). Depressões Secundárias: Peculiaridades da Depressão no Contexto Médico Não-Psiquiátrico. Em: Fráguas JR., R. E Figueiró, J. A. B. – *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: Depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu.
- Gentry, K., Halverson, J. D., & Heisler, S. (1984). Psychologic Assessment of Morbidly Obese Patients Undergoing Gastric Bypass: a Comparison of Preoperative and Postoperative Adjustment. *Surgery*, (95)2, 215-220.
- Goins, T., Spencer, S. M., & Krummel, D. A (2003). Effect of Obesity on Health-Related Quality of Life among Appalachian Elderly. *Southern Medical Journal*, (96)6, 552-556.
- Goodman, E., Slap, G. B., & Huang, B. (2003). The Public Health Impact of Socioeconomic Status on Adolescent Depression and Obesity. *American Journal of Public Health*, (93)11, 1124-1136.
- Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A Prospective Study of Role Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *Pediatrics*, (110)3, 497-504.
- Goreinstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (25)5, 245-250.
- Harris, M. B., & Green, D. (1982). Psychosocial Effects of Gastric Reduction Surgery for Obesity. *International Journal of Obesity*, 6, 527-539.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A M., Langkafel, M., Senf, W., & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300-1314.
- 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*, 22, 113-126.
- Katz, D. A., Mchorney, C. A., & Atkinsons, R. L. (2000). Impact of Obesity on Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 789-799
- Laferrère, B., Zhu, S., Clarkson, J. R., Yoshioka, M. R. M., Krauskopf, K., Thornton, J. C., & Pi-Sunyer, F. X. e colaboradores (2002). Race, Menopause, Health-Related Quality of life and psychological well-being in obese women. *Obesity Research*, 10, 1270-1275.
- Larsson, U., Karlsson, J., & Sullivan, M. (2002). Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study. *International Journal of Obesity*, 26, 417-424.
- Licínio, J., & Wong, Ma-Li (2003). The Interface of Obesity and Depression: Risk Factors for Metabolic Syndrome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (25)4, 196-197.
- Lima, M. S.(1999). Epidemiologia e Impacto Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria Suplemento Depressão*, (21), 1-5.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaultchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression and Body Image in Grade III Obesity Patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (24)4, 165-169.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. E., & Costello, E. J. (2003). Obesity and Psychiatric Disorder;

- Developmental Trajectories. *Pediatric*, (111) 4, 367-379.
- Organização Mundial De Saúde. (1998). Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. *Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal- Universidade Federal do Rio Grande do Sul*.
- Pareja, J. C. *Obesidade Mórbida*. Disponível em: <http://www.sppc.med.br/mesas/pareja.html>, 2002. Acessado em 04 de julho de 2003.
- Renman, C., Engström, I., Silfevrdal, S. A & Aman, J. (1999). Mental Health and Psychosocial Characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, (88), 998-1003.
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strabridge, W. J., & Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, (27), 514-521.
- Saltzstein, E. C., & Gutmann, M. C. (1980). Gastric Bypass for Morbid Obesity. *Archives of Surgery*, (115), 21-32.
- Segal, A., Cardeal, M. V., & Cordás, T. A. (2002). Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (29)2, 81-89.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e Contra-Indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (24) 3, 68-72.
- Silva, M. P., Domingues, Z. J. A., Nobre, E. L., Chambel, P., Castro, J. J. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 19(3), 263-271
- Souza, J. M. B., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M., & Silva, N. G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista brasileira de terapia cognitiva*, 1(1), 12-21.
- Stunkard, A. J., & Sobal, J. (1995). Psychosocial Consequences of Obesity. Em: Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, (pp. 417-421). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological Aspects of Severe Obesity. *American Journal Clinical of Nutrition*, (55), 524-532.
- Stunkard, A. J., Stinnett, J. L., & Smoller, J. W. (1986). Psychological and Social Aspects of the Surgical Treatment of Obesity. *American Journal of Psychiatry*, (134)4, 417-429.
- Swallen, K. C., Reither, E. N., Haas, S. A., & Meier, A. M. (2005). Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the national longitudinal study of adolescent health. *Pediatrics*, (115)2, 340-347.
- Vecchia, V. D. (2003). Obesidade Mórbida – Aspectos Clínicos. Em: Guilhardi, H. J. e cols. (1ª. Org). *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a construção da Teoria do Comportamento*. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Vorcaro, C. M. R., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Prevalência e Características da Depressão: Revisão de Estudos Epidemiológicos com Base Populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (51),3, 167-182.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D., McGuckin, B. G., & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, (81)5, 1001-1024.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and Psychological Consequences of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, (103)6, 1062 – 1067.
- Williansom, D. A. & O'neil, P. M. (1998). Behavioral and Psychological Correlates of Obesity. Em: *Handbook of Obesity* (pp. 129-142). New York: Marcel Dekker.
- World Health Organization *Controlling the Global Obesity Epidemic*. Disponível em: <http://www.who.int/nut/obs.htm>, 2000. Acessado em 04 de julho de 2003.
- Yanovsky, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (2003). Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. *American Journal of Psychiatry*, (150)10, 1472-1479.
- Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan-Kreimeier, L., Roerig, J. L., Kolotkin, R. L., & Crosby, R. D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbidly obesity. *Obesity Research*, (10), 1143-1151.

Recebido em Agosto de 2007
Reformulado em Julho de 2008
Aceito em Agosto de 2008

SOBRE OS AUTORES:

Makilim Nunes Baptista: doutor pelo departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco e Bolsista Produtividade pelo CNPq.

Juliana Furlan Vargas: psicóloga e aprimoranda em Psicologia Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-CAMP.

Adriana Said Daher Baptista: doutora pelo departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIARARAS).