LEORIDES SEVERO DUARTE GUERRA

**Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à
cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para
Transtornos do DSM (SCID-I/P)**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Wang Yuan-Pang

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guerra, Leorides Severo Duarte

Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM (SCID-I/P) / Leorides Severo Duarte Guerra. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Wang Yuan-Pang.

Descritores: 1.Transtornos mentais 2.Obesidade 3.Obesidade mórbida 4.Cirurgia bariátrica 5.Transtornos da alimentação 6.Entrevista psiquiátrica padronizada 7.Escalas de graduação psiquiátrica 8.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-229/14

*Aos meus filhos Priscila e
Gustavo Guerra.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Especial agradecimento:

Ao Dr. Wang Yuan Pang, meu dedicado orientador, hoje, especial amigo.

A Nestor José Guerra, pelo companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos os que acreditaram e participaram dessa pesquisa. Cada um em etapas e de formas diferentes. Assim, meu muito obrigada:

Ao Dr. Marco Aurélio, pela cordialidade em abrir as portas do Centro de cirurgia bariátrica.

Aos Drs. Francisco Lotufo Neto e Bruno Coelho, pela disponibilidade e pelo estímulo.

À Celina Sobreira, Luciléia Gonçalves, Patrícia Silva, Cecília Belfant e Paula Medeiros, agradeço a todas pela dedicação, pelo estímulo constante e pelo profissionalismo na coleta dos dados.

À Regina Maria R. Morin, minha querida sócia há 25 anos, pelo apoio constante e por essa especial amizade.

Ao Igor Milhorança, pela paciência e habilidade no ensino da estatística.

Às bibliotecárias Maria Umbelina e Érica Hayashi, pela amabilidade e presteza no envio dos textos.

À Elisa Fukushima, secretária da pós-graduação, pela presteza e pelo profissionalismo.

Aos professores Renério Fráguas, Paulo Sallet e Beatriz Tess, pelos apontamentos na qualificação.

Minha reverência a todos os participantes dessa amostra que, gentilmente, superaram suas dificuldades e atenderam ao meu convite. Dificuldades que, muitas vezes, me causaram comoção diante de tanta disponibilidade de participação. A todos vocês, meu muitíssimo obrigada.

Esta pesquisa contou com o apoio da **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP**.

Auxílio pesquisa Processo 2012/17435-7.

Bolsa de Mestrado Processo 2012/17498-9.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar
as roupas usadas, que já tem a forma do
nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia: e, se não ousarmos
fazê-la, teremos ficado, para sempre, à
margem de nós mesmos”.*

Fernando Pessoa

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª Ed. São Paulo: Serviços de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

A ortografia da Língua Portuguesa adotada está conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em Lisboa, em 16 de dezembro de 1990, por Portugal, Brasil, Angola, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e, posteriormente, por Timor Leste. Decreto Legislativo Brasileiro nº 54, aprovado em 18 de abril de 1995 e em vigor desde 1º de janeiro de 2009.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SÍMBOLOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	2
1.1 Revisão da Literatura	6
1.1.1 A obesidade	6
1.1.2 O cenário da obesidade no Brasil	8
1.1.3 Doenças neuropsiquiátricas e obesidade	10
1.1.4 Transtornos mentais e pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica	12
1.2 Justificativas	16
1.3 Hipóteses	17
1.4 Objetivos	17
2 MÉTODOS E CASUÍSTICA	19
2.1 Desenho do estudo	19
2.2 Sujeitos da amostra	19
2.3 Instrumento de avaliação padronizada	21
2.4 Procedimentos	24
2.4.1 Recrutamento	24
2.4.2 Entrevistadores	25
2.4.3 Participantes	25
2.4.4 Aplicações	25
2.5 Análise estatística	26
2.6 Aspectos éticos	28
3 RESULTADOS.....	30
3.1 Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I/P)	30

3.1.1 Amostra	30
3.1.2 Transtornos psiquiátricos ao longo da vida.....	31
3.1.2.1 Concordância interjuízes	31
3.1.2.2 Frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida	32
3.1.3 Frequência de transtornos psiquiátricos no momento da entrevista.....	33
3.1.4 Regressão logística.....	36
3.1.5 Razão de Frequência	37
3.2 Hypomania Check List – 32 (HCL – 32).....	38
3.2.1 Amostra	38
3.2.2 Questão 3 – HCL-32 (sintomas de hipomania).....	38
3.2.3 Confiabilidade do HCL-32.....	39
3.2.4 Análise de detecção de sinais: sensibilidade e especificidade	39
3.2.5 Análise da curva ROC.....	42
3.2.6 Análise fatorial (HCL-32)	44
3.2.6.1 Fator 1 (elação do humor)	48
3.2.6.2 Fator 2 (irritação/ativação).....	48
3.3 Mood Disorder Questionnaire – MDQ.....	49
3.3.1 Amostra	49
3.3.2 Questão 1 (13 itens) - “Alguma vez você não esteve no seu estado normal durante um período e...”	49
3.3.3 Confiabilidade Questão 1 (13 itens) – MDQ	50
3.3.4 Análise de detecção de sinais: sensibilidade e especificidade	50
3.3.5 Análise da curva ROC.....	53
3.4 Escala Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - MADRS.....	55
3.4.1 MADRS – versão 10 itens.....	55
3.4.1.1 Confiabilidade do MADRS (versão 10 itens)	56
3.4.1.2 Análise de Detecção de sinais: Sensibilidade e Especificidade	56
3.4.1.3 Análise da curva ROC.....	57
3.4.2 MADRS - Versão 05-itens	58
3.4.2.1 Confiabilidade do MADRS (versão 05 itens)	58
3.4.2.2 Análise fatorial	58
3.4.2.3 Análise da curva ROC.....	60
3.5 Moorehead-Ardelt-Quality of Life Questionnaire II -M-A QoL II.....	61
3.5.1 Amostra	61

3.5.2 Confiabilidade	61
3.5.3 Pontuação geral	61
3.5.4 Avaliação dos seis itens	62
3.5.5 Correlação entre os seis itens	62
3.5.6 M-A QoL II e número de transtornos (DSM-IV).....	63
3.6 Correlação entre a variável contínua do IMC com MDQ, HCL-32 e M-A QoL II por meio do coeficiente de correlação de Pearson.....	64
4 DISCUSSÃO	66
4.1 Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I/P)	68
4.2 Hipomanic Checklist-32.....	71
4.3 Mood Disorder Questionnaire - MDQ	73
4.4 Escala Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – MADRS.....	74
4.5 Moorehead-Ardelt-Quality of Life Questionnaire II – M-A QoL II	75
4.6 Limitações	77
5 CONCLUSÃO	80
6 ANEXOS	83
ANEXO A –Portaria do Ministério da Saúde - Diretrizes para o Tratamento da Obesidade.....	83
ANEXO B – Entrevista Clínica.	89
ANEXO C - Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV – SCID – I	90
ANEXO D - Escala de Autoavaliação de Hipomania – HCL-32.	91
ANEXO E - Questionário de Transtornos de Humor MDQ.....	93
ANEXO F - Escala de Avaliação Depressão – MADRS.....	94
ANEXO G - Questionário de Qualidade de Vida M-A QoL II.	99
ANEXO H – Licença para Utilização da Escala de Qualidade de Vida.	100
ANEXO I - Protocolo da Aprovação pelo Comitê de Ética.....	101
ANEXO J- Protocolo de Anuência Interdepartamental.	102
ANEXO K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	103
ANEXO L – Exploração de Autovalores do HCL-32	106
ANEXO M - Exploração de Autovalores da Escala MADRS.....	107
ANEXO N - Questão HCL.1- “Antes de tudo, como você esta se sentindo hoje, comparando com seu estado normal?”.....	108
ANEXO O - Questão HCL.2 - “Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?”.	109

ANEXO P - Questão 4 do HCL –“Impacto dos seus “altos” em vários aspectos de sua vida”	110
ANEXO Q - Questões 2-3-4 e 5 do MDQ	111
7 REFERÊNCIAS	113

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BAROS	<i>Bariatric Analyses and Reporting System</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Diagnosis</i>
CAPPesq	Comissão de ética para avaliação de projeto de pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCL	Questionário de Sintomas de Mania (do Inglês, <i>Hypomania Symptoms Checklist</i>)
IBW	Tabela de Peso Ideal (do Inglês, <i>Ideal Body Weight</i>)
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPq-HC	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
WMH-CIDI	<i>World Mental Health Organization Composite International Diagnostic Interview</i>
MADRS	<i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i>
M-A QoL II	<i>Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II</i>
MDQ	Questionário de Transtorno do Humor (do Inglês, <i>Mood Disorders Questionnaire</i>)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institute of Health</i>
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

Altura²	Altura x altura
AUC	<i>Area under the curve</i>
Cols.	Colaboradores
Co	<i>Company</i> (traduzido para o Português: companhia)
DNT	Doenças não Transmissíveis
DP	Desvio-Padrão
EDM	Episódio Depressivo Maior
GAF	<i>Global Assessment Functioning</i>
http://	Protocolo de Transferência em Hipertexto (do Inglês, <i>Hypertext Transfer Protocol</i>)
IC	Intervalo de Confiança
n	Número da Amostra
Obs	Observação
OR	<i>Odds ratio</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TB	Transtorno Bipolar
TBSOE	Transtorno Bipolar sem Origem Específica
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
URL	Localizador Uniforme de Recursos (do Inglês, <i>Uniform Resource Locator</i>)
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo
www	Rede Mundial de Computadores (do Inglês, <i>World Wide Web</i>)

LISTA DE SÍMBOLOS

g	Grama
g/m²	Grama por metro quadrado
kg	Quilograma
Altura²	Altura x altura
kg/m²	Quilograma por metro quadrado
%	Porcentagem
R\$	Reais
>	Sinal de maior
<	Sinal de menor
A4	Tamanho de papel com 210 mm de largura e 297 mm de altura.
<i>t</i>	Test t-Student
<i>P</i>	Coefficiente de correlação de Pearson
X²	Teste qui-quadrado

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução crescente de publicações sobre obesidade no Brasil – PubMed (1973-2013).....	10
Figura 2	Curvas ROC do HCL-32 para Transtornos Bipolar tipo I.....	42
Figura 3	Curvas ROC do HCL-32 para Transtornos Bipolar tipo II	43
Figura 4	Curvas ROC do HCL-32 para Transtornos Bipolar SOE.....	43
Figura 5	Curvas ROC do HCL-32 para Transtornos Bipolar total	44
Figura 6	Autovalores pelo <i>Scree Plot</i>	45
Figura 7	Gráfico com autovalores rotacionados com 2 fatores.	49
Figura 8	Gráfico com autovalores rotacionados com 3 fatores.	49
Figura 9	Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno tipolar tipo I	53
Figura 10	Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno tipolar tipo II.....	54
Figura 11	Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno tipolar SOE	54
Figura 12	Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno bipolar total.....	55
Figura 13	Área da Curva ROC do MDQ para episódio depressivo maior	55
Figura 14	Área da Curva ROC do MADRS para episódio depressivo maior	58
Figura 15	Curva ROC do MADRS versão completa (10 itens) e versão reduzida (05 itens).	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Índice de Massa Corpórea (IMC)	6
Tabela 2	Frequência de transtornos mentais diagnosticados por meio de entrevista padronizada semiestruturada SCID-I/P entre obesos de classe III- Revisão da Literatura	15
Tabela 3	Dados demográficos por sexo	30
Tabela 4	Correlação entre as variáveis sexo e idade/IMC	31
Tabela 5	Frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, de acordo com SCID-I/P.	33
Tabela 6	Frequência de transtornos psiquiátricos no momento da entrevista em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, de acordo com SCID-I/P.	35
Tabela 7	Fatores associados aos transtornos psiquiátricos no momento da entrevista e ao longo da vida	36
Tabela 8	Transtornos psiquiátricos no momento da entrevista e ao longo da vida em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Razão de Frequência (N=393).....	37
Tabela 9	Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo I.....	40
Tabela 10	Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo II.....	40
Tabela 11	Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo SOE.....	41
Tabela 12	Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar total	41
Tabela 13	Área da curva ROC do HCL-32 plotado com transtornos bipolares ao longo da vida, melhor ponto de corte e intervalo de confiança.....	42
Tabela 14	Rotação ortogonal Varimax do HCL-32 para 3 fatores.....	46
Tabela 15	Rotação ortogonal Varimax do HCL-32 para 2 fatores.....	47

Tabela 16	Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar tipo I e melhor ponto de corte	51
Tabela 17	Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar tipo II e melhor ponto de corte.....	51
Tabela 18	Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar SOE e melhor ponto de corte	52
Tabela 19	Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar total e melhor ponto de corte.....	52
Tabela 20	Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para episódio depressivo maior e melhor ponto de corte	52
Tabela 21	Coeficientes de sensibilidade e especificidade e área da curva ROC para MDQ, melhor ponto de corte e intervalos de confiança.....	53
Tabela 22	Média e desvio-padrão da Escala <i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i> para pacientes obesos, total da amostra e por gênero.	56
Tabela 23	Sensibilidade e especificidade para MADRS (versão 10 itens), valor de corte 13 pontos	57
Tabela 24	Coeficientes de Comunalidades do MADRS	59
Tabela 25	Sensibilidade e especificidade, valores preditivos positivos e valores preditivos negativos, e melhor ponto de corte para a versão modificada 5 - item MADRS.	60
Tabela 26	Soma dos escores do M-A QoL II total e por gênero.....	61
Tabela 27	Análise dos seis itens, médias totais e por sexo	62
Tabela 28	Correlação entre os seis itens do M-A QoL II.....	63
Tabela 29	Número de transtornos (DSM-IV) e M-A QoLII.....	63
Tabela 30	Análise de correlação entre a variável contínua do IMC com MDQ HCL-32 e M-A QoL II por meio do coeficiente de correlação de Pearson.	64
Tabela 31	Total da exploração dos autovalores do HCL-32	106
Tabela 32	Total da Exploração dos autovalores da Escala MADRS	107
Tabela 33	Questão 1: Estabilidade do Humor pela autopercepção	108

Tabela 34	Questão 2: Autoavaliação dos níveis de atividade, energia e humor.....	109
Tabela 35	Questão 4 do HCL: Impacto dos períodos “altos”	110
Tabela 36	Frequência de respostas positivas para as questões 2-3-4 e 5 do MDQ.....	111

RESUMO

Guerra LSD. *Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM (SCID-I/P)* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2014.

Antecedentes: Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde para o século XXI, as doenças não comunicáveis (DNT) serão responsáveis pelas maiores cargas das doenças no globo. As doenças cardiovasculares e os transtornos neuropsiquiátricos destacam-se como os dois principais grupos de agravos de saúde entre as DNT. O sobrepeso e a obesidade são considerados precursores e fatores agravantes de doenças cardiovasculares, cuja prevalência tem crescido ao redor do mundo, demandando esforços públicos para deter o seu crescimento e minimizar os seus efeitos deletérios. Os transtornos mentais, por sua vez, representam quase um terço das cargas da incapacitação resultante entre todas as DNT. O objetivo do presente trabalho é estimar a frequência de transtornos mentais numa amostra de indivíduos obesos que procuraram um hospital universitário com o intuito de se submeter à cirurgia bariátrica para controlar ou reduzir o excesso do peso corporal. **Objetivo:** Estimar, por meio de entrevista padronizada, a frequência de transtornos mentais e fatores correlacionados entre os pacientes obesos que procuram a cirurgia bariátrica. **Métodos:** Participaram do estudo 393 pacientes obesos grau III, candidatos à cirurgia bariátrica. Foram recrutados a partir de um centro universitário de cirurgia bariátrica. Clínicos treinados avaliaram os participantes por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Axis I Diagnóstico (SCID-I/P) e as seguintes escalas de avaliação: HCL (Manic Symptoms Checklist), MDQ (Mood Disorders Questionnaire), MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), M-A QoLII (Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II). A amostra foi composta por 79,1% de mulheres; média de idade 43 anos e média de IMC: 47,8 kg/m². **Resultados:** A frequência de alguns transtornos mentais ao longo da vida foi 80,9% (81,7% homens e 80,7% mulheres). A taxa de frequência de transtornos mentais no momento da entrevista foi 57,8% (57,6% homens e 58,5% mulheres). Os transtornos afetivos foram os mais frequentes (64,9%), sendo os transtornos bipolares e os transtornos depressivos os mais comuns (35,6% e 29,3%). Entre os entrevistados que apresentaram quaisquer transtornos mentais ao longo da vida, cerca de metade da amostra apresentou três ou mais transtornos simultâneos. Os transtornos de ansiedade foram os diagnósticos mais frequentes (46,3%) entre os participantes com transtorno atual. Idade e nível educacional foram associados com a probabilidade de apresentar transtornos mentais no momento da entrevista. As escalas apresentaram boa consistência interna: sendo o alfa de Cronbach da HCL-32 de 0,9, MDQ 0,8, MADRS 0,9 e M-A QoLII 0,7. A HCL-32 e o MDQ demonstraram uma boa capacidade discriminativa para classificar corretamente os casos de transtorno bipolar. A HCL-32 apresentou área sob a curva (AUC) de 0,7 (IC 95% 0,7-0,8), quando comparado com os diagnósticos da SCID-I/P, com

sensibilidade de 0,7 e especificidade 0,7. O melhor ponto de corte foi 16/17 para detectar transtorno bipolar II. Em relação à estrutura fatorial do HCL-32, a variabilidade dos dados foi melhor explicada por dois fatores relevantes: elação do humor e irritação/ativação. O MDQ apresentou sensibilidade de 0,8 e especificidade 0,6. O melhor ponto de corte foi 4/5 para detectar transtorno bipolar I, com AUC de 0,8 (IC 95% 0,7-0,9). A MADRS de 5 itens apresentou sensibilidade de 0,8 e especificidade 0,9. O melhor ponto de corte foi 10/11 para detectar sintomas depressivos e AUC de 0,9. De acordo com o M-A QoL II, cerca de 50% da amostra relatou estar satisfeita com sua qualidade de vida. Há uma correlação significativa entre as escalas utilizadas que variaram de 0,6 a -0,6. **Conclusões:** Os transtornos mentais são condições frequentes entre os pacientes obesos antes da cirurgia bariátrica. As altas taxas de transtornos mentais sugerem que ambas as condições podem apresentar relações causais de mutualidade ou compartilham fatores etiológicos comuns. Este estudo contribuiu para compreender a relação entre transtornos mentais e obesidade mórbida. Recomenda-se conduzir avaliação sistemática de pacientes obesos com instrumentos psicométricos padronizados no período pré-cirúrgico para detectar transtornos psiquiátricos, que podem interferir na recuperação e estabilização da qualidade de vida dos pacientes no período pós-operatório. Futuros estudos de seguimento serão necessários para verificar os possíveis fatores preditivos de prognóstico nesta população.

Descritores: Transtorno mental; obesidade; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; transtornos da alimentação; entrevista psiquiátrica padronizada; escalas de graduação psiquiátrica; qualidade de vida.

SUMMARY

Guerra LSD. *Frequency of mental disorders among obese patients seeking bariatric surgery through the Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I/P)* [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2014.

Background: According to the World Health Organization's projections for the 21st century, non-communicable diseases (NCD) will account for the largest burden of diseases in the world. Cardiovascular diseases and neuropsychiatric disorders stand out as the two main groups of health problems among the NCD. Overweight and obesity are considered precursors and aggravating factors of cardiovascular disease, whose prevalence has grown around the world, claiming for public efforts to stop its growth and minimize its harmful effects. Mental disorders, in turn, account for nearly one-third of the burden of disability resulting from all NCD. The aim of the present investigation is to estimate the frequency of mental disorders in a sample of obese individuals who sought a university hospital in order to undergo bariatric surgery to control or reduce the excess of body weight. **Objective:** To estimate, through a standardized interview, the frequency of mental disorders and correlated factors among obese patients seeking bariatric surgery. **Methods:** The sample was composed of 393 treatment-seeking obese patients (79.1% women; mean age 43.0 years, mean BMI: 47.8 kg/m²), who were recruited from a university-based bariatric center. Trained clinicians assessed the participants through the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Diagnosis (SCID-I/P). HCL (Manic Symptoms Checklist), MDQ (Mood Disorders Questionnaire), MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), M-A QoLII (Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II). **Results:** The lifetime rate of any mental disorders was 80.9% (81.7% men vs. 80.7% women). Lifetime affective disorders were the most frequent diagnosis (total 64.9%, bipolar disorders 35.6%, and depressive disorders 29.3%). Among those respondents presenting any lifetime mental disorders, about half of the sample presented 3 or more concurrent disorders. The rate of current frequency of any mental disorders was 57.8% (57.6% men vs. 58.5% women). Anxiety disorders were the most frequent diagnosis (46.3%) among those participants with a current disorder. Age and educational level were associated with the likelihood of presenting current mental disorders. The scales showed good internal consistency: the HCL - 32, Cronbach's alpha 0.9; MDQ 0.8, MADRS 0.9 and M-A QoL II 0.7. The HCL -32 and MDQ demonstrated good capacity discriminant to correctly classify cases of bipolar disorder. HCL -32 the area under the curve (AUC) was 0.7 (95 % CI 0.7-0.80, when compared to the diagnosis of SCID-I/P, with a sensitivity of 0.7 and specificity 0.7 . The best cutoff point was 16/17 to detect bipolar disorder II. In the factorial structure of the HCL -32, data variability was best explained by two important factors: elation of mood and irritation / activation. MDQ sensitivity was 0.80 and specificity 0.60. The best cutoff value of 4/ 5 for detecting bipolar disorder I, with AUC of 0.8 (95 % CI 0.7 to 0.9). The MADRS of 5 items had a sensitivity of 0.8 and specificity 0.9. The best cutoff point was 10/11 to detect depressive symptoms and AUC of 0.9.

According to the MA QoL II, about 50% of the sample reported being satisfied with their quality of life. There is a significant correlation among the scales used, ranging from 0.6 to -0.6. **Conclusions:** Mental disorders are frequent conditions among obese patients before bariatric surgery. High rates of mental disorders suggest that both disorders might exert mutual causal relationships or share common etiological factors. This study may help to understand the relationship between mental disorders and obesity. Systematic evaluation of obese patients with standardized psychometric instruments in the pre-surgery period may clarify the existence of psychiatric disorders before the bariatric surgery. Often, some psychiatric disorders are detected only after the surgery, interfering with the recovery and stabilization of quality of life of patients in the post-operative period. Future follow-up studies are needed to verify the possible predictors of prognosis in this population.

Descriptors: Mental disorder; obesity; morbid obesity; bariatric surgery; eating disorders; mental status schedule; psychiatric status rating scales; quality of life.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos e a obesidade são grandes desafios para a saúde mundial. Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde para o século XXI, as doenças não transmissíveis (DNT) serão responsáveis pelas maiores cargas das doenças no globo.^{1,2} Os transtornos neuropsiquiátricos, ao lado das doenças cardiovasculares e respiratórias, destacam-se como o principal grupo de agravos de saúde entre as DNT¹, sendo responsáveis por quase um terço das incapacitações de saúde. As DNT constituem as maiores fontes de carga de doença no Brasil, e algumas políticas para a sua prevenção e controle foram implantadas.³

Numa recente publicação internacional na revista *Lancet*³, a maioria das cargas de doenças neuropsiquiátricas no Brasil foi atribuída à depressão, a psicoses e a transtornos associados ao uso nocivo do álcool. Dados brasileiros do estudo *World Health Survey*⁴, finalizado em 2003, com metodologia padronizada internacional, mostraram que 18,8% dos brasileiros relataram ter recebido um diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses. A associação positiva da educação e renda com a necessidade de cuidados e diagnóstico psiquiátrico, decorrentes de depressão, levaram a questionamentos sobre a real carga das doenças.³ Alguns estudos epidemiológicos mostraram que a depressão afetaria entre 5% a 10% da população de adultos^{5,6}, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10). Recentemente, em pesquisa finalizada na região metropolitana de São Paulo, a prevalência de depressão, no último mês, foi de 9,2%⁶, considerada uma das maiores taxas ao redor do mundo.⁷

A maioria desses agravos de saúde é passível de prevenção por meio da eliminação de fatores de risco, como uso de tabaco, dieta não saudável, sedentarismo e uso nocivo de álcool. Embora as taxas de mortalidade atribuíveis às doenças cardiovasculares estejam em declínio, provavelmente em consequência de um maior controle de tabagismo e acesso a centros de atenção primária, a expansão epidêmica da obesidade tem contribuído para ameaçar essa tendência decrescente.

Segundo dados recentes da Organização Mundial de Saúde, 12% da população mundial, cerca de 800 milhões, são obesos e 35% apresentam sobrepeso⁴. No Brasil, há cerca de 30 milhões de obesos, o que representa 18% da população brasileira⁴, sendo que 3% são obesos grau III, índices de massa corporal (IMC) ≥ 40 .⁸ Estudos⁹ apontam a crescente prevalência da obesidade em países em desenvolvimento, como Índia, China e Rússia. Os países em desenvolvimento passam por uma transição entre a desnutrição e uma epidemia de obesidade.

Como em outros países, o Brasil vem sofrendo uma grande transformação em relação à alimentação, e até os povos indígenas acusam um ganho de peso generalizado, maior que a média nacional.¹⁰ O fácil acesso a alimentos industrializados, o crescimento da tecnologia, a automação substituindo o trabalho manual, e o sedentarismo nos grandes centros urbanos são alguns dos fatores explicativos dessa epidemia.⁹ Assim, a forte proteção contra a obesidade, verificada nos anos 70 para grupos de baixa renda, foi reduzida para homens e totalmente eliminada para mulheres.¹¹ A obesidade tornou-se um desafio ao grupo dos países em desenvolvimento que, ao passar pelo processo de globalização, herdaram junto a obesidade.¹² Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento dos serviços de assistência à saúde pública.¹³

Ao lado de orientações de dieta, atividade física, uso de medicamentos anorexígenos e apoio psicológico complementar, a cirurgia bariátrica despontou como um recurso indicado para o controle do peso excessivo. Redutiva, disabsortiva ou combinada, a intervenção cirúrgica da obesidade é indicada, principalmente, entre aqueles pacientes chamados obesos “mórbidos”, os quais são pouco responsivos ao tratamento convencional baseado na mudança nutricional e nos hábitos de vida, ou, mesmo, a medicamentos. O argumento mais forte para indicar um procedimento invasivo e agressivo, como a cirurgia bariátrica, é a evolução desfavorável dos pacientes obesos de grau III para quadros metabólicos (hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio) e outras complicações médicas que ameaçam a vida. Monitorando as taxas de crescimento da obesidade, o Ministério da Saúde¹⁴ informa que houve um aumento de 542% do número de intervenções cirúrgicas de redução de estômago no Brasil desde 2001.

A literatura internacional sugere a associação entre a obesidade e os transtornos mentais.¹⁵⁻¹⁸ O *National Obesity Observatory*¹⁹ enumera as causas comportamentais, biológicas, psicológicas e sociais, e aborda a bidirecionalidade da obesidade causando transtornos psiquiátricos e vice-versa. Estudos clínicos e biológicos sugerem existir grande semelhança entre os transtornos alimentares e os transtornos do humor.^{20,21} Norris e Gauer²², por sua vez, observaram o surgimento dos transtornos psiquiátricos na cirurgia bariátrica, com alta frequência do transtorno bipolar. Alciati e colaboradores²³ investigaram a associação entre o transtorno bipolar e a cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade classe III candidatos à cirurgia bariátrica. Transtornos bipolares e episódios depressivos são recorrentes condições psiquiátricas com altas frequências em pacientes obesos.²⁴ Outro estudo, de Sarwer e Faricatore²⁵, mostra a relação da distorção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em relação a outros pacientes quando submetidos a procedimentos da cirurgia plástica. Apesar do avanço dos estudos em relação a essa associação, não há nada conclusivo, bem como não há estudos específicos, no Brasil, sobre a concomitante ocorrência da obesidade com transtornos mentais. De acordo com buscas na US National Library of Medicine-PubMed²⁶, acesso 01 de julho de 2013, quando associamos obesidade, Brasil, cirurgia bariátrica e transtornos mentais, encontraram-se somente 11 artigos que associam esses verbetes.

O objetivo geral do estudo proposto foi investigar a frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica que procuraram um centro universitário com o intuito de se submeter à intervenção cirúrgica para controlar ou reduzir peso corporal excessivo, por meio de entrevista semiestruturada. Num país no qual cerca de 20% da população é obesa, com prevalência de transtornos mentais na população geral estimadas em cerca de 30% nos indivíduos²⁷ e crescente aumento da cirurgia bariátrica, constatamos haver uma lacuna científica; não há, no Brasil, estudos sistematizados sobre a inter-relação entre estas condições e nem efeitos tardios ou complicações psiquiátricas de uma intervenção cirúrgica. Estudo de seguimento americano^{21,28} aponta que, após o drástico emagrecimento no primeiro ano pós-cirúrgicos, pacientes que desenvolvem sérios transtornos mentais

comprometem a eficácia do procedimento cirúrgico, sendo necessário, algumas vezes, recorrer à reversão do procedimento.

Diante do alerta da literatura para as dificuldades em reconhecer corretamente os transtornos bipolares e depressivos²⁹, o objetivo secundário foi a validação de alguns instrumentos de rastreio de sintomas depressivos e de bipolaridade para a amostra de pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Tanto em estudos epidemiológicos como na prática clínica, instrumentos psicométricos capazes de detectar sintomas de bipolaridade e sintomas depressivos são, frequentemente, validados em vários países e em diferentes amostras clínicas.^{29 30)} A validação poderá contribuir para a normatização dos procedimentos pré-cirúrgicos. Nos EUA, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica³¹ publicou um guia com o objetivo de orientar os profissionais, com sugestão de procedimentos e instrumentos. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica apresenta somente a Portaria GM 424 425/2013 (Anexo A), a qual define as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade.³²

Para efetivação do estudo, foi selecionada uma amostra aproximada de 418 sujeitos, os quais foram recrutados, consecutivamente, a partir da lista de espera do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). A investigação foi conduzida com instrumentos padronizados de avaliação psicométrica: Entrevista Clínica Semiestruturada (SCID-I/P), Escala de Hipomania – HCL-32, Escala de Alteração de Humor – MDQ, Escala de Depressão – MADRS, e Questionário de Qualidade de Vida – M-A QoLII.). As aplicações foram realizadas por uma equipe de psicólogas clínicas treinadas no uso destes instrumentos e com experiência no diagnóstico de transtornos mentais.

1.1 Revisão da Literatura

1.1.1 A obesidade

A obesidade representa uma das mais importantes enfermidades metabólicas do mundo ocidental¹⁹, sendo responsável por cerca de dois terços da carga global de doenças atribuídas à doença crônica segundo a projeção da OMS.⁴ Entretanto, os países da América Latina apresentam um cenário paradoxal, uma vez que os estados de desnutrição coexistem com a obesidade nesta região.³³

Em 1869, Quetelet³⁴ descreveu uma fórmula para calcular o índice de massa corpórea (IMC) presumindo a quantidade de gordura corporal de acordo com o peso (em quilograma) e corrigido para a altura (em metros). Num estudo de 1959, a *Metropolitan Life Insurance Company* sugeriu o peso corporal “ideal” (*Ideal Body Weight*, IBW) para homens e mulheres, baseado no peso, na altura e no tipo físico.³⁵ Entretanto, fatores comórbidos, como tabagismo e história familiar de doenças, não foram considerados como variáveis relevantes neste estudo.

Modernamente, a mensuração da obesidade se faz por medidas antropométricas (peso e altura), pelas pregas cutâneas (*skinfold*), pela impedância bioelétrica e pelo IMC. Portanto, o peso corporal ideal continua controverso. Apesar disso, a existência de um método quantitativo simples de mensuração da superfície corporal, com ampla aceitação internacional, permitiu comparações longitudinais com boa reprodutibilidade dos resultados. O índice de massa corpórea foi categorizado pela *International Obesity Task Force* (<http://www.iaso.org/iotf/>) de acordo com o peso ideal esperado para indivíduo e risco para doença, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de Massa Corpórea (IMC)

IMC (kg/m ²)	Categoria	Outra denominação
< 18,5	baixo peso	
18,6 – 24,9	peso saudável	
25 – 29,9	sobrepeso	
30,0 – 34,9	obeso classe I	
35,0 – 39,9	obeso classe II	Grave
≥ 40,0	obeso classe III	Mórbido

Fonte: Criada pelo autor.

Os obesos de classe I (IMC entre 30,0 – 34,9 kg/m²) apresentam riscos moderados para surgimento de doenças clínicas. Em seguida, os obesos de classe II (IMC 35,0 - 39,9 kg/m²) apresentam riscos graves de doenças clínicas concomitantes. Finalmente, os obesos de classe III (IMC > 40 kg/m²) constituem um grupo de indivíduos com alto risco para doenças clínicas comórbidas. Na maioria das vezes, os obesos da classe III apresentam um excesso de mais de 40% de seu peso ideal. Alguns autores, entretanto, definem a obesidade mórbida ou de classe III como um excesso de peso igual ou superior a 45 kg ou mais, baseado no peso esperado para idade, sexo e altura, de acordo com a tabela de peso corporal ideal definido pelas tabelas da *Metropolitan Life Insurance Company*.³⁴

Os modelos neurobiológicos e psicológicos atuais remontam à história da psicopatologia com a biotipologia, e o psiquiatra alemão Ernst Kretschmer³⁶, servindo-se da inspeção morfológica externa (ectoscopia), medidas de antropometria e outros recursos complementares, descreveu três tipos fundamentais de arquitetura corporal: o leptossômico (astênico, em suas formas extremas), o pícnico e o atlético. Descreveu, ainda, um quarto grupo heterogêneo que denominou de displásicos especiais. Neste grupo, estariam incluídos indivíduos que lembram determinadas síndromes endócrinas, devido a algumas características típicas. Segundo Melo³⁷, “os acromegaloides”, com ou sem gigantismo e turricéfalia (crânio em torre), os obesos, viriloides e hipoplásticos seriam chamados de “eunucoides de grande crescimento”. As descrições do Kretschmer sugerem a associação entre o tipo físico e o temperamento, desde uma época em que a obesidade ainda não era considerada um problema de saúde pública, e as comunidades lutavam contra a desnutrição e guerras mundiais.

Na atualidade, as teorias e pesquisas sobre obesidade caminham em duas direções: nos aspectos biológicos e psicológicos. A maioria dos autores modernos vê, no entanto, a obesidade como um modelo prototípico do resultado de uma rede complexa de interações: entre uma predisposição genética e a escolha do estilo de vida.³⁸ A análise das circunstâncias de vida, e dos fatores biológicos e culturais para cada uma das pessoas pode determinar as razões de um determinado indivíduo apresentar ou não peso excessivo.³⁹ Mais recentemente, outras pesquisas têm-se

dedicado aos aspectos neurobiológicos da obesidade para investigar o circuito cerebral ligado ao processo de alimentação e saciedade.⁴⁰

No final do século XX, a apreensão estética de valorização de um corpo magro e sadio vai se dirigindo, aos poucos, àqueles indivíduos com excesso de peso. A obesidade ganhou dimensões de uma grave condição clínica no século XXI, sendo vista como um problema de saúde pública de amplitude preocupante.⁴ Não nos referimos ao sobrepeso ou à obesidade controlável com dietas, exercícios físicos e medicações específicas à perda de peso, mas nos referimos à obesidade de classe III, de índices de massa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, que resiste aos métodos habituais de redução de peso. Frequentemente, os indivíduos obesos seguem numa progressão de ganho de peso que os torna incapacitados, com dificuldade de locomoção, clinicamente disfuncionais e disformes para um corpo humano. A morte subsequente é uma consequência de uma evolução desfavorável das doenças cardiovasculares.

1.1.2 O cenário da obesidade no Brasil

Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde⁴, o Brasil será o 5º país do mundo a apresentar mais problemas de obesidade em 2025.^{41, 42} No Brasil, a prevalência dessa condição aumentou em 70% entre 1975 e 1989, indicando que o excesso alimentar está se expandindo mais rapidamente do que a deficiência nutricional.⁴³ Adicionalmente, a obesidade triplicou nos últimos 30 anos em crianças e adolescentes nas investigações seriadas sobre o peso da população brasileira.⁴⁴

No Brasil, levantamentos antropométricos domiciliares, nacionais e repetidos, conduzidos desde os meados dos anos 1970, mostram um aumento substancial da frequência de sobrepeso. Este crescimento difere por faixa etária, gênero, nível socioeconômico e período.⁴⁵⁻⁴⁸ Entre 1975 a 1989, a prevalência de adolescentes com sobrepeso duplicou para meninos e meninas, e, a partir de 1989 a 2003, mais do que dobrou em meninos, enquanto aumentou pouco entre as meninas. Embora o aumento da prevalência de sobrepeso fosse semelhante para todos os grupos de renda e sexo entre 1975 e 1989⁴⁶, a intensidade das mudanças ao longo do tempo concentrou-se nas pessoas mais pobres, juntamente com o aumento de rendimento familiar entre

1989 e 2003. A literatura mostra que o aumento relativo do número de pessoas com sobrepeso foi muito mais elevado para os meninos de renda familiar do quintil inferior do que o quintil superior. Entre as meninas, aquelas que vivem em famílias de menor renda apresentaram um discreto aumento de peso, enquanto aquelas que vieram de famílias de renda superior apresentaram declínio. Recentemente, o número de adolescentes que estão acima do peso reduziu, mas não eliminou a associação negativa entre a renda familiar e excesso de peso descrito acima.⁴⁶

Mudanças na prevalência da obesidade em adultos⁴⁹ tiveram padrões semelhantes aos observados em adolescentes, exceto mudanças no grupo de pessoas mais pobres. A proteção contra o risco de obesidade observado em meados dos anos 1970 para grupos de baixa renda foi reduzida ao longo de 28 anos para os homens e totalmente eliminado para mulheres.⁴⁵ Estimativas do estudo realizado pela Vigitel⁵⁰ mostraram um aumento contínuo da obesidade em adultos de 2006-2009, de 11,4% para 13,9%. Porém, nova pesquisa realizada em 2012, divulgada pelo Ministério da Saúde em maio de 2014, mostrou que houve estabilização desse crescimento; e as taxas permaneceram em torno de 17%. A prevalência em homens, que não apresentava oscilação, passou a ter uma pequena diferença em relação à escolaridade, enquanto no gênero feminino a lacuna permanece – a obesidade aumentou de 18,2% para 24,4% para mulheres com oito anos ou menos de escolaridade, e de 8,4% para 11,8% naquelas com 12 anos ou mais.⁵⁰

Os padrões brasileiros de dieta e de atividade física só foram estudados recentemente no Brasil e, portanto, tendências seculares de gasto energético são desconhecidas. A especificidade do papel, e os determinantes imediatos da dieta e atividade física como possível causalidade do aumento da obesidade observado em grupos de adolescentes e adultos de baixa renda no Brasil são desconhecidos, uma vez que dados confiáveis sobre a tendência secular inexistem.⁴⁸ Entretanto, fatores ligados ao nível socioeconômico, especificamente em relação aos padrões de consumo alimentar e à atividade física podem estar envolvidos. Por fim, os dados relatados indicam que há uma epidemia de obesidade com grande prevalência no Brasil, podendo resultar num aumento generalizado da diabetes e hipertensão, reforçando o aumento adicional das DNT.

Apesar do crescimento da obesidade no Brasil⁸, quando buscamos por estudos na PubMed²⁶, acesso 01 de julho de 2013, com os verbetes “*Obesity*”, “*Brazil*”, “*Bariatric Surgery*” e “*Psychiatric Disorders*”, observamos que as publicações eram raras antes do ano de 2000. Para os primeiros verbetes “*Obesity*” e “*Brazil*”, verifica-se, a partir de 2004, um crescente aumento de 35 publicações no ano 2000, para 441 publicações, em 2012. O total de publicações brasileiras encontradas na data de acesso foi de 2805 estudos. Ampliando a busca adicionando o verbe “*bariatric surgery*”, observa-se uma drástica redução, há 333 estudos e não existem gráficos de referência há anos. Número que se reduz mais ainda quando se adiciona “*Psychiatric Disorders*”, somente 11 estudos (Figura 1).

FONTE: PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>)

Figura 1 - Evolução crescente de publicações sobre obesidade no Brasil – PubMed (1973-2013)

1.1.3 Doenças neuropsiquiátricas e obesidade

A literatura internacional sugere uma possível associação entre a obesidade e os transtornos mentais.^{51,52} Estudos clínicos e biológicos sugerem existir grande semelhança entre os transtornos alimentares e os transtornos do humor.^{20,21} A exata relação entre obesidade e transtornos neuropsiquiátricos não está completamente compreendida: alguns pesquisadores argumentam que a utilização de medicamentos neuropsiquiátricos usados no seu tratamento poderia ser responsável pelo ganho de

peso observado nestes pacientes.⁴³ A controvérsia aumenta quando se discute a direção de causalidade, pois a simples relação bidirecional parece ser mais complexa do que se imaginava. De um lado, os pacientes com transtorno mental ganham peso após uso prolongado da medicação; do outro, os pacientes com obesidade classe III, que nunca receberam a medicação psiquiátrica, apresentam mais quadros psiquiátricos, sejam pré-existent, precipitados ou intensificados após um drástico emagrecimento por meio de intervenção cirúrgica.³⁴

A associação entre obesidade e transtorno mental, e a compreensão sobre a inter-relação é tema de debates inconclusivos.^{23,53-55} Apesar da dificuldade de estabelecer a exata relação de causalidade entre essas condições, há uma literatura emergente mostrando a associação robusta entre vários transtornos mentais e o excesso de peso. A maioria é de estudos epidemiológicos em grandes amostras de população da comunidade, demonstrando a coexistência de diabetes⁵¹, sobrepeso e obesidade com quadros como alcoolismo e uso de substâncias psicoativas^{56,57}, transtornos de humor e de ansiedade^{15,16}, muitas vezes, com subsequente engajamento em comportamentos suicidas⁵⁸. Uma vez que estes estudos são levantamentos transversais, a direção da causalidade não pode ser determinada.

Na população adulta americana¹⁵, a obesidade está associada com um aumento de 25% nas chances do indivíduo ter um transtorno de humor ou de ansiedade. Os autores ainda ponderam que fatores socioculturais poderiam estar moderando ou mediando a associação entre obesidade e transtornos de humor. A correlação entre o transtorno bipolar com obesidade também chama atenção dos pesquisadores. Além de graves, incapacitantes, muitas vezes, os transtornos bipolares se apresentam comórbidos a uma série de transtornos psiquiátricos e doenças médicas.^{23,25,59,60} Estudos recentes com dados da população canadense⁵⁸ e neozelandesa¹⁶ confirmaram a associação relatada pelo estudo americano, mas a relação da obesidade com os transtornos alimentares e os mecanismos subjacentes a esta associação são apenas especulativos. Entretanto, estas limitações listadas não invalidam a associação consistente encontrada, com reprodutibilidade constante em grandes amostras populacionais representativas de diferentes países. Esses estudos foram realizados em países de alta renda, com pouca ou nenhuma informação sobre os países de baixa e média renda, que, muitas vezes, ainda lutam contra os problemas de desnutrição na

população geral. Por fim, a literatura internacional sugere uma possível associação entre a obesidade e os transtornos mentais. A observação do surgimento ou da intensificação dos transtornos psiquiátricos pré-existentes em pacientes operados inspira cuidados e a necessidade de tratamento adequado do quadro mental ainda no período pré-cirúrgico.

1.1.4 Transtornos mentais e pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica

Frente à alta frequência de morbidade e redução da expectativa de vida dos indivíduos com peso excessivo, a obesidade passou a ser objeto de preocupação médica, com propostas de tratamento por meios educativos, psicológicos, nutricionais, medicamentosos e cirúrgicos. Na maioria das vezes, esses tratamentos devem ser aplicados em combinação: dieta, atividade física, medicamento anorexígeno e cirurgia de redução do estômago (gastroplastia).⁶¹

A experiência clínica acumulada mostra que a obesidade em estágios avançados, por exemplo, na classe III, apresenta uma resposta pobre às intervenções terapêuticas não invasivas, como dieta restritivas, recomendação de mudança de estilo de vida (aumento de atividade física, psicoterapias) e prescrição de fármacos. Muitas vezes, intervenções mais agressivas, como a gastroplastia, são necessárias para combater os efeitos adversos da obesidade, e a sua progressão desfavorável para doenças crônicas metabólicas e cardiovasculares.

A primeira técnica cirúrgica para o tratamento de obesidade foi proposta, pela primeira vez, em 1954, por Kremen, para reduzir a capacidade absorptiva do intestino, com a redução do intestino.⁶² O aprimoramento das técnicas sedimentou a cirurgia bariátrica como um método terapêutico eficaz e preciso que favorece a perda de até 40% do peso corpóreo, por meio de interferências no processo absorptivo e restritivo do estômago. Esta técnica foi proposta por Capella, por vezes conhecida, também, como o procedimento Y de Roux.

São candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) os pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou com IMC maior que 35 kg/m² associado com comorbidades clínicas: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do

sono, entre outras. O Brasil aparece em 2º lugar em número de cirurgias realizadas, só perdendo para os Estados Unidos, com predomínio da técnica de Capela. A cirurgia bariátrica solidificou-se como o melhor recurso à obesidade de classe III nas últimas décadas. Mello⁶³ avaliou a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico que perderam peso de forma rápida. Estes pacientes recuperaram a autoestima e passaram a ter uma vida mais saudável. A eficácia e efetividade dos procedimentos bariátricos no controle de peso e na melhora na qualidade de vida da maioria dos pacientes são documentadas em diversos estudos, consolidando o papel da intervenção cirúrgica.⁶⁴⁻⁶⁸

A influência dos fatores genéticos e socioculturais, as variações sintomáticas e o surgimento dos transtornos mentais pré-existentes em pacientes obesos que já foram submetidos à cirurgia permanecem como tópicos de grande interesse de pesquisas recentes. Segundo Garrido⁶⁹, entre 5% a 10% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica não respondem favoravelmente à intervenção cirúrgica durante o seguimento clínico em longo prazo. Muitos deles permanecem obesos graves, mesmo que a cirurgia tenha sido eficaz e outros precisem ser reoperados para corrigir falhas cirúrgicas. Não há garantias de sucesso terapêutico. Muitas vezes, a perda de peso permanece insuficiente, mesmo após a segunda operação em um pequeno grupo de pacientes.

Apesar do sucesso terapêutico em muitos casos, vários estudos⁷⁰⁻⁷² apontam que, após dois anos da cirurgia, alguns pacientes passam a apresentar transtornos psiquiátricos como: transtornos alimentares (anorexia, bulimia) e depressão. O surgimento de casos de transtorno bipolar também tem sido consistentemente documentado na literatura.^{23,24} Assim, torna-se recomendável o acompanhamento psiquiátrico de pacientes submetidos a técnicas de cirurgia bariátrica em todos os estágios do tratamento. A cirurgia bariátrica é um procedimento que traz transformações psíquicas, sociais e físicas. Os profissionais da área de saúde mental devem estar instrumentalizados para compreender e atuar tanto antes quanto após a cirurgia.⁷³

Pesquisas que analisam os aspectos psicopatológicos do paciente operado verificaram a presença de depressão e ansiedade.^{34,70,74} Todos esses autores relatam a presença de quadro depressivo em pacientes operados. O transtorno da compulsão

alimentar também foi observado por Appolinário e colaborador⁷¹, e por Sallet e colaboradores.⁷⁵ Os resultados apontam que a história de compulsão alimentar existente antes dos procedimentos cirúrgicos pode estar associada com uma menor perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia. A anorexia e bulimia nervosa foram descritas entre as psicopatologias apresentadas após a cirurgia.⁷² A síndrome do comer compulsivo foi pesquisada por Dobrow e colaboradores⁴³, os quais constataram que os comedores noturnos possuem níveis mais altos de cortisol plasmático durante o decorrer do dia, sendo isto consistente com a noção de que a síndrome seja um tipo de transtorno ligado a estresse.

O estudo americano de Simon e colaboradores¹⁵ avaliou a associação entre obesidade de classe III, transtorno de humor, ansiedade e transtornos por uso de substâncias. Essa foi a maior pesquisa, em relação ao número de participantes (n=9125), utilizando o *World Mental Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI). Os resultados apontam que as pessoas obesas têm 25% mais probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos. Dentre eles, destacam-se a depressão, transtorno de pânico e o transtorno bipolar. Outro estudo interessante foi a pesquisa de Alciati e colaboradores²³, em que estes demonstraram a correlação entre obesidade e transtorno bipolar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Usando um conceito de espectro bipolar, estes autores encontraram uma taxa elevada (quase 90% da amostra) com características clínicas semelhantes dos pacientes bipolares. Este tipo de estudo abriu as perspectivas para novas pesquisas sobre estas comorbidades. Revisando a literatura sobre o tema, a Tabela 2 resume as pesquisas já realizadas sobre transtornos mentais entre os obesos graves/mórbidos em amostras clínicas.

Tabela 2 - Frequência de transtornos mentais diagnosticados por meio de entrevista padronizada semiestruturada SCID-I/P entre obesos de classe III- Revisão da Literatura

Autor (ano)	País	N	% Mulheres	IMC	Diagnóstico atual	Diagnóstico em vida
Rosenberg e cols. (2006)	Estados Unidos	174	75,3	50,2	24,1%	36,8%
Alciati e cols. (2007)	Itália	86	76,5	42,5	--	89,0 %*
Kalarchian e cols. (2007)	Estados Unidos	288	83,3	52,2	37,8%	66,3%
Mauri e cols. (2008)	Itália	282	79,8	> 40	22,0%	38,0%
Mühlhans e cols. (2009)	Alemanha	146	71,9	49,3	55,5%	72,6%
Mitchell e cols. (2012)	EUA	199	82,9%	44,9	33,7%	68,8%
Lin e cols. (2013)	China	455	72,1%	35,2	--	54,1%

Fonte: Criada pelo autor.

N: tamanho da amostra; IMC: média de índice de massa corpórea em kg/m²

SCID-I/P: *Structured Clinical Interview for Axis-I Diagnosis of DSM-IV*;

* Diagnóstico de transtornos do espectro bipolar

Os estudos listados na Tabela 2^{18,23,53-55,76,77} foram realizados há menos de 10 anos, seguindo a tendência recente de epidemia de obesidade mórbida no século XXI. Provavelmente, o aprimoramento de técnicas eficazes de intervenção cirúrgica tem reforçado o interesse dos pesquisadores em estudar os pacientes obesos no seu período pré-cirúrgico. Chama atenção que a maioria dos estudos foi feita em países desenvolvidos do Hemisfério Norte, como Estados Unidos, Itália e Alemanha, onde a proporção epidêmica de pessoas com excesso de peso é uma grande preocupação de saúde pública. As taxas de frequência de transtornos mentais entre os sujeitos avaliados foram variadas, porém bastante elevadas. O estudo alemão de Muhlhans e colaboradores⁵⁵ relata que mais da metade dos pacientes obesos pôde ser diagnosticado como portadores de transtorno mental no período pré-cirúrgico, podendo esta proporção chegar a três entre quatro candidatos à intervenção bariátrica. O estudo italiano de Alciati e colaboradores²³ apresentou número pequeno de entrevistados (n=86) e investigou os transtornos mentais a partir de um modelo teórico específico do transtorno bipolar. Entretanto, o achado de 89% dos pacientes com um diagnóstico do espectro bipolar precisa ser replicado em outras amostras. No estudo chinês¹⁸, metade dos pacientes apresentou transtornos mentais e os autores explicaram que o baixo IMC deveu-se ao fato dos critérios para obesidade serem

menores na Ásia comparados com os ocidentais; em Taiwan, obesidade grau III é considerada com um $IMC \geq 27 \text{Kg/m}^2$.

1.2 Justificativas

O presente trabalho investigou a frequência de transtornos psiquiátricos nos pacientes obesos. Estudos de seguimento clínico em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica têm observado o surgimento frequente de quadros psiquiátricos conforme várias observações relatadas na seção anterior.^{43,70-72,74,75,78} A literatura sugere que, frequentemente, o procedimento cirúrgico pode precipitar ou reativar um transtorno mental, mostrando que os pacientes obesos mórbidos apresentariam um transtorno mental “protraído” ou controlado (“tratados”) antes da intervenção cirúrgica. Apesar da disseminação da técnica cirúrgica no Brasil, há uma lacuna científica sobre o assunto, pois não há estudos sistematizados sobre a inter-relação entre estas duas condições, nem os efeitos tardios ou complicações psiquiátricas de uma intervenção cirúrgica.

Quando buscamos o número de publicações internacionais sobre obesidade²⁶, acesso 01 de julho de 2013, verificamos um crescente interesse a partir dos anos 70. Atualmente, há cerca de 180 mil publicações. No Brasil, o total de publicações sobre obesidade é de 2.805 estudos e somente 11 associando: obesidade, cirurgia bariátrica e transtornos mentais. Não há, no nosso meio, nenhum estudo investigando a presença de transtornos mentais pré-existentes entre os pacientes obesos operados. Confirmar os padrões de associação entre obesidade e transtorno mental pode adicionar uma consistência à transculturalidade, uma vez que os estudos anteriores foram realizados em países de alta renda. A possibilidade de diagnosticar a presença de um transtorno mental em um paciente obeso com grande incapacitação e disfunção, ainda no seu período pré-operatório, pode apresentar duas vantagens principais: (a) recomendar um tratamento adequado e específico ao paciente diagnosticado com transtorno psiquiátrico; (b) servir de base, por meio de instrumentos padronizados validados e confiáveis, para a avaliação pré-operatória, bem como futuros estudos de seguimento prognóstico.

1.3 Hipóteses

A principal hipótese deste estudo é de que os transtornos psiquiátricos, tanto ao longo da vida bem como no momento da entrevista, ocorrem de forma comórbida em pacientes obesos grau III. De acordo com estudos^{54,79}, há alta frequência de transtornos mentais em pacientes que foram submetidos ao procedimento cirúrgico para redução de peso.

Fatores sócio-demográficos, como idade, escolaridade, gênero, ocupação e estado civil, podem estar correlacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais.

1.4 Objetivos

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Estimar a frequência de transtornos psiquiátricos em indivíduos obesos tipo III por meio da entrevista semiestruturada *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Diagnosis* (SCID-I/P) no seu período pré-cirúrgico;
2. Avaliar a importância de fatores sócio-demográficos na frequência de transtornos psiquiátricos em candidatos à cirurgia bariátrica;
3. Avaliar a identificação de sintomatologia psiquiátrica entre os pacientes obesos, candidatos à cirurgia bariátrica por instrumentos psicométricos, como: *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ), *Hypomania Checklist* (HCL-32) e *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS);
4. Estudar a validade psicométrica (validade de critério e de construto) de utilizar escalas de avaliação (MDQ, HCL-32 e MADRS) entre os obesos de classe III;
5. Avaliar a qualidade de vida nos domínios de autoestima, condicionamento físico, relacionamentos sociais, trabalho e sexualidade em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.

2 MÉTODOS E CASUÍSTICA

2 MÉTODOS E CASUÍSTICA

2.1 Desenho do estudo

Estudo transversal observacional de fase única.

2.2 Sujeitos da amostra

Os pacientes candidatos à gastroplastia foram recrutados na Clínica de Gastroenterologia, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Este Ambulatório é um serviço universitário terciário que fornece avaliação médica, procedimento cirúrgico e seguimento clínico aos pacientes obesos graves de várias regiões brasileiras. Anualmente, cerca de 1.200 pacientes procuram o Programa de Cirurgia Bariátrica por obesidade grave ou consequências decorrentes do excesso de peso.

Para serem incluídos no Programa da Cirurgia Bariátrica do HC-FMUSP, os pacientes devem apresentar as seguintes características:

- (a) apresentar IMC maior ou igual a 40; e
- (b) frequentar a palestra educacional sobre procedimentos cirúrgicos para conhecerem os riscos e benefícios da gastroplastia.

Pacientes com graves transtornos mentais, como psicoses e retardo mental, são excluídos do programa. Os pacientes elegíveis são matriculados no Programa de Cirurgia Bariátrica, com inauguração de um prontuário médico e subsequente solicitação de exames clínicos de avaliação pré-cirúrgica. Durante este período pré-cirúrgico, os pacientes são avaliados por meio de exames clínicos, recebem assistência psicológica e orientação nutricional. Este serviço admite cerca de 500

novos pacientes num período de 12 meses. O tempo médio entre a admissão e o procedimento cirúrgico é de cerca de 60 meses. A lista de espera dos candidatos à cirurgia bariátrica é ordenada de acordo com a anterioridade de inclusão no Programa e a gravidade do quadro clínico (por exemplo, a presença de comorbidades médicas e risco de vida). Estima-se que, atualmente, esta lista acumula um número de, aproximadamente, 5.000 pacientes aguardando o procedimento cirúrgico.

A amostra do presente estudo incluiu pacientes regularmente matriculados no Programa de Cirurgia Bariátrica do HC-FMUSP, e que também preencheram os seguintes critérios adicionais da pesquisa:

- (1) Indivíduos adultos (idade acima de 18 anos);
- (2) Capazes de ler, compreender e assinar um termo de consentimento informado.

Os critérios de exclusão da presente investigação foram:

- (1) Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica anterior, independente do tempo decorrido da primeira cirurgia, mas que estão aguardando nova operação para corrigir as complicações pós-cirúrgicas;
- (2) Incapazes de completar as avaliações por dificuldade linguística, de mobilidade, baixa escolaridade que incapacite ler e assinar o termo de consentimento, residir em local distante sem possibilidade de comparecer às avaliações agendadas.

Para investigar a ocorrência de transtornos mentais entre os pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica, o tamanho estimado da amostra do presente estudo foi de 418 sujeitos. Para o cálculo do tamanho da amostra⁸⁰, levou-se em conta a frequência de transtorno mental em pacientes que aguardavam cirurgia bariátrica (de 89% segundo Alciati e colaboradores²³, e admitindo um erro amostral de 5%). O cálculo do tamanho amostral foi realizado sob o número de pacientes que aderem ao programa anualmente, 500 pacientes. Foi realizado por meio da calculadora

eletrônica disponível no sítio eletrônico do Laboratório de Epidemiologia e Estatística Lee-Dante⁸¹; data de acesso: 19 de março de 2010.

2.3 Instrumento de avaliação padronizada

As seguintes informações foram coletadas para todos os participantes:

- a) Variáveis sociodemográficas. Foi utilizada entrevista clínica na qual foram colhidos dados de identificação e características sociodemográficas dos participantes do estudo: nome (iniciais), idade, estado civil, escolaridade, uso de tabaco, histórico de obesidade na família, ocupação atual, e antecedentes de transtorno psiquiátrico e/ou psicológico (Anexo B);
- b) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Diagnosis (SCID-I/P)*⁽⁸²⁾ – Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV. Trata-se de uma entrevista semiestruturada com os critérios operacionais do DSM-IV.⁸³ É amplamente aceita como “padrão-ouro” nas pesquisas de transtornos mentais. Após um rastreamento sobre possíveis transtornos mentais, o entrevistador deverá investigar se o paciente preenche os critérios para algum transtorno. A SCID-I/P é dividida por módulos sendo: transtornos afetivos (seção A e B), transtornos psicóticos (seção C e D), uso de substâncias (seção E), transtornos de ansiedade (seção F), transtornos somatoformes (seção G), transtornos alimentares (seção H) e transtornos de ajustamento (seção I). A estratégia de diagnóstico adotado pela SCID-I/P é *top-down*, ou seja, o entrevistador deve verificar a presença de sintomas que satisfazem um conjunto de critérios para um determinado diagnóstico psiquiátrico. Há estudos de confiabilidade deste instrumento para pacientes psiquiátricos ambulatoriais.⁸⁴ Nesta pesquisa, usamos a versão para pacientes SCID-I/P, que permite levantar transtornos no momento da entrevista e ao longo da vida. A seção de transtornos psicóticos e transtornos

somatoformes não foram avaliados para encurtar o tempo de aplicação, e, também, porque pacientes com psicoses são excluídos do programa de cirurgia bariátrica (Anexo C);

- c) *Hypomanic Checklist*⁸⁵ – Escala de Autoavaliação de Hipomania é um questionário de rastreamento composto por 8 questões que avaliam o estado de humor atual e passado, em relação à síndrome hipomaniaca. Avalia as características dos períodos “altos” ou “para cima”, mudanças ou oscilações de energia, atividade e humor. A questão 1 caracteriza o estado de humor atual, avaliando como está se sentindo no momento da aplicação do questionário, comparado com seu estado normal. São sete alternativas com graduação de intensidade. A segunda questão avalia a autopercepção em relação aos níveis de atividade, energia e humor, comparado em relação a outras pessoas. A questão 3 é que representa, de fato, o rastreamento dos sintomas de hipomania. São 32 perguntas, com respostas “sim” ou “não”, que lembram períodos em que o sujeito esteve num estado “para cima”, independente do estado atual. A pontuação total (HCL-32) é obtida por meio da soma das respostas afirmativas nessa questão. A questão 4 avalia a gravidade e o impacto funcional que ocorre na vida familiar, social, no trabalho e em relação à recreação ou ao lazer, como positivo, sem impacto ou negativo. A questão 5 avalia a reação das pessoas próximas ao sujeito, se positivamente, negativamente ou ambas, ou, ainda, se não tiveram nenhuma reação. E as três últimas questões referem-se à duração e ao período de ocorrência desses períodos ditos “altos” ou “para cima”. Este instrumento possui um bom desempenho psicométrico na sua versão em Português validada para pacientes com transtornos de humor⁸⁶, sendo, transculturalmente, comparável com outras versões no mundo⁸⁷ (Anexo D);
- d) *Mood Disorders Questionnaire*⁸⁸ – O Questionário de Transtornos de Humor é uma escala de rastreamento de autopreenchimento para detectar sintomas maníacos em sujeitos com transtorno bipolar I e II. Os estudos de validação demonstraram que esta escala apresenta boas qualidades psicométricas com adequada sensibilidade e especificidade.⁸⁹ A escala é

composta por 13 questões de autorresposta sobre sintomas bipolares registradas em respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não” e outras quatro perguntas que abrangem a simultaneidade dos sintomas, além dos prejuízos na área familiar, no trabalho, se houve consequências financeiras ou legais. Recentemente, a sua versão traduzida para Português também recebeu uma devida validação em pacientes com transtornos de humor⁸⁶ (Anexo E);

- e) *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*⁹⁰ - A Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Åsberg pontua a presença dos principais sintomas do transtorno depressivo, tais como tristeza, redução do sono, lassidão, pessimismo e pensamentos suicidas. Seus dez itens incluem aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais da depressão. A escala é pontuada por meio de uma entrevista clínica estruturada específica.⁹¹ Inicia com perguntas genéricas sobre os sintomas, acompanhadas de questões mais detalhadas que permitem avaliação precisa de gravidade. Em geral, a escala MADRS leva entre 10 a 15 minutos para ser aplicada. Esta escala foi traduzida para o Português e foi amplamente utilizada no Brasil⁹² (Anexo F);
- f) *Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire, version II*⁹³ – O Questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt é utilizado em pacientes obesos que serão submetidos à cirurgia bariátrica. Em 2006, foi publicado no periódico *Obesity Surgery* o artigo que estabeleceu a validação do M-A QoLII como instrumento de avaliação de qualidade de vida em obesos mórbidos.⁹³ Desenvolvido a partir do *Bariatric Analyses and Reporting System (BAROS)*⁹⁴ – é um instrumento de avaliação dos resultados pós-cirurgia. O M-A QoLII tem sido utilizado como instrumento de avaliação pré-cirurgia da qualidade de vida dos pacientes.^{95,96} Baseia-se na visualização de uma escala de figuras, é de fácil aplicação, seu preenchimento é muito simples e não dura muito mais que um minuto. Contempla seis aspectos: 1 - autoavaliação do estado geral, 2 - realização de atividades físicas, 3 - contato social, 4 - desempenho no trabalho, 5 - prazer em afetividade e/ou sexo; e 6 -

relação do paciente com a comida. Ao final, a soma dos resultados é calculada e considerada para análise. A escala varia de um escore mínimo de 3 pontos negativos, até o máximo de 3 pontos positivos. Classifica-se a qualidade de vida do paciente como muito ruim quando o somatório dos escores varia entre -3 a -2,1. Escores entre -2 e -1,1 correspondem a uma qualidade de vida ruim. Entre -1 e 1 satisfatória; entre 1,1 e 2; boa e entre 2,1 e 3; muito boa. Não encontramos relatos da utilização deste questionário como instrumento de avaliação de medidas não cirúrgicas para o tratamento da obesidade mórbida. Estudos de validação em outras línguas⁹⁵⁻⁹⁷ mostram que o M-AQoL-II é um instrumento válido e útil para documentar as alterações de qualidade de vida de pacientes obesos nas várias fases de intervenção cirúrgica⁹³, sendo adotado pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica.⁹⁸ Este questionário já vem sendo utilizado por alguns grupos no nosso país^{99,100}, porém a versão em Português ainda não foi validada (Anexo G). Para utilização desta escala, recebemos autorização da autora Dra. Melodie K. Moorehead (Anexo H).

2.4 Procedimentos

2.4.1 Recrutamento

Os pacientes matriculados no ambulatório de cirurgia bariátrica e pertencentes à lista de espera foram contatados por telefone para participarem da pesquisa. Foram cinco blocos de 100 pacientes. Neste contato inicial, os pacientes receberam uma breve explicação geral e os objetivos da pesquisa, e foram convidados para participação voluntária e anônima. Após aceitação, foi agendado dia, além do horário e local para a aplicação dos questionários.

2.4.2 Entrevistadores

Uma equipe de seis psicólogas clínicas recebeu treinamento para se familiarizar com os instrumentos e foram supervisionadas durante a investigação pelo professor orientador. O treinamento dos entrevistadores para a entrevista estruturada SCID-I/P foi oferecido pelo Centro de Treinamento de Entrevistas Diagnósticas do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (LIM-23) da FMUSP. Os entrevistadores receberam treinamento de 30 horas. Para análise de confiabilidade inter-juízes, os primeiros 15 participantes foram avaliados por pares de entrevistadores. Os entrevistadores eram cegos para a amostra, e os pacientes foram aleatoriamente designados para o primeiro assistente de pesquisa disponível. Uma estagiária de Psicologia (bolsista de iniciação científica associada a esta pesquisa) encaminhou os pacientes convocados para a sala de entrevista. Houve, também, um treinamento para se familiarizarem com os questionários HCL, MDQ, MADRS e M-A QoL II.

2.4.3 Participantes

Dos 500 pacientes elegíveis da lista de espera, 63 dos contatados se recusaram a participar durante o prévio convite por telefone e 44 foram excluídos após o rastreamento. Os motivos de exclusão foram: sintomas prévios de graves transtornos mentais como psicose (um caso), retardo mental (um caso), já ter realizado algum procedimento cirúrgico bariátrico (cinco casos) e dificuldades de locomoção que inviabilizaram o acesso ao ambulatório (37 casos). A amostra final foi composta por 393 pacientes que concluíram a entrevista.

2.4.4 Aplicações

O estudo contou com a aplicação da entrevista em um único encontro. Dependendo da complexidade da história psiquiátrica e o padrão de comorbidade, a

entrevista teve duração entre 60 a 90 minutos.⁸² Todas as entrevistas ocorreram no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica da Clínica de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – 6º andar. Todas as avaliações foram realizadas entre novembro de 2010 e março de 2012. Os quatro primeiros meses foram de treinamento e aplicações para estabelecer a calibração dos instrumentos entre os pesquisadores e preparação do material a ser utilizado. Finalizadas as aplicações, os dados foram armazenados num banco do programa SPSS. Um membro da equipe de pesquisadores avaliou a adequação de todos os dados, checando eventuais erros. Quando houve alguma discrepância ou desvio incongruente, os dados foram verificados novamente por telefone. Quando isso não foi possível, o paciente foi reconvocado para complementar os dados da entrevista. Os dados coletados foram digitados duas vezes para evitar erros na entrada desses e verificar a consistência interna.

2.5 Análise estatística

Para atingir os objetivos propostos, as seguintes análises foram executadas:

- a) Análise descritiva da amostra e das variáveis sociodemográficas, clínica do instrumento psicométrico, na forma de proporção para variáveis categóricas e de média para variáveis contínuas. Cálculo da frequência atual e em vida de transtornos psiquiátricos (%), e medida de dispersão (desvio-padrão) em indivíduos obesos tipo III, por meio da entrevista semiestruturada SCID-I/P;
- b) Análise de regressão multivariada testou o efeito de associação entre a presença de transtornos mentais e as variáveis sociodemográficas. Na análise de regressão logística, foi usada como variável dependente a ocorrência de algum transtorno psiquiátrico (0=não; 1=sim). Como variáveis independentes contínuas: IMC, idade e escolaridade; e variáveis categoriais: sexo (mulheres e homens), estado civil (casado, viúvo,

separado/divorciado e solteiro), ocupação (sim ou não). Método = ENTER;

- c) Análise de confiabilidade inter-juízes. Os primeiros 15 participantes foram avaliados por pares de entrevistadores. Os dados foram inseridos na planilha do programa SPSS, com a seguinte notação 0= sem transtorno e 1= com transtorno. Foram avaliados 21 transtornos do eixo I SCID-I/P. O comando *CROSSTABS* do SPSS foi utilizado para obter o coeficiente Kappa em relação ao desfecho de interesse, seguido pelo cálculo da média ponderada¹⁰¹;
- d) Análise descritiva da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e transtornos clínicos. Será calculada a Média, Desvio-padrão, dispersão, consistência interna para MDQ, HCL-32, MADRS e M-A QoL-II;
- e) Análise fatorial exploratória, para avaliar transtornos psiquiátricos entre os pacientes obesos, candidatos à cirurgia bariátrica, por meio do MDQ e MADRS;
- f) Análise de Curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC), adotando a entrevista SCID-I/P como padrão-ouro para MDQ, HCL e MADRS;
- g) Correlação dos itens da escala de qualidade de vida (*Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II* (M-A QoLII), sob os domínios de autoestima, condicionamento físico, relacionamentos sociais, trabalho e sexualidade, em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica;
- h) A correlação entre a variável contínua do IMC será feita com HCL, MDQ, M-A QoLII e MADRS por meio do coeficiente de correlação de Pearson, para verificar o efeito de sobreposição do construto das duas variáveis;
- i) Todos os cálculos foram executados no pacote de programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences 18.0/Predictive Analytics SoftWare*¹⁰² e o nível de significância de valor-*p* de 0,05% foi adotado para testes bicaudados.

2.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projeto Pesquisas (CAPPesq Protocolo 0228/11) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo I), com a anuência do Departamento de Psiquiatria da FMUSP e do Departamento de Cirurgia Gástrica da FMUSP (Anexo J).

A participação dos pacientes foi voluntária e o anonimato foi garantido em todos os estágios do estudo. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo K). Antes da inclusão do sujeito no estudo, os participantes foram amplamente esclarecidos sobre os benefícios e riscos de participar desta pesquisa. A qualquer momento, os sujeitos selecionados poderiam deixar a pesquisa, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento.

3 RESULTADOS

3 RESULTADOS

3.1 Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I/P)

3.1.1 Amostra

Participaram do estudo 393 pacientes. Dentre os participantes, 311 foram mulheres (79,1%) e 82 (20,9%) homens. A maioria era casada ou estava em união estável 201 (51,5%), solteiros eram 100 (25,4%); 65 (16,5%) eram separados ou divorciados e 26 (6,6%), viúvos. O nível de escolaridade foi de 9,6 anos (SD 3,6), o que corresponde ao segundo grau completo. Cerca de 60% trabalhavam no momento da entrevista e 75,8% relataram haver histórico de obesidade na família, e cerca de 60% nunca realizaram tratamento psiquiátrico e/ou psicológico (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados demográficos por sexo

Características	N	(%)
Sexo		
Mulheres	311	(79.1)
Homens	82	(20.9)
Estado Civil		
Casado	201	(51.1)
Solteiro	100	(25.4)
Separado/divorciado	65	(16.5)
Viúvo	26	(6.6)
Escolaridade		
1- 8 anos	138	(35.1)
9-12 anos	175	(44.5)
> 12 anos	80	(20.4)
Ocupação atual (remunerado)		
Sim	246	(62,6)
Não	147	(37,4)
Histórico de obesidade familiar		
Sim	298	(75,8)
Não	95	(24,2)
Uso de tabaco		
Fumante	42	(10,7)
Ex-fumante	126	(32,1)
Nunca fumou	225	(57,3)
Histórico de tratamento (psiquiátrico/psicológico)		
Sim	159	(40,5)
Não	234	(59,5)

Fonte: Criado pelo autor.

A média de idade foi de 43 anos (SD 11,5), as mulheres na faixa dos 44 anos (SD 11,4) e os homens 43 anos (SD 12,0). Não houve uma diferença significativa entre as idades. Em relação ao IMC, a média foi de 47,8 Kg/m² (SD 7,5), com mínimo de 31,2 e máximo de 92,1. As mulheres apresentaram uma média de IMC de 46,4 (SD 6,6) e os homens 50,2 (SD 9,6), com $t = 3,4$. A diferença de peso foi significativa entre homens e mulheres, assim com também a correlação entre IMC e idade com $p < 0,0001$, $r = -0,2$ (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre as variáveis sexo e idade/IMC

	Total (N=393)	Mulheres (n=311)	Homens (n=82)	Teste χ^2	p-valor
	Média (S.D.)	Média (S.D.)	Média (S.D.)		
Idade, anos	43.0 (11.5)	43.9 (11.4)	42.7 (12.0)	$t = 0.3$	0.8
IMC, kg/m²	47.8 (7.5)	46.4 (6.6)	50.2 (9.6)	$t = -3.4$	*
Idade x IMC				$r = -0.2$	**

Fonte: Criado pelo autor.

* $p < 0,05$

** $p < 0,0001$

3.1.2 Transtornos psiquiátricos ao longo da vida

3.1.2.1 Concordância interjuízes

A concordância interjuízes foi de $kappa = 0,8$, em relação ao desfecho de interesse que foi o preenchimento dos critérios para qualquer transtorno psiquiátrico ao longo da vida. De acordo com Landis¹⁰³, um valor $kappa$ de 0,0 a 0,2 indica ligeiro acordo; 0,2 a 0,4 acordos justos; 0,4 a 0,6 indica concordância moderada; 0,6 a 0,8 indicam um acordo substancial e 0,8 a 1,0 indica concordância quase perfeita ou perfeita. Assim, nosso coeficiente mostrou uma ótima concordância entre interjuízes.

3.1.2.2 Frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida

A Tabela 5 mostrou as frequências dos transtornos psiquiátricos ao longo da vida para o total da amostra dividida por gênero. Do total dos participantes da amostra, 80,9% dos entrevistados preencheram os critérios diagnósticos de, pelo menos, um transtorno ao longo da vida. Nas mulheres, a frequência de, pelo menos, um transtorno foi de 80,7%. O transtorno de humor foi a classe de maior frequência ao longo da vida para essa amostra com 64,9% ($n=255$). Dentre os transtornos do humor, os transtornos bipolares foram os mais frequentes com 35,6%, sendo o mais comum o TBSOE (16,5%). O segundo transtorno de humor de maior frequência foi o transtorno depressivo com 29,3% ($n=115$), sendo a depressão maior o mais comum com 27,5%. Na análise de gêneros, os homens apresentaram uma significativa diferença em relação a mulheres na frequência de transtornos bipolares ao longo da vida ($p<0.05$).

Os transtornos de ansiedade aparecem como a segunda classe de maior frequência para os pacientes que preencheram algum critério diagnóstico ao longo da vida 54,7% ($n=215$), sendo a mais comum fobia específica com 23,4% e agorafobia com 10,7%. Mulheres apresentaram significativa diferença na categoria agorafobia ($p < 0,0001$). Os transtornos alimentares foram diagnosticados em 35,1% ($n=138$) dos participantes, sendo que 117 pacientes acusaram história de compulsão alimentar ao longo da vida. As mulheres apresentaram uma frequência de bulimia de 10,9%, com significativa diferença em relação aos homens que apresentaram 2,4%, ($p<0.05$). Pacientes que preencheram os critérios para compulsão alimentar apresentaram ocorrência de três ou mais comorbidades ao longo da vida. Entre o total da amostra, 17,6% ($n=69$) participantes acusaram o uso de alguma substância ao longo da vida, sendo que os homens apresentaram isto com mais frequência tanto para o uso de álcool quanto de drogas ($p<0,0001$ e $p<0,05$, respectivamente). (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, de acordo com SCID-I/P

Transtornos psiquiátricos	Total N (%)	Mulheres N (%)	Homens N (%)	χ^2	p
N	393	311	82		
Transtornos Psiquiátricos	318 (80.9)	251 (80.7)	67 (81.7)	0,0	0.8
Transtornos Afetivos	255 (64.9)	200 (64.3)	55 (67.1)	0.2	0.6
Transtornos Bipolares	140 (35.6)	103 (33.1)	37 (45.1)	4.1	*
Transtorno Bipolar I	20 (5.1)	13 (4.2)	7 (8.5)	2.5	0.1
Transtorno Bipolar II	55 (14)	42 (13.5)	13 (15.9)	0.3	0.6
TBSOE	65 (16.5)	48 (15.4)	17 (20.7)	1.3	0.3
Transtornos depressivos	115 (29.3)	97 (31.2)	18 (22.0)	2.7	0.1
Transtorno Depressivo Maior	108 (27.5)	90 (28.9)	18 (22.0)	1.6	0.2
Transtorno Depressivo Menor	2 (0.5)	2 (0.6)	--		
Distímia	5 (1.3)	5 (1.6)	--		
Transtornos de Ansiedade	215 (54.7)	177 (56.9)	38 (46.3)	2.9	0.1
Transtorno de Pânico	35 (8.9)	29 (9.3)	6 (7.3)	0.3	0.6
Agorafobia	42 (10.7)	41 (13.2)	1 (1.2)	9.7	**
Fobia Social	50 (12.7)	41 (13.2)	9 (11.0)	0.3	0.6
Fobia Específica	92 (23.4)	77 (24.8)	15 (18.3)	1.5	0.2
TEPT	12 (3.1)	8 (2.6)	4 (4.9)	1.2	0.3
TOC	25 (6.4)	22 (7.1)	3 (3.7)	1.3	0.3
Ansiedade SOE	21 (5.3)	17 (5.5)	4 (4.9)	0,0	1.0
Transtornos por uso de substância	69 (17.6)	39 (12.5)	30 (36.6)	25.9	**
Uso de Álcool	57 (14.5)	30 (9.6)	27 (32.9)	28.4	**
Uso de Drogas	27 (6.9)	17 (5.5)	10 (12.2)	4.6	*
Transtornos Alimentares	138 (35.1)	109 (35.0)	29 (35.4)	0.0	1,0
Compulsão alimentar	117 (29.8)	89 (28.6)	28 (34.1)	0.9	0.3
Bulimia nervosa	36 (9.2)	34 (10.9)	2 (2.4)	5.6	*
Algum Transtorno (N, %)	318 (80.9)	251 (80.7)	67 (81.7)	0,0	0.8
0	75 (19.1)	60 (19.3)	15 (18.3)		
1	76 (19.3)	59 (19.0)	17 (20.7)		
2	88 (22.4)	70 (22.5)	18 (22.0)		
3+	154 (39.2)	122 (39.2)	32 (39.0)	0.1	1,0

Fonte: Criada pelo autor.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,0001$

Para células com menos de cinco, foram utilizadas as estatísticas de Fisher para p-valor; SOE - Sem outra especificação; TEPT - Transtorno estresse pós-traumático; TOC - Transtorno compulsivo-obsessivo.

3.1.3 Frequência de transtornos psiquiátricos no momento da entrevista

Na análise de frequências dos transtornos presentes no momento da entrevista, 52,2% (n=227) preencheram o diagnóstico de, pelo menos, um no momento da

entrevista. Nos homens, esta frequência foi de 58,5%. O transtorno de ansiedade foi a classe mais frequente com 46,3% (n=182), sendo o TAG o mais comum com 23,9% seguido pela fobia específica com 17,0%. A segunda classe mais frequente foi dos transtornos do humor com 21,6% (n=85), sendo o transtorno bipolar II (7,4%) e a depressão maior (6,9%) os mais comuns. Os transtornos alimentares apareceram com 20,1% (n=79), sendo que 65 participantes preencheram o diagnóstico para compulsão alimentar. Dentre o total da amostra, 3,1% (n=12) relataram o uso de alguma substância no momento da entrevista, com significativa frequência para os homens ($p<0.0001$). As médias das notas do *Global Assessment Functioning* (GAF) foram de 77,0 (DP=12,0), sendo a pontuação mínima 40 e a máxima 98 (Tabela 6).

Dentre todos os participantes que apresentaram algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida, cerca de 20% apresentaram somente um transtorno; 22% apresentam dois transtornos e 39% foram diagnosticados com três ou mais transtornos. Na classe de 3 ou mais transtornos, os mais comuns foram compulsão alimentar (30%), depressão maior (27%) e fobia específica (23%). Compulsão alimentar e fobia específica foram comuns tanto para os homens como para as mulheres, no entanto, como terceira categoria, aparece o TBII para os homens e a depressão maior para as mulheres.

Os participantes que preencheram diagnósticos no momento da entrevista, cerca de 30%, apresentaram somente um transtorno, 15% preencheram para dois transtornos e 15% para três transtornos ou mais. O transtorno mais comum atual, na classe dos três ou mais transtorno, foi TAG (24%), seguido pela fobia específica (17%) e compulsão alimentar (17%). Na divisão por gênero TAG e compulsão alimentar, foram comuns para ambos, homens e mulheres, e, na terceira categoria, aparece TBII para os homens e fobia específica para as mulheres.

Tabela 6 - Frequência de transtornos psiquiátricos no momento da entrevista em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, de acordo com SCID-I/P

Transtornos psiquiátricos	Total N (%)	Mulheres N (%)	Homens N (%)	χ^2	<i>p</i>
N	393	311	82		
Transtornos Psiquiátricos	227(57.8)	179(57.6)	48(58.5)	0,0	0.9
Transtornos Afetivos	85 (21.6)	68 (21.9)	17 (20.7)	0.1	0.8
Transtornos Bipolares	54 (13.7)	41 (13.2)	13 (15.9)	0.4	0.5
Transtorno Bipolar I	8 (2.0)	6 (1.9)	2 (2.4)	0.1	0.7
Transtorno Bipolar II	29 (7.4)	21 (6.8)	8 (9.8)	1.4	0.5
TBSOE	17 (4.3)	14 (4.5)	3 (3.7)	0.1	1.0
Transtornos Depressivos	31 (7.9)	27 (8.7)	4 (4.9)	1.3	0.4
Transtorno Depressivo maior	27 (6.9)	23 (7.4)	4 (4.9)	0.6	0.6
Distímia	4 (1.0)	4 (1.3)	--	1.1	0.6
Transtornos de Ansiedade	182 (46.3)	147 (47.3)	35 (42.7)	4.2	0.7
Transtorno de Pânico	9 (2.3)	8 (2.6)	1 (1.2)	0.5	0.7
Agorafobia	22 (5.6)	21 (6.8)	1 (1.2)	3.8	0.1
Fobia Social	36 (9.2)	28 (9.0)	8 (9.8)	0.6	0.9
Fobia Específica	67 (17.0)	55 (17.7)	12 (14.6)	2.6	0.5
TEPT	10 (2.5)	8 (2.6)	2 (2.4)	0.0	1.0
TOC	14 (3.6)	13 (4.2)	1 (1.2)	1.6	0.3
TAG	94 (23.9)	79 (25.4)	15 (18.3)	6.0	0.1
Ansiedade SOE	21 (5.3)	17 (5.5)	4 (4.9)	0,0	1.0
Transtornos por uso de substância	12 (3.1)	6 (1.9)	6 (7.3)	6.4	*
Uso de Álcool	12 (3.1)	6 (1.9)	6 (7.3)	6.4	*
Uso de Drogas	2 (0.5)	1 (0.3)	1 (1.2)	1.0	0.4
Transtornos Alimentares	79 (20.1)	62 (19.9)	17 (20.7)	0,0	0.9
Compulsão alimentar	65 (16.5)	48 (15.4)	17 (20.7)	1.7	0.7
Bulimia nervosa	14 (3.6)	14 (4.5)	--	--	--
Algum Transtorno (N, %)	227 (57.8)	179 (57.6)	48 (58.5)	0,0	0.9
0	166 (42.2)	132 (42.4)	34 (41.5)		
1	105 (26.7)	80 (25.7)	25 (30.5)		
2	61 (15.5)	48 (15.4)	13 (15.9)		
3+	61 (15.5)	51 (16.4)	10 (12.2)	1.3	0.7
Gravidade - GAF (Média, SD)	76.8 (12.3)	77.3 (11.7)	74.6 (14.4)	0.2	-0.1

Fonte: Criada pelo autor.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,0001$

Para células com menos de 5, foram utilizadas as estatísticas de Fisher para p-valor; SOE - Sem outra especificação; TEPT - Transtorno estresse pós-traumático; TOC - Transtorno compulsivo-obsessivo; TAG - Transtorno de ansiedade generalizada; GAF - *Global Assessment of Functioning*.

3.1.4 Regressão logística

As análises de regressão logística foram realizadas tendo como variável dependente: algum distúrbio psiquiátrico (0 = não, 1 = sim). As variáveis independentes foram: variáveis contínuas: IMC, idade (anos) e educação; variáveis categóricas: gênero (mulheres e homens), estado civil (casado, viúvo, separado/divorciado e solteiro) e ocupação (sim ou não).

A regressão múltipla mostrou para quaisquer transtornos psiquiátricos no momento da entrevista que idade, com OR 1,0 (IC 95% 0,9-1,0) e educação OR 0,9 (IC 95% 0,9-1,0), ambos com $p < 0.0001$, foram negativamente associados à presença de transtornos psiquiátricos. Isto indica que quanto maior a idade e a escolaridade menor a chance de algum transtorno psiquiátrico. Para cada ano de idade, para cada grau de escolaridade, diminui-se a chance de frequência de algum transtorno psiquiátrico.

Na análise do modelo, foi realizado o teste Hosmer and Lemeshow, com $\chi^2=3,1$, $p=0.9$ para transtornos no momento da entrevista e $\chi^2=11,8$ e $p=0,2$, ao longo da vida (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores associados aos transtornos psiquiátricos no momento da entrevista e ao longo da vida

Variável		Transtorno no momento da entrevista	Transtorno ao longo da vida
		OR (95% CI)	OR (95% CI)
Gênero	Mulher	1,0	1,0
	Homem	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,5-1,8)
	Wald χ^2	0,2	0,1
Idade (anos)	Wald χ^2	1,0 (0,9-1,0) 7,7**	1,0 (1,0-1,0) 1,2
	Casado/união estável	1,0	1,0
Estado civil	Separado	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,4-1,7)
	Viúvo	1,8 (0,7-4,9)	1,0 (0,3-3,3)
	Solteiros	0,7 (0,4-1,4)	0,7 (0,3-1,5)
	Wald χ^2	3,5	1,3
Educação	Wald χ^2	0,9 (0,9-1,0) 7,0**	0,9 (0,7-1,0) 2,8
	IMC	1,0 (1,0-1,0) 0,5	1,0 (1,0-1,0) 0,1
Ocupação	Empregado	1,0	1,0
	Não trabalha	0,9 (0,6-1,4)	0,9 (0,5-1,6)
	Wald χ^2	0,2	0,2
Hosmer and Lemeshow Test		$\chi^2 = 3,1$, $p=0.9$	$\chi^2 = 11,8$, $p=0.2$

Fonte: Criada pelo autor.

* $p < 0,05$

** $p < 0,0001$

3.1.5 Razão de Frequência

Comparando transtornos psiquiátricos no momento da entrevista e ao longo da vida, analisamos as razões de frequência. Embora seja esperado que as taxas de frequência ao longo da vida sejam sempre maiores que as taxas no momento da entrevista (80,9% vs. 57,8%; ou 1:1,4), verificaram-se algumas razões significativas. Notamos que a razão da frequência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é da ordem de 5,7, para os transtornos de humor, é ao redor de 3,0; enquanto que, para transtornos alimentares, foi de 1,7; e transtornos de ansiedade 1,2. Essas razões indicam que há uma oscilação na ocorrência tanto dos transtornos relacionados ao uso de substância como nos transtornos de humor ao longo da vida dos pacientes obesos. Por outro lado, os transtornos de ansiedade e os transtornos alimentares apresentam razões de frequências que indicam relativa estabilidade nessas condições, o que sugere uma possível cronicidade tanto da ansiedade como dos transtornos alimentares ao longo da vida desses pacientes obesos (Tabela 8).

Tabela 8 - Transtornos Psiquiátricos no momento da entrevista e ao longo da vida em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Razão de Frequência (N=393)

Transtornos Psiquiátricos	No momento da entrevista N (%)	Ao longo da vida N (%)	Razão de Frequência
Transtornos Psiquiátricos	227(57.8)	318 (80.9)	1,4
Transtornos Afetivos	85 (21.6)	255 (64.9)	3,0
Transtornos Bipolares	54 (13.7)	140 (35.6)	
Transtorno Bipolar I	8 (2.0)	20 (5.1)	
Transtorno Bipolar II	29 (7.4)	55 (14.0)	
TBSOE	17 (4.3)	65 (16.5)	
Transtornos depressivos	31 (7.9)	115 (29.3)	
Transtorno depressivo maior	27 (6.9)	108 (27.5)	
Transtorno depressivo menor	--	2 (0.5)	
Distímia	4 (1.0)	5 (1.3)	
Transtornos de Ansiedade	182 (46.3)	215 (54.7)	1,2
Transtorno de Pânico	9 (2.3)	35 (8.9)	
Agorafobia	22 (5.6)	42 (10.7)	
Fobia Social	36 (9.2)	50 (12.7)	
Fobia Específica	67 (17.0)	92 (23.4)	
TEPT	10 (2.5)	12 (3.1)	
TOC	14 (3.6)	25 (6.4)	
TAG	94 (23.9)	--	
Ansiedade SOE	21 (5.3)	21 (5.3)	

Continua

Transtornos Psiquiátricos	No momento da entrevista N (%)	Ao longo da vida N (%)	conclusão
			Razão de Frequência
Transtornos por uso de substância	12 (3.1)	69 (17.6)	5,7
Uso de Álcool	12 (3.1)	57 (14.5)	
Uso de Drogas	2 (0.5)	27 (6.9)	
Transtornos Alimentares	79 (20.1)	138 (35.1)	1,7
Compulsão alimentar	65 (16.5)	117 (29.8)	
Bulimia nervosa	14 (3.6)	36 (9.2)	

Fonte: Criada pelo autor.

SOE- Sem outra especificação; TEPT - Transtorno estresse pós-traumático; TOC - Transtorno compulsivo-obsessivo; TAG - Transtorno de ansiedade generalizada; GAF - *Global Assessment of Functioning*

3.2 *Hypomania Check List* – 32 (HCL – 32)

3.2.1 Amostra

Da amostra total do estudo com 393 participantes, 379 (96,2%) preencheram o questionário HCL-32; 14 participaram somente da entrevista SCID-I/P na fase de treinamento. Dos 379 que compuseram a amostra total do HCL-32, 229 (78,9%) foram mulheres e 80 (21,1%) homens. Dentre os participantes, tivemos 138 (36,4%) que preencheram critérios de bipolaridade de acordo com diagnósticos da SCID-I/P (20 TBI, 54 TBII, 64 TBSOE).

3.2.2 Questão 3 – HCL-32 (sintomas de hipomania)

A soma dos 32 itens, da questão 3, obteve média de 13,5 (DP 7,5). As médias dos itens foi de: mínimo 0,0 (item 32: “*Uso mais drogas (sedativos, tranquilizantes, estimulantes, entre outros)*”) e máximo 0,7 (itens: 2- “*Você se sentia com mais energia e mais ativo (a)*” e 4- “*Se entusiasmava mais com meu trabalho*”) (Figura 7).

3.2.3 Confiabilidade do HCL-32

O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) entre os 32 itens foi de 0,9.

3.2.4 Análise de detecção de sinais: sensibilidade e especificidade

Para avaliar estatisticamente a validade de critério do HCL-32, foram realizados cálculos dos seguintes coeficientes: sensibilidade (porcentagem de casos identificados corretamente) e especificidade (porcentagem de não casos identificados corretamente), e o melhor ponto de corte foi determinado por meio do Youden index.¹⁰⁴ O escore final do HCL-32 foi estudado usando os diagnósticos de transtorno bipolar pela SCID-I/P, como padrão-ouro. Análises separadas foram calculadas para Transtorno Bipolar tipo I, II, SOE e total de TB ao longo da vida, conforme as Tabelas 9 a 12.

HCL-32 – TBI- Observamos que, para o transtorno bipolar tipo I, o melhor ponto de corte foi 17/18, sendo a sensibilidade e a especificidade 0,7. Portanto, com uma acurácia de 70% para verdadeiros positivos e verdadeiros negativos (Tabela 9).

HCL-32 – TBII - Para transtorno bipolar tipo II, o melhor ponto de corte foi 16/17, com sensibilidade e especificidade 0,7 e acurácia de 70% tanto para verdadeiros positivos como para verdadeiros negativos (Tabela 10).

HCL-32 – TBSOE – Para transtornos bipolares sem outras especificações, o melhor ponto de corte foi 18/19, com sensibilidade 0,2 e especificidade 0,7, portanto, com acurácia de somente 20% para os verdadeiros positivos e 70% para os verdadeiros negativos (Tabela 11).

HCL-32 – TBtotal – Para o total dos transtornos bipolares, o melhor ponto de corte foi 14/15, com sensibilidade 0,7 e especificidade 0,6, portanto, com 70% de acurácia para detectar os verdadeiros positivos e 60% para os verdadeiros negativos (Tabela 12).

Tabela 9 - Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo I

(HCL - TBI)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
13/14	0,8	0,5
14/15	0,8	0,5
15/16	0,7	0,6
16/17	0,7	0,7
17/18*	0,7	0,7
18/19	0,6	0,7
19/20	0,6	0,8
20/21	0,6	0,8
21/22	0,5	0,9
22/23	0,4	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 10 - Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo II

(HCL - TBII)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
13/14	0,9	0,5
14/15	0,9	0,6
15/16	0,8	0,6
16/17*	0,7	0,7
17/18	0,6	0,7
18/19	0,6	0,8
19/20	0,4	0,9
20/21	0,4	0,8
21/22	0,3	0,9
22/23	0,2	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 11 - Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar tipo SOE

(HCL – TBSOE)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
13/14	0,6	0,5
14/15	0,5	0,5
15/16	0,4	0,6
16/17	0,4	0,6
17/18	0,3	0,7
18/19*	0,2	0,7
19/20	0,2	0,8
20/21	0,9	0,9
21/22	0,2	0,9
22/23	0,1	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

* Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 12 - Coeficientes de sensibilidade e especificidade do HCL-32, com melhor ponto de corte para transtorno bipolar total

(HCL - TBtotal)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
13/14	0,7	0,6
14/15*	0,7	0,6
15/16	0,6	0,7
16/17	0,5	0,7
17/18	0,5	0,8
18/19	0,4	0,8
19/20	0,3	0,8
20/21	0,3	0,8
21/22	0,2	0,9
22/23	0,2	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

* Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

3.2.5 Análise da curva ROC

Em seguida, a análise de detecção dos sinais, os valores de sensibilidade e falso-positivos ($1 - \text{especificidade}$) foram apresentados graficamente utilizando a curva de *Receiver Operating Characteristic* (ROC), respectivamente, para TBI, II, SOE e amostral total de TB (Figuras 2 a 5).

Conforme a Tabela 13, a área sob a curva ROC (AUC) foi de 0,7 para TBII ao longo da vida, 0,7 para TBI, 0,5 para TBSOE e 0,7 para TBtotal. Observando o IC de 95%, podemos ver que, para TBI e TBII, os valores se sobrepõem, não sendo possível concluir que o instrumento HCL-32 detecte essas duas categorias de TB com uma acurácia diferente. A exceção foi para TBSOE, com desempenho inaceitável, pois o IC 95% foi de 0,4-0,6.

Tabela 13 - Área da curva ROC do HCL-32 plotado com Transtornos Bipolares ao longo da vida, melhor ponto de corte e intervalo de confiança.

Curva ROC (HCL soma total)	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	AUC	95% IC
TBI	17/18	0,7	0,7	0,7	0,6-0,8
TBII	16/17	0,7	0,7	0,7	0,7-0,8
TBSOE	18/19	0,2	0,7	0,5	0,4-0,6
TBtotal	14/15	0,7	0,6	0,7	0,6-0,7

Fonte: Criado pelo autor.

AUC: *Area under curve*; TBI (transtorno bipolar I); TBII (transtorno bipolar II); TBSOE (transtorno bipolar sem outras especificações) e TBtotal (transtorno bipolar total)

Figura 2 - Curvas ROC do HCL-32 para Transtornos bipolar tipo I

Figura 3 - Curvas ROC do HCL-32 para transtornos bipolar tipo II

Figura 4 - Curvas ROC do HCL-32 para transtornos bipolar SOE

Figura 5 - Curvas ROC do HCL-32 para transtornos bipolar total

3.2.6 Análise fatorial (HCL-32)

Antes de executar a análise fatorial, foi testada a fatorabilidade dos dados por meio do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para adequação amostral e o teste de esfericidade de Bartlett.¹⁰⁵ O KMO foi de 0,9, indicando uma boa correlação entre os itens (mínimo aceitável deve ser maior que 0,6, sugerido por Tabachnick e Fidell¹⁰⁶, e o critério baseado no teste qui-quadrado de Bartlett foi χ^2 4039,572, $p < 0,0001$. Examinamos, também, a matriz de correlação entre os itens do HCL-32, e observamos que a maioria dos itens apresentou fortes correlações. Todos os testes asseguram a possibilidade de utilizar o modelo fatorial para análise dos dados.

Foi realizada uma análise fatorial nos 32 itens da questão 3 do HCL-32, utilizando o método *Principal Component Analysis*, que permitiu explicar maior variabilidade dos dados. De acordo com o critério de autovalor maior do que 1 de Guttman-Kaiser^{107,108}, deve-se reter 7 fatores com autovalor $> 1,0$, explicando 54% da variabilidade de dados (Anexo L). Para evitar extração excessiva de fatores irrelevantes, utilizou-se o critério de Cattell¹⁰⁹, em que os autovalores foram dispostos num gráfico chamado de “*scree plot*” (Figura 6). Por meio de inspeção visual gráfica dos autovalores, a quantidade de componentes a reter foi dada pelo ponto crítico que se encontra no local do gráfico em que há uma forte mudança de inclinação da curva. Pelo critério de Cattell, observamos que, com a retenção de 1

para 2 fatores, temos um ganho razoável na porcentagem de explicação da variabilidade dos dados (cerca de mais 6,8%), porém, a partir de 2 para 3 fatores, o ganho decresce (5,3%), seguindo uma tendência constante e estável. Isto indicou utilizar uma solução com 2 fatores. Em seguida, para auxiliar na interpretação dos dados, foi executada uma rotação ortogonal (Varimax) e oblíqua (Oblimin). Por fim, optou-se pela rotação método Varimax, pois essa faz com que existam alguns pesos significativos e os demais ficaram próximos de zero. Mostramos, em seguida, as duas soluções rotacionadas ortogonalmente (Tabelas 14 e 15). Os itens retidos em cada fator foram considerados se obtiveram uma carga fatorial maior que 3,0.

Figura 6 - Autovalores pelo Scree Plot

Tabela 14 - Rotação ortogonal Varimax do HCL-32 para 3 fatores

Questão 3 HCL		Componentes		
32 Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
3.5- mais sociável	0,7			
3.3- mais autoconfiante	0,7			
3.12- mais ideias/criativo	0,7	0,3		
3.17- mais paquerador	0,7	0,2	0,3	
3.2- mais energia/ativo	0,7			
3.11- mais planos/atividades	0,7	0,1		
3.15- encontrava mais pessoas	0,7	0,2	0,2	
3.16- mais interesse sexual	0,6	0,2	0,3	
3.4- entusiasmo com trabalho	0,6	0,2		
3.19- pensar rápido	0,6	0,3		
3.28- humor alto/otimista	0,6			
3.24- fazer rápido/fácil	0,6			
3.6- viajar mais	0,6	0,2		
3.10- mais ativo fisicamente	0,5			
3.18- falava mais	0,5	0,4	0,1	
3.13- menos tímido	0,5	0,3	0,2	
3.14- roupas extravagantes	0,5	0,2		
3.20- mais piadas	0,5	0,4	0,1	
3.22- muitas coisas novas	0,4	0,2	0,1	
3.1- menos sono	0,3	0,3	0,2	
3.25- mais impaciente/irritado		0,7		
3.26- ser cansativo/irritante		0,7		
3.21- mais distraído	0,2	0,5		
3.23- pensamentos pulam	0,3	0,5	-0,1	
3.8- gastava mais	0,2	0,5		
3.27- mais discussão/disputa	0,1	0,5	0,2	
3.7- dirigir perigosamente		0,5	0,1	
3.9- se arriscava mais	0,3	0,4		
3.29- bebe mais café		0,3	0,3	
3.31- bebe mais álcool	0,1		0,7	
3.30- fuma mais			0,7	
3.32- usa drogas			0,7	

Fonte: Criado pelo autor.

Tabela 15 - Rotação ortogonal Varimax do HCL-32 para 2 fatores

Questão 3 HCL	Componentes	
	Fator 1	Fator 2
32 Itens		
3.12- mais ideias/criativo	0,7	
3.5- mais sociável	0,7	
3.3- mais autoconfiante	0,7	
3.11- mais planos/atividades	0,7	
3.15- encontrava mais pessoas	0,6	
3.2- mais energia/ativo	0,6	
3.17- mais paquerador	0,6	
3.19- pensar rápido	0,6	
3.4- entusiasmo com trabalho	0,6	
3.16- mais interesse sexual	0,6	
3.28- humor alto/otimista	0,6	
3.6- viajar mais	0,6	
3.18- falava mais	0,6	0,4
3.24- fazer rápido/fácil	0,6	
3.10- mais ativo fisicamente	0,5	
3.13- menos tímido	0,5	0,3
3.14- roupas extravagantes	0,5	
3.20- mais piadas	0,5	0,3
3.22- muitas coisas novas	0,5	
3.1- menos sono	0,3	0,3
3.25- mais impaciente/irritado		0,6
3.26- ser cansativo/irritante		0,6
3.31- bebe mais álcool		0,5
3.30- fuma mais		0,5
3.27- mais discussão/disputa		0,5
3.32- usa drogas		0,5
3.29- bebe mais café		0,4
3.21- mais distraído		0,4
3.8- gastava mais		0,4
3.7- dirigir perigosamente		0,4
3.9- se arriscava mais	0,3	0,4
3.23- pensamentos pulam	0,3	0,3

Fonte: Criado pelo autor.

Clinicamente, a solução de 2 fatores também mostrou-se mais coerente com os sintomas observados pelos pacientes obesos avaliados. O conteúdo das questões foi analisado por meio da inspeção gráfica e verificado que, com 3 fatores, ocorreu uma

sobreposição de linhas, indicando que os fatores têm comportamento mais distintos quando se utilizam apenas 2 fatores (Figuras 7 e 8).

3.2.6.1 Fator 1 (elação do humor)

O primeiro valor com autovalor (*eigenvalue*) de 8,8 explica 27,4% de variância e apresenta consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,9. Engloba as questões: Q.1., Q.2, Q.3, Q.4, Q.5, Q.6, Q.10, Q.11, Q.12, Q.13, Q.14, Q.15, Q.16, Q.17, Q.18, Q.19, Q.20, Q.22, Q.24, Q.28. Esta subescala composta de 20 itens refletiu questões com sintomas relacionados à ativação social e sexual. Exemplo: Q.2: *“Você se sentia com mais energia e mais ativo(a); Q.28: Meu humor fica melhor, mais otimista”*. No fator 1, 275 (92%) das mulheres responderam, pelo menos, uma das 20 questões e 77 (96%) dos homens também o fizeram.

3.2.6.2 Fator 2 (irritação/ativação)

O fato 2 tem como autovalor (*eigenvalue*) 2,2, e explica 34,3% de variância e consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,7. Engloba as questões: Q.7, Q.8, Q.9, Q.21, Q.23, Q.25, Q.26, Q.27, Q.29, Q.30, Q.31, Q.32. Esta subescala composta de 12 itens reflete questões com sintomas de irritabilidade e fator de risco. Exemplo: Q.7: *“Gastava mais ou gastava dinheiro demais; Q.32: Uso mais drogas (sedativos, tranquilizantes, estimulantes, entre outros)”*. No fator 2, 246 (82%) das mulheres responderam, pelo menos, uma das 12 questões e 71 (88%) dos homens o fizeram.

Fonte: Criado pelo autor.

Figura 7 - Gráfico com autovalores rotacionados com 2 fatores.

Fonte: Criado pelo autor.

Figura 8 - Gráfico com autovalores rotacionados com 3 fatores.

3.3 *Mood Disorder Questionnaire – MDQ*

3.3.1 Amostra

Preencheram o questionário *Mood Disorder Questionnaire* 379 participantes (96,2%) da amostra total do estudo 393, sendo que 14 participaram somente da entrevista SCID-I/P na fase de treinamento. Dos 379 que compuseram a amostra, 299 (78,9%) eram mulheres e 80 (21,1%) homens. Dentre os participantes, 140 que preencheram os critérios de bipolaridade de acordo com os diagnósticos da SCID-I/P (20 TBI, 55 TBII, 65 TBSOE) e 108 EDM.

3.3.2 Questão 1 (13 itens) - “Alguma vez você não esteve no seu estado normal durante um período e...”

O cálculo para o item 1 foi considerado afirmativo se 7 ou mais questões foram respondidas afirmativamente. Dentre os participantes, 88 (23%) foram considerados

afirmativos, sendo 18% mulheres e 4,7% homens. Os itens que mais foram assinalados positivamente foram: 5 (11,5%) - “...você estava muito mais falante ou falou muito mais rápido do que fala normalmente?” e item 1 (10%) - “...você se sentiu tão bem ou tão pra cima que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado normal ou você está com tanta energia que se meteu em dificuldades?”.

3.3.3 Confiabilidade Questão 1 (13 itens) – MDQ

Na questão 1 do MDQ, o coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) entre os 13 itens foi de 0,8.

3.3.4 Análise de detecção de sinais: sensibilidade e especificidade

A avaliação estatística da validade de critério dos 13 itens da questão 1 do MDQ foi realizada por meio dos cálculos dos coeficientes de sensibilidade (porcentagem de casos identificados corretamente) e especificidade (porcentagem de não casos identificados corretamente). O escore da soma total dos 13 itens foi estudado utilizando diagnósticos de transtorno bipolar e episódio depressivo maior, detectados pela SCID-I/P, como padrão-ouro. Análises separadas foram calculadas para TBI, TBII, TBSOE, TBtotal e EDM ao longo da vida, conforme as Tabelas 16 a 20.

MDQ 1 (13 itens) – TBI – Na análise MDQ para o transtorno bipolar tipo I, o melhor ponto de corte foi 4/5 pontos, com sensibilidade de 80%, para detectar verdadeiros positivos e 60% para verdadeiros negativos (Tabela 16).

MDQ 1 (13 itens) – TBII – Para os transtornos bipolares tipo II, verificamos uma sensibilidade de 70% para verdadeiros positivos e 60% para os verdadeiros negativos, com melhor ponto de corte de 4/5 pontos (Tabela 17).

MDQ 1 (13 itens) – TBSOE – No transtorno bipolar sem outras especificações, o melhor corte ficou em 2/3 pontos, sendo a sensibilidade de 70% e a especificidade 40% (Tabela 18).

MDQ 1 (13 itens) – TBtotal – Os transtornos bipolares, de uma forma geral, apresentaram melhor ponto de corte de 4/5 pontos, com sensibilidade de 60% para os verdadeiros positivos e 70% de especificidade para os verdadeiros negativos (Tabela 19).

MDQ 1 (13 itens) – EDM – Para os episódios de transtornos depressivos, o melhor corte foi 12/13 pontos, com sensibilidade de 2% (verdadeiros positivos) e especificidade 99% (verdadeiros negativos) (Tabela 20).

Tabela 16 - Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar tipo I e melhor ponto de corte

(MDQ – TBI)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
2/3	0,9	0,5
3/4	0,9	0,5
4/5*	0,8	0,6
5/6	0,7	0,7
6/7	0,6	0,8
7/8	0,5	0,9
8/9	0,5	0,9
9/10	0,3	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 17 - Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar tipo II e melhor ponto de corte

(MDQ – TBII)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
2/3	0,9	0,4
3/4	0,8	0,5
4/5*	0,7	0,6
5/6	0,6	0,7
6/7	0,5	0,8
7/8	0,4	0,9
8/9	0,3	0,9
9/10	0,2	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

* Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 18 - Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar SOE e melhor ponto de corte

(MDQ – TBSOE)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
2/3*	0,7	0,4
3/4	0,6	0,5
4/5	0,5	0,6
5/6	0,4	0,7
6/7	0,3	0,8
7/8	0,2	0,8
8/9	0,1	0,9
9/10	0,1	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 19 - Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para transtorno bipolar total e melhor ponto de corte

(MDQ – TBtotal)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
2/3	0,8	0,5
3/4	0,7	0,6
4/5*	0,6	0,7
5/6	0,5	0,8
6/7	0,4	0,9
7/8	0,3	0,9
8/9	0,3	0,9
9/10	0,2	0,9

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

Tabela 20 - Coeficiente de sensibilidade e especificidade da questão 1-MDQ para episódios depressivos maior e melhor ponto de corte

(MDQ – EDM)		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
5/6	0,3	0,7
6/7	0,2	0,8
7/8	0,1	0,8
8/9	0,1	0,9
9/10	0,0	0,9
10/11	0,0	0,9
11/12	0,0	0,9
12/13*	0,0	1,0

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

3.3.5 Análise da curva ROC

A elaboração das curvas ROC, para os transtornos bipolares e transtorno depressivo maior (Figuras 9 a 13), cujas coordenadas para cada componente (sensibilidade x 1-especificidade) estão apresentadas na Tabela 21. A área sob a curva ROC (AUC) mostrou que o MDQ tem boa capacidade de discriminar casos de TBI (0,8). Observando o IC de 95%, verificou-se que, para TBI e TBII, os valores se sobrepuseram, com exceção para TBSOE e EDM, que apresentaram desempenho inaceitável, com intervalos de 0,5-0,6 e 0,4-0,54; respectivamente.

Tabela 21 - Coeficientes de sensibilidade e especificidade e área da curva ROC para MDQ, melhor ponto de corte e intervalos de confiança

Curva ROC (MDQ soma total)	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	AUC	95% IC
TBI	4/5	0,8	0,6	0,8	0,7-0,9
TBII	4/5	0,7	0,6	0,7	0,7-0,8
TBSOE	2/3	0,7	0,4	0,6	0,5-0,6
TBtotal	4/5	0,6	0,7	0,7	0,7-0,8
EDM	12/13	0,0	1,0	0,5	0,4-0,5

Fonte: Criado pelo autor.

Figura 9 - Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno bipolar tipo I

Diagonal segments are produced by ties.

Figura 10 - Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno bipolar tipo II

Diagonal segments are produced by ties.

Figura 11 - Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno bipolar SOE

Diagonal segments are produced by ties.

Figura 12 - Área da Curva ROC do MDQ para o transtorno bipolar total

Diagonal segments are produced by ties.

Figura 13 - Área da Curva ROC do MDQ para episódio depressivo maior

3.4 Escala *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* - MADRS

3.4.1 MADRS – versão 10 itens

Da amostra total de 393, 374 pacientes foram avaliados pela escala MADRS 95,2%; 21 participaram somente da fase de treinamento da SCID-I/P. Compuseram a

amostra 299 mulheres (80%) e 75 homens (20%). A análise dos itens mostra que tristeza aparente com média de 1,1, tristeza relatada e sono diminuído, com médias de 1,0, foram as médias mais altas. Mulheres apresentaram maior média em tristeza aparente, 1,2%, e homens sono diminuído, 1,0%. Dentre os participantes, 28% preencheram os critérios de episódios depressivo maior de acordo com os diagnósticos da SCID-I/P (Tabela 22).

Tabela 22 - Média e desvio-padrão da Escala *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* para pacientes obesos, total da amostra e por gênero.

	Total N=374		Mulheres n=299		Homens n=75	
Item	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Tristeza aparente	1.1	1.7	1.2	1.7	0.9	1.6
Tristeza relatada	1,0	1.7	1.1	1.8	0.7	1.4
Tensão interior	0.9	1.5	1.0	1.5	0.7	1.3
Sono diminuído	1.0	1.6	1.0	1.6	1.0	1.7
Redução de apetite	0.5	1.1	0.5	1.1	0.3	0.8
Dificuldade de concentração	0.7	1.4	0.8	1.4	0.5	1.2
Lassidão	0.8	1.4	0.8	1.4	0.7	1.3
Incapacidade de sentir	0.8	1.5	0.8	1.5	0.7	1.4
Pensamentos pessimistas	0.6	1.4	0.6	1.4	0.6	1.3
Pensamentos suicidas	0.3	1,0	0.4	1.0	0.2	0.9
Total	7.7	11.3	8.1	11.6	6.3	10.1

Fonte: Criado pelo autor.

3.4.1.1 Confiabilidade do MADRS (versão 10 itens)

O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) entre as questões foi de 0,9.

3.4.1.2 Análise de Detecção de sinais: Sensibilidade e Especificidade

O escore final do MADRS foi estudado usando os diagnósticos de episódio depressivo maior atual pela SCID-I/P, como padrão-ouro. A análise estatística de

validação de critério foi realizada pelos cálculos dos coeficientes de sensibilidade (porcentagem de casos identificados corretamente) 0,9 e especificidade (porcentagem de não casos identificados corretamente) 0,8. Valor preditivo positivo 0,3 e valor preditivo negativo 1,0. O melhor ponto de corte determinado por meio do Youden index ⁽¹⁰⁴⁾ apontou o melhor corte em 13/14 pontos. A análise final da versão com 10 itens mostrou que 23,8% pontuou acima de 13 pontos, sendo 25,1% mulheres e 18,7% homens. A média de IMC foi 47 e a média de idade foi de 43 anos (Tabela 23).

Tabela 23 - Sensibilidade e especificidade para MADRS (versão 10 itens), valor de corte 13 pontos

Ponto de corte	10	11	12	13*	14	15	16	17	18
Sensibilidade	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6
Especificidade	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9
PPV	0.2	0.2	0.3	0.3	0,3	0,3	0.3	0.3	0.3
NPV	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,00	1,0	1,0

Fonte: Criado pelo autor.

*Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

PPV valor preditivo positivo NPV valor preditivo negativo

3.4.1.3 Análise da curva ROC

Os valores de sensibilidade e falso-positivos (1 – especificidade) foram apresentados graficamente utilizando a curva de *Receiver Operating Characteristic* (ROC). A área da curva ROC (AUC) foi 0,9 (CI 95% 0,8-0,9) (Figura 14).

Figura 14 - Área da curva ROC do MADRS para Episódio Depressivo Maior

3.4.2 MADRS - Versão 05-itens

3.4.2.1 Confiabilidade do MADRS (versão 05 itens)

O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) entre as questões foi de 0,9.

3.4.2.2 Análise fatorial

Foi realizado uma análise fatorial, porém a análise dos autovalores (*eigenvalue*) mostrou uma unidimensionalidade, que explicava 63% da variabilidade total do dados (Anexo M). Para testar o desempenho de possíveis versões breves da MADRS em relação à versão completa de dez itens, foram utilizados critérios de análise clínica e grau de correlação entre as questões, por meio dos valores comunalidades.^{110,111} A análise clínica baseou-se na eliminação de sintomas incaracterísticos de pacientes obesos e a análise dos valores da comunalidades, por meio da remoção de itens com baixos valores, que, uma vez excluídos, tendem a

aumentar o total explicado, pois, quanto mais próximas de 1 estiverem as comunalidades, melhor será o ajuste. Foram retirados os itens: redução de sono, redução de apetite, lassidão, dificuldade de concentração e ideação suicida (Tabela 24).

Tabela 24 - Coeficientes de Comunalidades do MADRS

Comunalidades		
MADRS – 10 Itens	Inicial	Extração
Tristeza aparente	1	0,8
Tristeza expressa	1	0,8
Tensão interna	1	0,7
Redução do sono	1	0,4
Redução do apetite	1	0,3
Dificuldades de concentração	1	0,6
Lassidão	1	0,7
Incapacidade para ressentir	1	0,8
Pensamentos pessimistas	1	0,7
Ideias de suicídio	1	0,5

Fonte: Criado pelo autor.

Para verificar a eficácia da versão reduzida para 5 itens, realizamos a análise de detecção de sinais, em que verificamos que a versão breve manteve as mesmas características psicométricas da versão completa (10 itens), sensibilidade de 0,8 e especificidade de 0,9. As demais versões (6, 7 e 8) variaram entre 0,9 a 1,0. O melhor ponto de corte, segundo critérios de Youden¹⁰⁴, ficou em 10/11 pontos. Na análise desta versão final reduzida, composta por cinco itens, tristeza aparente foi o mais observado, com média de 1,1, seguido de relato de tristeza, 1,0. Mulheres aparentam e relatam mais tristeza, médias de 1,1 e 1,0; respectivamente (Tabela 25).

Tabela 25 - Sensibilidade e especificidade, valores preditivos positivos e valores preditivos negativos, e melhor ponto de corte para a versão modificada 5-item MADRS

Ponto de corte	7/8	8/9	9/10	10/11*	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
Sensibilidade	0.9	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5
Especificidade	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
PPV	0.6	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
NPV	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.7

Fonte: Criado pelo autor.

* Melhor ponto de corte para sensibilidade e especificidade

PPV valor preditivo positivo NPV valor preditivo negativo

3.4.2.3 Análise da curva ROC

Quando plotamos as duas versões da curva de *Receiver Operating Characteristic* (ROC), observamos que a área da versão reduzida não se altera em relação à versão completa de 10 itens, conforme versões justapostas mostradas na Figura 15. O valor AUC foi de 0,9. Observando os IC de 95%, verificamos que os valores se sobrepõem, não sendo possível concluir que a versão reduzida detecte sintomas depressivos com acurácia diferente da versão completa.

Figura 15 - Curva ROC do MADRS versão completa (10 itens) e versão reduzida (05 itens).

3.5 *Moorehead-Ardelt-Quality of Life Questionnaire II -M-A QoL II*

3.5.1 Amostra

Preencheram os questionários de qualidade de vida M-A QoL II 378 participantes, 95,5% da amostra total do estudo. Os 15 que não preencheram, somente participaram da fase de treinamento da SCID-I/P. Dentre os participantes, 298 (78,8%) foram mulheres e 80 (21,2%) homens.

3.5.2 Confiabilidade

O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,7 para as seis questões avaliadas.

3.5.3 Pontuação geral

A soma total da pontuação das seis questões obteve maior porcentagem para o nível de qualidade de vida satisfatório com 49,2%, tanto para mulheres como para homens (49,3% e 48,4%, respectivamente). Seguido de boa qualidade de vida, com 28,6%; 14,6% para muito boa; 4,8 % para ruim e 2,9% para muito ruim (Tabela 26).

Tabela 26 - Soma dos escores do M-A QoL II total e por gênero

	Muito ruim	Ruim	Satisfatório	Boa	Muito boa
Mulheres	(10) 3,4%	(17) 5,7%	(147) 49,3%	(83) 27,9%	(41) 13,8%
Homens	(1) 1,3%	(1) 1,3%	(39) 48,8%	(25) 31,3%	(14) 17,5%
Total	(11) 2,9%	(18) 4,8%	(186) 49,2%	(108) 28,6%	(55) 14,6%

Fonte: Criado pelo autor.

Muito ruim -3 a -2,1; Ruim -2 a -1,1; Satisfatório -1 a 1; Boa 1,1 a 2; Muito boa 2,1 a 3

3.5.4 Avaliação dos seis itens

Os seis itens foram avaliados separadamente, por meio da escala de pontuação Likert de -0,5 a 0,5; em que -0,5 é um extremo da tabela, sinalizado graficamente com figuras de total insatisfação; no outro extremo, 0,5, figuras sinalizaram total satisfação. Na análise, verificou-se que há significativa diferença entre homens e mulheres quando foram questionados sobre prazer com afetividade e sexo (mulheres 0,1 e homens 0,3) e apenas um resultado negativo (-0,2) para a questão que abordou a satisfação em relação a atividades físicas (Tabela 27).

Tabela 27 - Análise dos seis itens, médias totais e por sexo

Questões	Média total	Média mulheres	Média homens
1 (autoavaliação do estado geral)	0,2 (DP 0,3)	0,2(DP 0,3)	0,2(DP 0,2)
2 (atividades físicas)	-0,2 (DP -0,1)	0,0 (DP 0,4)	-0,1 (DP 0,3)
3 (contato social)	0,2 (DP 0,3)	0,2 (DP 0,3)	0,2 (DP 0,3)
4 (desempenho no trabalho)	0,12 (DP 0,3)	0,1 (DP 0,4)	0,1 (DP 0,4)
5 (prazer afetividade/sexo)	0,14 (DP 0,3)*	0,1 (DP 0,4)	0,3 (DP 0,3)
6 (relação com a comida)	0,3 (DP 0,2)	0,1 (DP 0,3)	0,2 (DP 0,3)

Fonte: Criado pelo autor.

* $p < 0,0001$

Pontuação: de -0,5 a 5 (Likert)

3.5.5 Correlação entre os seis itens

A correlação entre os seis itens foi realizada por meio da *Pearson correlation*, e mostrou-se significativa para a maioria dos itens, com exceção do desempenho no trabalho (item 4) e prazer com afetividade/sexo (item 5), quando correlacionados com a variável comida (item 6) (Tabela 28).

Tabela 28 - Correlação entre os seis itens do M-A QoL II

	1	2	3	4	5	6
QoL.II.1	1,0	0,2*	0,4*	0,9*	0,4*	0,3*
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
QoL.II.2		1,0	0,3*	0,1*	0,2*	0,3*
			0,0	0,3	0,0	0,0
QoL.II.3			1,0	0,3*	0,4*	0,3*
				0,0	0,0	0,0
QoL.II.4				1,0	0,4*	0,1
					0,0	0,1
QoL.II.5					1,0	0,1
						0,0
QoL.II.6						1,0

Fonte: Criado pelo autor.

* $p < 0,0001$

3.5.6 M-A QoL II e número de transtornos (DSM-IV)

Quando comparamos a soma dos resultados totais do M-A QoL II com o número de transtornos, obtido pela SCID-I/P, verificamos um aumento no item “muito ruim”, entre aqueles que apresentam um transtorno, comparado com aqueles que apresentam 3 ou mais transtornos (de 0,3% para 2,4%). A condição de qualidade de vida “satisfatória” e “boa” foi maioria entre todos participantes, independentemente do número de transtornos (Tabela 29).

Tabela 29 - Número de transtornos (DSM-IV) e M-A QoLII

		M-A QoL II				
		MT ruim	Ruim	Satisfatório	Boa	MT boa
Nº transtornos	N(%)					
0	64 (17,0%)	0	0	22 (5,8%)	25 (6,6%)	17 (4,5%)
1	74 (19,6%)	1 (0,3%)	0	40 (10,6%)	22 (5,8%)	11 (3,1%)
2	88 (23,3%)	1 (0,3%)	4 (1,1%)	35 (9,3%)	34 (9,9%)	14 (3,7%)
+3	152 (40,2%)	9 (2,4%)	14 (3,7%)	89 (23,5%)	27 (7,1%)	13 (3,4%)

Fonte: Criado pelo autor.

3.6 Correlação entre a variável contínua do IMC com MDQ, HCL-32 e M-A QoL II por meio do coeficiente de correlação de Pearson

Realizou-se uma análise das correlações dos instrumentos estudados e a variável contínua IMC. Foi utilizada a correlação de Pearson, que mostrou relação entre duas ou mais variáveis contínuas. Este coeficiente indicou tanto a direção positiva, em que o aumento de uma variável implicou no aumento de outra; como indicou também direção negativa, na qual o aumento de uma variável implicou na diminuição de outra. A correlação entre a variável contínua, índice de IMC, apresentou correlação significativa somente com a escala de qualidade de vida (valor $p<0,0001$) e para a variável GAF (valor $p<0,005$). Por outro lado, os instrumentos MDQ, HCL-32, MADRS, M-A QoL II e a análise de desempenho pelo GAF correlacionaram-se significativamente. A escala de QoL II e a análise de desempenho global-GAF apresentaram correlações negativas com todos os demais questionários, e se correlacionaram positivamente entre si (correlação=0,4) (Tabela 30).

Tabela 30 - Análise de correlação entre a variável contínua do IMC com MDQ HCL-32 e M-A QoL II por meio do coeficiente de correlação de Pearson

	HCL32.total	MDQ.soma	MADRS.Total	QoLII.total	IMC	GAF
		0,6**	0,3**	-0,2**	-0,0	-0,3**
HCL32.Total	1,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0
		379	369	377	379	379
			0,3**	-0,2**	0,0	-0,4**
MDQ.soma		1,0	0,0	0,0	0,5	0,0
			369	377	379	379
				-0,5**	-0,0	-0,6**
MADRS.total			1,0	0,0	0,6	0,0
				368	374	374
					-0,1**	0,4**
QoLII.total				1,0	0,0	0,0
					378	378
						-0,1*
IMC					1,0	0,0
						393
GAF						1,0

Fonte: Criado pelo autor.

* $p<0,05$

$**p<0,0001$

4 DISCUSSÃO

4 DISCUSSÃO

As frequências elevadas de transtornos psiquiátricos em pacientes obesos grau III apresentadas pela literatura foram confirmadas nesta amostra. Neste estudo, os transtornos mais comuns foram os de humor, com grandes taxas de bipolaridade, e os transtornos de ansiedade. Apesar de não haver diferença significativa em relação a sexo no número de transtornos, os homens mostraram IMC significativamente maior, maior uso de substâncias e maior gravidade. Idade e escolaridade são fatores associados negativamente com as chances de desenvolver transtornos psiquiátricos, quanto maior a idade e a escolaridade, diminui a chance de frequência de algum transtorno psiquiátrico. Apesar das grandes taxas de comorbidades, índices elevados de IMC e todas as limitações impostas por essas condições quando a avaliação da qualidade de vida foi realizada, cerca de metade dos entrevistados relatou um nível satisfatório de qualidade de vida.

Os dados obtidos são frutos de uma metodologia rigorosa e robusta, que utilizou instrumentos sofisticados e precisos, e contou, também, com avaliadores experientes na área clínica, cuidadosamente treinados e supervisionados para o uso dessas ferramentas ao longo de todo processo de coleta de dados. Este estudo cumpriu as mais exigentes metodologias de entrevista psiquiátrica, com uso de instrumentos “padrão-ouro”, bem como amostra de grande tamanho. O número de participantes, apesar de não atingir o cálculo exato da amostragem, foi satisfatório, dentro de um desvio aceitável, em que a taxa de participação foi de 78,6%. Esses fatores contribuíram para a robustez e credibilidade dos dados, com potencial de se tornarem referência tanto para a área clínica como para as pesquisas.

A clínica cirúrgica bariátrica passou a contar com dados precisos sobre uma população e poderá ajustar tanto seus critérios pré-avaliativos como os procedimentos pós-cirúrgicos. A identificação de sintomas psicológicos/psiquiátricos requer cuidado e conhecimento, principalmente numa população com graves comprometimentos como o obeso grau III. Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos clínicos é a detecção de sintomas de grande instabilidade, como a bipolaridade,

oscilação entre momentos de euforia e depressão. A visão estereotipada do obeso, como alegre e bonachão, dificulta a detecção de sintomas psiquiátricos, em que atitudes e comportamentos eufóricos são tidos como normais nessa população e encobrem os reais sintomas. Assim, este estudo traz potencial contribuição não só para o levantamento da frequências de transtornos, mas também por validar ferramentas que poderão ser diretrizes para auxiliar os profissionais da clínica bariátrica nas avaliações sistemáticas.

Necessário mencionar que estes dados valem somente para obesos grau III, impossibilitando a generalização para outros graus de obesidade. Muito se tem estudado acerca da obesidade, porém a literatura começa a aprofundar o conhecimento do tipo mais grave. A associação da obesidade grau III com outras graves patologias, como os transtornos mentais, suscitam imediatos questionamentos sobre possíveis implicações tanto para a avaliação pré-cirúrgica quanto para a indicação dos procedimentos cirúrgicos, e, finalmente, na associação direta entre intervenção bariátrica e melhora dos transtornos mentais. Certamente, cada um desses apontamentos merece uma dissertação à parte. A associação da intervenção com possíveis melhoras dos transtornos mentais ainda é passível de questionamentos, uma vez que deverão ser realizados estudos de seguimento. O ponto de maior controvérsia gira em torno da implicação da ocorrência de transtornos mentais e a indicação do procedimento cirúrgico. A detecção de transtornos mentais não é, por si só, indicador ou não da intervenção cirúrgica. A associação direta dessas patologias exige a interdisciplinaridade da abordagem, uma vez que a relação entre obesidade grau III e transtornos mentais foi confirmada.

A discussão está organizada em seções específicas de acordo com os instrumentos utilizados nesta pesquisa. Em cada seção, apresentou-se uma avaliação dos principais achados que são comparados à literatura internacional.

4.1 Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I/P)

Frequências de transtornos mentais no momento da entrevista e ao longo da vida:

O presente estudo investigou a frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida e diagnósticos atuais segundo o DSM-IV em obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica. Quatro quintos dos entrevistados relataram história de algum transtorno psiquiátrico, do eixo I, ao longo da vida. Preencheram os critérios diagnósticos para o eixo I no momento da avaliação dois terços dos entrevistados. Os transtornos de humor foram a classe mais frequente dos transtornos ao longo da vida, sendo o transtorno bipolar e transtornos depressivos as condições mais comuns. Os transtornos de ansiedade foram a classe mais frequente dos transtornos diagnosticados no momento da entrevista, sendo TAG e fobia específica as mais comuns.

Altas taxas de transtornos psiquiátricos entre os candidatos à cirurgia bariátrica parecem ser a regra e não a exceção. Comparando com as taxas encontradas em outros estudos de metodologia semelhante^{18,53-55,76}, este estudo encontrou uma das taxas mais elevadas de transtornos do eixo I ao longo da vida. Estudo realizado nos EUA e na Alemanha^{54,55} encontrou taxas elevadas ao longo da vida, 66,3% e 72,6%, respectivamente. Na China¹¹², as taxas foram menores, 54,1% entre pacientes candidatos à cirurgia. Esses diferentes resultados podem ser compreendidos pelas diferenças metodológicas: entrevista pessoal^{55,76,113} *versus* entrevista telefônica⁵⁴, ou a entrevista como quesito obrigatório ou não da avaliação pré-cirúrgica.^{53,76} Portanto, a validade dos presentes achados deve ser considerada em vista da estratégia confiável de avaliação psiquiátrica, independente da avaliação pré-cirúrgica, e grande participação. Além disso, no estudo chinês, as taxas podem ter divergido por diferenças étnicas e sociais.

A prevalência de transtornos psiquiátricos nesta amostra é, pelo menos, duas vezes superior à encontrada na população geral, cuja prevalência ao longo da vida varia de 4,3% a 29,6%.¹¹⁴ Ainda em comparação com as taxas encontradas na população geral, a bipolaridade é uma característica marcante encontrada nessa amostra, superando o transtorno depressivo maior.³ Dado semelhante foi encontrado

somente no estudo italiano, que avaliou os transtornos do espectro bipolar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, com 89% de prevalência.²³

No estudo atual, cerca de 80% dos pacientes foram do sexo feminino e a maioria era casada. Mulheres prevaleceram na maioria dos estudos sobre cirurgia bariátrica.^{53,55,76,112} Estudos, na população geral^{8,27,102,114}, apontaram diferenças na prevalência de transtornos mentais entre homens e mulheres, porém esta diferença não foi encontrada em todos os estudos pré-cirurgia bariátrica. Em cinco estudos, neste inclusive, a frequência de algum transtorno psiquiátrico atual e ao longo da vida não apresentou diferença entre os gêneros.^{53,54,76,113} Por outro lado, duas pesquisas realizadas na Alemanha e na China^{55,112} constataram que as mulheres tinham mais comorbidades que os homens. Alguns transtornos específicos, como alimentar⁵⁵, depressivo maior e de ansiedade⁵³, também mostraram diferenças. Em relação aos transtornos bipolares, os homens foram mais propensos a relatar histórias sugestivas de bipolaridade ao longo da vida. Um dado importante, que não consta nas tabelas, foi que pacientes que preencheram os critérios para compulsão alimentar apresentaram ocorrência de três ou mais comorbidades ao longo da vida, o que foi compatível com outros estudos.^{115,116}

Mulheres apresentaram mais transtornos depressivos contrastando com as altas taxas de bipolaridade dos homens. Esses dados comprovam estudos epidemiológicos com aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e critérios diagnósticos em que a prevalência de depressão em mulheres tem sido observada em várias regiões do mundo.¹¹⁷ Estes dados reforçam a constante que obesidade e transtornos depressivos caminham juntos. Pesquisadores apontam que pessoas obesas têm 55% maior risco de desenvolver depressão ao longo do tempo, ao passo que pessoas deprimidas têm um risco aumentado de 58% de se tornarem obesas.^{19,118} Luppino¹¹ enfatiza as possibilidades biológicas dessa associação; a obesidade, resultando de processos inflamatórios e o aumento da diabetes, pode causar alterações no cérebro. Ainda, segundo este autor, depressão está associada a um risco de 18% de obesidade e o gênero é um fator moderador, pois a associação foi encontrada somente em mulheres. Além disso, os episódios depressivos foram mais persistentes que nos homens.

As diferenças de gênero podem ser resultantes de vários fatores, como comportamento diante da doença, busca por ajuda precoce, pressões sociais por modelos de beleza e insatisfação em relação ao papel feminino. Os homens se veem mais magros do que realmente são, inversamente às mulheres, sob o comando estético da magreza, que se veem mais gordas; o que pode antecipar a procura por tratamentos por elas, diminuindo a gravidade.¹¹⁹ Segundo Huber¹²⁰, as mulheres têm idade de início dos transtornos mais tardia, identificam mais rapidamente os sintomas, requerem doses menores de medicamento, apresentam um curso mais favorável, com sintomas positivos, menos graves que os homens. Assim, como nos transtornos depressivos, esses fatores também podem explicar as diferenças de gênero nos transtorno de ansiedade, em que, além de fatores como maior aceitação cultural do medo e comportamento de esquiva em mulheres com diferentes comportamentos adaptativos, os homens tendem a usar substâncias, como a nicotina e o álcool, como automedicação, o que poderia mascarar sintomas relacionados. Apesar de vários estudos consolidarem a associação entre obesidade e depressão, ainda não há nada definitivo sobre a etiologia comum dessas patologias.

A diferença encontrada nos transtornos por uso de substâncias, atual e ao longo da vida, foi bastante elevada (3,1% e 17,6%), semelhante aos estudos nos EUA e Alemanha. Correlações neurobiológicas da obesidade com os transtornos de compulsão alimentar e dependência de substâncias, o desenvolvimento de um padrão de consumo excessivo de drogas ou de alimentos, provavelmente envolvem múltiplos fatores de vulnerabilidade, incluindo predisposição genética, exposição ambiental e uma interação entre esses domínios. Droga e alimentos podem ativar circuitos de recompensa comuns no cérebro.^{121, 122} O estudo de Suzuki¹⁷ sugere que indivíduos obesos que aguardam a cirurgia têm maior prevalência de uso de álcool que a população geral e que podem, após a cirurgia, apresentar risco de recaída, e que isto deve ser diagnosticado antes da cirurgia. A explicação sobre a potencial relação entre transtornos alimentares e transtornos pelo uso de substâncias pode ampliar o conhecimento tanto da etiologia como da patogênese da obesidade. As diferenças de gênero são observadas, também, em estudos sobre pós-operatório bariátrico. Homens obesos grau III estariam expostos a maior risco, apresentariam maiores índices de complicações e óbitos no pós-operatório. As mulheres mostram

significante redução de mortalidade, comorbidades, menor tempo de internação, e melhor prognóstico em relação aos homens.¹²³ As diferenças significativas, encontradas neste estudo, são concordantes com esses outros e mostram que o conhecimento precoce dos riscos pode refletir nas intervenções pré-cirúrgicas.

Os dados da regressão logística não se mostraram expressivos, porém as associações encontradas nesse estudo podem servir de alerta à possibilidade de alguns fatores serem determinantes de transtornos psiquiátricos. A precisão geral do modelo de regressão logística adotado, com referência em $p < 0,0001$, mostrou-se significativa para IMC e idade. Verificamos que os mais jovens apresentaram os maiores IMC. Segundo o modelo de regressão logística, o aumento da idade foi associado a menor probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos no momento da entrevista. A compreensão disso pode estar relacionada ao fato dos mais jovens estarem desenvolvendo os primeiros transtornos e ainda não fizeram nenhum tratamento, e estão sendo maciçamente bombardeados por alimentos calóricos e vivendo sob fortes fatores estressantes. A bidirecionalidade apresentada pelo *National Obesity Observatory* em relação ao adulto obeso torna-se, para os adolescentes, uma relação somente de causa. Fatores comportamentais, biológicos, psicológicos e sociais da obesidade se tornaram causas diretas de transtornos psiquiátricos. Não há um consenso sobre essa direcionalidade. Por outro lado, estudos longitudinais colocam a depressão como fator associado à obesidade. O autor de um estudo com meninas adolescentes concluiu que a adolescente deprimida come mais para promover conforto diante de emoções negativas.¹²⁴ Assim, a idade atua como um importante fator tanto para o IMC como para a presença de algum transtorno mental, não importando a direcionalidade.¹²⁵

4.2 *Hipomanic Checklist-32*

O HCL é um instrumento usado amplamente para rastrear sintomas de hipomania em populações clínica e não clínica.⁽⁸⁵⁾ Sintomas de hipomania, como humor exacerbado, agitação mental e motora que, a princípio, podem ser confundidos numa entrevista clínica, passam a ser indicativos de possíveis

transtornos mentais. Os resultados apontam que, aproximadamente, um terço da nossa mostra apresentou sintomas hipomaniacos, não havendo diferença em relação a gênero. A utilização do HCL-32 para detectar sintomas hipomaniacos mostrou melhor desempenho para os sintomas em sua forma mais branda (TBII) ao longo da vida. Isto sugeriu que esses sintomas podem estar relacionados com a ocorrência de cronicidade da bipolaridade ou mesmo que esses sintomas se tornaram parte de uma visão estereotipada desta população, pois o obeso é visto como o gordinho feliz, falante, bonachão, fanfarrão.¹²⁶⁻¹²⁸

Análise fatorial:

Foi realizada uma análise fatorial para explorar o comportamento dos dados. Uma vez rotacionados, optou-se por dois fatores como sendo mais adequados e semelhantes aos de outros estudos.³⁰ O agrupamento dos fatores mostrou uma importante divisão quando analisados clinicamente: de um lado, temos o fator 1, que seria o lado otimista, com muita energia, com características positivas (93%), e, do outro, o segundo fator (84%) mais ligado ao lado negativo da hipomania. O primeiro expressa a exacerbação do humor e as questões se referem, em sua maioria, sempre a “mais”. Demonstrem um comportamento diferente do habitual, ligado a uma fase mais expansiva da hipomania. O segundo está ligado a comportamentos de risco, irritabilidade, gastos excessivos, e excessos de álcool e drogas. Estes comportamentos são detectados tanto pelo paciente como por familiares e amigos, descritos como comportamentos diferentes do seu habitual e destoantes das características “alegres” dos obesos. Mesmo esse lado negativo, perguntado nas questões 1 e 2 (Anexo N - Tabela 33 e Anexo O - Tabela 34), “como se sente no momento e quando comparado com outras pessoas”, metade dos participantes respondeu que sempre é mais estável e equilibrado. Na questão 4 (Anexo P - Tabela 35), os impactos desses “altos” são tidos sempre como positivos. Isto demonstra quando a exacerbação do humor, mesmo com os aspectos negativos, é tida como características positivas nessa população. Metade mostrou esses altos no último ano, com duração maior que um mês.

O HCL-32 mostrou ser um instrumento viável, com boa confiabilidade, e comparável com outros estudos.^{30, 86,129} Ao analisarmos as AUC, verificamos que o

HCL-32 mostrou melhor capacidade discriminativa para detectar transtornos bipolares tipo II, com melhor ponto de corte de 16/17. As justaposições dos intervalos de confiança (IC de 95%) mostraram que o HCL-32 detectou bem as categorias de transtornos bipolares, com exceção do TBSOE. O baixo ponto de corte atingido para transtorno bipolar total de 10/11 é justificado pela ampliação dos coeficientes de intervalo, em que o baixo corte detecta todas as formas de bipolaridade, inclusive as mais brandas e sem origem específica.⁸⁵ Importante ressaltar que detectar esses sintomas, por si só, não garante o diagnóstico, porém, são sintomas que sugerem bipolaridade. A utilização do conceito de espectro do transtorno bipolar, que abrange desde formas brandas, leves, até formas mais graves, num *continuum* foi apresentada por Angst.⁸⁵ O estudo da italiana Alciati²³, utilizando os critérios diagnósticos de Zurique, encontrou altas taxas de pacientes pré-cirúrgicos com espectro do transtorno bipolar.

O limiar para avaliar os sintomas hipomaniacos é tênue e delicado. A bipolaridade e sua fase hipomaniaca são aceitas como um fator positivo, pois, após a ocorrência de fases depressivas, associadas às dificuldades da obesidade, ao aumento da energia e do humor, torna-se uma fase agradável, dificultando a percepção do real diagnóstico. Deste modo, o HCL-32 tornou-se um importante instrumento que pode ajudar na avaliação pré-cirúrgica e direcionar os tratamentos tanto no pré como no pós-operatório, em que sintomas tidos como característicos da população obesa passam a ser indicativos de sintomas de bipolaridade.

4.3 *Mood Disorder Questionnaire - MDQ*

O MDQ mostrou-se um instrumento viável para detectar transtornos bipolares.

Observando o Intervalo de Confiança de 95%, verificou-se que os transtornos bipolares I e II se sobrepõem. Porém, quando analisado em termos absolutos, verificou-se que apresentou melhor capacidade discriminativa para detectar o transtorno bipolar do tipo I. Dados similares foram encontrados em outros estudos.^{89,130} A análise do IC de 95% mostrou um desempenho considerado insatisfatório para transtorno bipolar sem origem específica (TBSOE) e para o

transtorno depressivo maior (EDM). A aplicabilidade do MDQ, para detectar transtornos bipolares I, foi confirmada nesse estudo, conforme o apontado em outras pesquisas.^{29,131}

A fácil aplicabilidade e o bom desempenho psicométrico, para detectar sintomas mais graves da bipolaridade, tornaram o MDQ uma boa ferramenta para avaliação pré-cirúrgica do paciente obeso. Assim como no HCL-32, ele também discrimina sintomas que podem ser confundidos tanto pelo avaliador como pelo próprio paciente. Na questão 3 do MDQ (Anexo Q - Tabela 36), quando questionados se “*em algum momento da sua vida, os períodos em alta causaram problemas no trabalho, na família ou no contato social*”, metade da amostra respondeu que não causaram nenhum problema, demonstrando a dificuldade de autoavaliação. Isto reforça a ideia de que os comportamentos expansivos são vistos como benéficos, tanto pelo próprio obeso quanto pela sociedade que, de forma geral, associa os sintomas hipomaniacos a estereótipos do obeso.

4.4 Escala *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* – MADRS

O presente estudo investigou, transversalmente, a confiabilidade e o desempenho da MADRS em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica com obesidade grau III e verificou o desempenho de versões breves da MADRS em relação à versão completa de dez itens. Foram construídas 4 curvas ROC (10 itens, 8 itens, 6 itens e 5 itens), identificando e comparando o desempenho clínico de cada uma delas por meio do cálculo da área sobre a curva ROC. A versão breve de cinco itens mostrou um bom desempenho, semelhante à versão completa de 10 itens. O melhor ponto de corte, 10/11, encontrado no presente estudo para a versão reduzida mostrou boa acurácia. À medida que as curvas eram construídas, observou-se que não houve alteração significativa na AUC para a versão de 5 itens, o que demonstrou que os seguintes sintomas excluídos redução de apetite, redução de sono, dificuldades de concentração, lassidão e pensamentos suicidas não interferiram na detecção de depressão nessa população. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com pacientes com Parkinson, em que o desempenho da MADRS também se mostrou aceitável.¹³²

A versão completa da MADRS obteve uma boa acurácia, indicando que, nessa população, o instrumento é capaz de detectar cerca de 90% dos casos de depressão maior, um resultado muito positivo e semelhante ao encontrado em outras pesquisas.^{133,134} A soma dos resultados da escala MADRS mostrou que um quarto dos pacientes foi considerado deprimidos. Foi observado que os sintomas mais comuns tanto em homens como em mulheres foram tristeza aparente, relato de tristeza e redução do sono.

Vários estudos têm verificado a confiabilidade da escala MADRS, em diversas populações específicas, como: sujeitos com Parkinson, pacientes após Acidente Vascular Cerebral, pacientes com Doença Arterial Coronariana e demências.^{132,133,135-137} A validação de versões reduzidas desta escala também foi encontrada na literatura em estudo que avalia a aplicação via computador ou telefone¹³⁸, ou o que propõe uma versão curta da escala para a avaliação de depressão em pessoas com Alzheimer.¹³² Apesar da ampla literatura relacionada à escala MADRS, não foram encontrados estudos sobre seu uso na população de obesos pré-cirúrgicos, ou, ainda, a validação de uma escala com versão reduzida de itens para essa população.

As pesquisas apontam as altas correlações entre depressão e obesidade, os índices de obesidade, e transtornos mentais e depressão tornaram-se alarmantes, e são preocupações globais de saúde.¹¹ A avaliação pré-cirurgia bariátrica ganha mais um instrumento eficiente, que avalia de forma rápida e com alta confiabilidade, e que pode garantir o reconhecimento do paciente com sintomas depressivos, que poderá, então, ser tratado antes do processo cirúrgico, favorecendo um melhor prognóstico.

4.5 *Moorehead-Ardelt-Quality of Life Questionnaire II – M-A QoL II*

O questionário M-AQoLII ainda é um instrumento pouco conhecido e utilizado para avaliar a qualidade de vida. Foi adaptado da versão pós-cirúrgica BAROS.⁹³ É um método simples e padronizado para avaliar o paciente antes da cirurgia. Embora cirurgias bariátricas, em muitos países, já o utilizem, recentemente, foi validado em outras línguas, como checo, alemão, espanhol, grego, italiano e chinês.⁹⁵⁻⁹⁷ Tem-se

mostrado um instrumento com boa confiabilidade e sua utilização é exclusiva para pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Em nosso estudo, o coeficiente de confiabilidade foi aceitável (alfa de Cronbach 0,7); um pouco menor que os coeficientes observados em estudos de validação em outras línguas já citados.

Na análise dos resultados, verificou-se que metade da amostra classificou como satisfatória sua qualidade de vida, ou seja, pontuaram entre -1 a 1 e não houve diferenças entre homens e mulheres. Importante ressaltar que esses resultados devem ser analisados levando em conta as grandes taxas de sintomas hipomaníacos dessa população, em que a exacerbação do humor é tida como uma condição favorável. Os comportamentos de elevação de humor, a grandiosidade, podem ser vistos pelo paciente como boa qualidade de vida. Mesmo aqueles que apresentaram três ou mais transtornos, ainda assim, classificaram sua qualidade de vida como satisfatória. Um dado surpreendente, pois o esperado seria que, com o aumento do número de transtornos, a qualidade de vida fosse prejudicada.

Quando analisamos por categorias, verifica-se uma pontuação negativa para o desempenho em atividades físicas, coerente com a condição geral do paciente obeso. As mulheres mostraram significativa diferença em relação à afetividade e sexualidade, em relação aos homens. Isto pode ser entendido diante das exigências sociais do padrão de magreza feminino, em que as mulheres associam seu peso ao bom desempenho afetivo e sexual.¹³⁹

Ao final das análises, foi feita uma correlação entre os instrumentos utilizados e o índice de IMC. O HCL-32, MDQ, MADRS, M-A QoL II e o GAF mostraram um bom desempenho para detectar sintomas e avaliar o grau de incapacitação dessa amostra. As correlações negativas apontam que, quanto maior o número de sintomas, tanto de bipolaridade, pelo HCL-32, como pelo MDQ; como de sintomas depressivos, pela MADRS, menor será a pontuação da qualidade de vida QoL II e o desempenho global GAF. Ou seja, estes instrumentos apontam para a relação direta entre os sintomas psiquiátricos do paciente obeso e seu desempenho funcional global. As correlações indicam, ainda, que o índice IMC não pode, por si só, ser tomado como indicativo de transtorno mental, principalmente de transtorno bipolar ou de episódios depressivos, pois não houve correlação significativa.

Apesar de todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa apontarem taxas elevadas de bipolaridade, tanto em sua forma mais branda, parte do espectro, como com total preenchimento de critérios, a questão 5 do MDQ (Anexo Q - Tabela 36), pergunta se alguma vez algum profissional de saúde já havia dito que eles tinham transtorno bipolar, somente 17%, dos que preencheram os critérios diagnósticos de bipolaridade pela SCID-I/P, responderam afirmativamente. Isto deixa clara a dificuldade dos profissionais de saúde de detectar sintomas de bipolaridade nessa população.

4.6 Limitações

Algumas limitações deste estudo devem ser observadas. Primeiro, os pacientes foram recrutados sequencialmente em um grande hospital universitário terciário no Sudeste do Brasil. Embora a representatividade da amostra possa ser motivo de preocupação, este centro bariátrico está localizado em uma grande área metropolitana com várias características semelhantes as de países desenvolvidos. A Região Metropolitana de São Paulo concentra quase 10% da população total do país, com uma grande desigualdade social e um elevado fluxo de migração. Esta heterogeneidade socioeconômica criou uma amostra muito heterogênea em relação à expectativa de vida, à taxa de analfabetismo, a anos de escolaridade e à renda *per capita*, similar a encontrada por todo o país.

É possível que os pacientes possam ter ocultado ou subestimado problemas psiquiátricos, por temerem que o resultado da avaliação levasse à desaprovação ou atraso da cirurgia, mesmo que devidamente notificados de que esta entrevista não fazia parte do procedimento pré-cirúrgico. O contrário também deve ser observado, exagerarem seus sintomas com o objetivo de contornar a classificação na lista de espera e antecipar a cirurgia. Esses vieses podem ter afetado as suas respostas à entrevista, no entanto, as avaliações foram realizadas cega e independente da triagem clínica pré-operatória, além do elevado número de pessoas na amostra.

Outro ponto importante é que se trata de uma amostra constituída por pacientes obesos, em que eram esperadas altas prevalências de transtornos mentais, assim, é

possível a ocorrência de efeito *halo*, em que o entrevistador tende a avaliar positivamente todas as perguntas sobre sintomas psiquiátricos. Além disso, pacientes que procuram o programa de cirurgia bariátrica tendem a apresentar taxas mais elevadas de transtornos psiquiátricos, quando comparados aos obesos que não procuraram tratamentos. Algumas doenças investigadas são de natureza instável e sugerem cronicidade, o que pode facilitar um viés de memória, em que alguns episódios anteriores podem ser deturpados. Para lidar com esse possível viés, todos os episódios foram ancorados por data durante a avaliação clínica por meio de entrevista semiestruturada.

O peso corporal foi outro fator que pode ter gerado vieses nos resultados, pois muitos obesos com IMC > 50 apresentaram dificuldades na locomoção para o hospital e, conseqüentemente, menor possibilidade de participação na entrevista. Estes não participantes podem ter contribuído para reduzir a real frequência de transtornos mentais, uma vez que eles apresentam condições mentais mais graves.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa investigou 393 pacientes obesos grau III candidatos à cirurgia bariátrica de acordo com um instrumento de entrevista semiestruturado para detectar transtornos mentais e fatores associados. Baseado nos resultados, foi possível concluir que:

1. A frequência de transtornos mentais em obesos grau III foi elevada, sendo 80,9% ao longo da vida e 57,2% no momento da entrevista:
 - Os transtornos mais frequentes nessa população foram os transtornos de humor e de ansiedade;
 - Entre os transtornos de humor, a depressão maior e o transtorno bipolar foram os mais comuns;
 - Os homens desta amostra apresentaram taxas elevadas de transtorno bipolar tipo I e mais transtornos por uso de substâncias.
2. Entre os fatores investigados, a idade e escolaridade mostraram-se significantes como fatores associados (ou correlacionados) à probabilidade dos participantes apresentarem transtornos psiquiátricos. Quanto maior a idade e a escolaridade, menor chance de apresentarem transtornos psiquiátricos.
3. Os instrumentos *Hypomania Symptoms Checklist* (HCL-32), *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ) e o *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) mostraram-se válidos e confiáveis para avaliação pré-cirúrgica, rastreando sintomas bipolares e depressivos que poderão nortear os tratamentos do paciente obeso.
4. O *Hypomania Symptoms Checklist* (HC-32) detecta melhor o transtorno bipolar tipo II, o *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ) detecta melhor transtorno bipolar tipo I e o *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*

(MADRS) apresenta boa acurácia em sua versão reduzida para detectar episódio depressivo maior.

5. A maioria dos participantes declarou estar satisfeita com sua qualidade de vida. A atividade física e o contato afetivo/sexo foram os domínios de menor pontuação.

Como principal implicação deste estudo, recomenda-se que os pacientes obesos sejam avaliados, sistematicamente, no período pré-operatório, em relação à ocorrência de transtornos mentais. O uso de instrumentos psicométricos confiáveis e validados na avaliação pré-cirúrgica contribuirá para uma padronização da avaliação, os quais poderão ajudar a fornecer uma melhor visão sobre os efeitos a curto e longo prazo da cirurgia para perda de peso. A associação direta do transtorno mental com obesidade grau III sugere ser necessário uma interdisciplinaridade na abordagem, bem como na indicação do procedimento cirúrgico. Estudos posteriores devem ser realizados para avaliar o impacto dessa associação sobre a evolução da gastroplastia.

6 ANEXOS

ANEXO A - Portaria do Ministério da Saúde - Diretrizes para o Tratamento da Obesidade.

Portarias GM 424 e 425 / 2013 – Ministério da Saúde.

PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 719/GM/MS, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, precipuamente o que estabelece o parágrafo único de seu art. 10, ao dispor que os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado prioritizadas e de cada um dos seus componentes devem ser regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando a Resolução nº 1/CAISAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida;

Considerando a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a população brasileira, dos materiais de apoio do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com

as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

A rt. 3º Para os fins desta Portaria, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento.

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC ≥ 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em:

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC ≥ 30 kg/m² e < 35 kg/m²; II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC ≥ 35 kg/m² e < 40 kg/m²; e III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 kg/m².

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ≥ 40 kg/m²;

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;

II - Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC ≥ 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente;

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

b) Subcomponente Hospitalar:

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I;

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos:

- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;
- b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e
- c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Parágrafo único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

Art. 9º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais.

Art. 10. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.569/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 2 de julho de 2007, página 51; II - a Portaria nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 25 de julho de 2007, página 56.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;

b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65

anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo o uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

ANEXO II

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

- Dados do Município-sede da linha de cuidado: · CNPJ da Prefeitura; · Código IBGE; · Contato da Prefeitura (email e telefone); · Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde); · Cargo ou função; · Contato do Dirigente (email e telefone).
- Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:
 - Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);
 - Pontos de Atenção à Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:
 - Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

 - Nº de UBS adstritas à linha de cuidado; · CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); · Nº de NASF com CNES; · Nº de Academias da Saúde com CNES; · Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.
 - Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado - ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):
 - Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado); · Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária; · Especificar se realiza procedimento cirúrgico; · Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos; · Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora; · Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos; · Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).
 - Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos): · Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção; · Medicamentos e suplementos disponíveis. 2.4 Regulação: · Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado); Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;
- Dados do contato: · Nome; · CPF; · Cargo ou função; · Email do contato; · Telefone do contato.
- Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências; e

Considerando a necessidade de definir Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, determinando os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias, resolve:

Art. 1º Fica definido o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade como o estabelecimento que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.

Parágrafo único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º Para cumprir as suas finalidades, os estabelecimentos de saúde habilitados como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 3º Fica estabelecido que o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá:

I - Participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade;

II - Participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e à qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS.

Art. 4º Fica aprovado, na forma de Anexos a esta Portaria, o que segue:

I - Anexo I - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica;

II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

III - Anexo III - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 5º Ficam definidos os critérios de credenciamento/habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade com adesão à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade estabelecidos no Anexo II a esta Portaria.

§ 1º Fica incluído na tabela de habilitações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) a habilitação em Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03).

§ 2º A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade - CGMAC/DAE/SAS/MS, com a aprovação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas dos estabelecimentos que estão habilitados conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, no prazo de 1 (um) ano, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º Para os estabelecimentos que forem habilitados pelos critérios definidos no Anexo II a esta Portaria, será concedido incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada a comorbidades, e que serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Art. 7º Fica definido que terão incrementos no componente SA (SERVIÇO AMBULATORIAL) os procedimentos relacionados quando realizados em estabelecimentos habilitados como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9.

Código	Procedimento
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica
02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido (até 3 vasos)
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)

Parágrafo único. Os procedimentos de que trata o "caput" deste artigo serão identificados no SIGTAP com o atributo REGRA CONDICIONADA.

Art. 8º Ficam alteradas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo com a idade.

§ 1º Para jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico àqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deverá ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área.

§ 2º Para adultos com idade acima de 65 anos, deverá ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Art. 9º Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento 03.01.12.006-4 -

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multi-profissional, que tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais -APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares.

§ 1º O procedimento 03.01.12.006-4 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional deve ser apresentado na quantidade máxima de 1 (um) em APAC, tipo única, que terá validade de 3 (três) competências.

§ 2º Para realização do procedimento descrito no "caput", os estabelecimentos devem ser habilitados em Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03).

Art. 10 O procedimento 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Am-bulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. Parágrafo único. Os modelos de laudos e demais orientações técnicas estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>.

Art. 11 Fica incluído o procedimento 04.07.01.036-0 -Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) - na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 12 Ficam incluídos os procedimentos para possíveis complicações pós-c i r ú r g i c a : 03.07.03.013-7 -Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 -Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

§ 1º Fica definido que os procedimentos descritos no "caput" estão restritos aos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica.

§ 2º Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente, deverá ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAIIH01.

Art. 13 Fica incluído o procedimento 04.13.04.026-7 - Dermolipectomia abdominal circun-ferencial pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 14 O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS será efetuado da seguinte forma:

I - Na AIH dever-se-á informar como procedimento solicitado e realizado o 04.15.02.001-8 -Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica.

II - Na mesma AIH do procedimento 04.15.02.001-8 será permitido o registro simultâneo de, no máximo, 2 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo III a esta Portaria.

III - Os procedimentos definidos no Anexo III a esta Portaria deverão ser registrados no campo Procedimentos Realizados da AIH, sendo pago 100% do valor total de cada procedimento.

Art. 15 Ficam alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gas-troplastia com derivação intestinal, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 16 Fica definido que no valor dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade de que trata esta Portaria, não estão incluídos os valores das OPM compatíveis.

Art. 17 Ficam incluídas as compatibilidades de OPM com os procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade conforme a tabela a seguir:

Procedimentos	Compatibilidades	Quantidade
04.07.01.012-2	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante	01 03
Gastrectomia com ou sem derivação duodenal	07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	
04.07.01.036-0	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante	01 03
Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)	07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	
04.07.01.017-3	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante	01 03
Gastroplastia com derivaçãointestinal	07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	
04.07.01.018-1	07.02.05.027-0 - Grampeador linear	01 01
Gastroplastia vertical com banda	07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal	

Art. 18 Fica determinado que o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 19 Fica determinado que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com obesidade a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 20 As Secretarias de Saúde dos Estados, desde que não haja oferta de serviços ou insuficiência avaliada e comprovada, devem observar o disposto na Portaria nº 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009, que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).

Art. 21 Fica determinado que os formulários de vistoria e roteiros que auxiliem no tratamento e encaminhamento do paciente obeso grau III ou grau II, com comorbidades, estarão disponíveis no site www.saude.gov.br/sas.

Art. 22 É de responsabilidade dos gestores locais a regulação, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação da estrutura, a forma e a equipe para atendimento ao indivíduo com obesidade, bem como a garantia da qualidade dos serviços.

Art. 23 Caberá aos gestores locais estaduais ou municipais realizarem ações de regulação, de controle e de avaliação da atenção à saúde, bem como a conformidade entre os procedimentos realizados e seus ressarcimentos.

Art. 24 Fica estabelecido que os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 25 Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas -CG-SI/DRAC/SAS/MS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 26 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência seguinte à sua publicação.

Art. 27 Ficam revogadas as Portarias nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 493/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 563/SAS/MS, de 16 de setembro de 2011; e Portaria nº 409/SAS/MS, de 10 de maio de 2012. ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO B – Entrevista Clínica.**I – Identificação**

Nome:
Idade: (dia/mês/ano). (...../...../.....) Sexo: masculino (....) feminino (....)
Estado Civil: (Se casado, viúvo ou divorciado, há quanto tempo?).....
Quantos filhos
Escolaridade
Profissão
Nacionalidade (País de Origem)
Naturalidade (Cidade de nascimento)
Endereço residencial
.....
Telefone de contato
Mora com: (pais, esposo, filhos, sozinhos, outros)

II- Antecedentes clínicos

Peso (Kg)..... IMC.....
Já apresentou transtornos psiquiátrico/psicológico (Se sim, quais e os tratamentos realizados).....
.....
.....
Alcoolismo (se sim há quanto tempo).....
Uso de droga (se sim há quanto tempo)
Tentativa de suicídio
Histórico de transtornos psiquiátricos/psicológicos na família (Casos diagnosticados/tratamentos/internações).....
.....
Histórico de transtornos alimentares na família (Casos de obesidade, anorexia, bulimia, compulsão alimentar).....
.....
Início da obesidade.....
Qual foi o maior peso?
Comorbidades
Existência de situações traumáticas (sequestros, lutos, acidentes, estupros..).....
.....

ANEXO C - Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV – SCID – I

**ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA
TRANSTORNO DO EIXO I DO DSM – IV**

**Edição para Pacientes
SCID-I/P(Versão 2.0)**

**CENTRO DE TREINAMENTO DE SCID
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

**Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**
R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785-CEP 05403-010, São Paulo-SP-Brasil

Responsável pela tradução e adaptação para o Português

Prof. Dr. Wang Yuan-Pang

Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

O desenvolvimento do SCID tem apoio parcial de
NIMH Contrato #278-83-0007 (DB) e NIMH Grant # 1 RO1 MH40511

Para citação: First, Michael B., Spitzer, Robert L., Gibbon, Miriam, and Williams, Janet, B.W.
“Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition”
(SCID-I/P, Version 2.0 9/98 revision). Biometrics Research Department
New York State Research Institute
722 West 168th. Street
New York, New York 10032

© 1998 Biometrics Research Department

ANEXO D - Escala de Autoavaliação de Hipomania – HCL-32.

H C L – 32

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (altos e baixos ou para cima e para baixo). O objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos altos ou “para cima”.

1. Como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?

☐ muito pior do que o normal	☐ um pouco melhor que o normal
☐ pior que o normal	☐ melhor que o normal
☐ um pouco pior que o normal	☐ muito melhor que o normal
☐ nem pior nem melhor que o normal	

2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor descreve

Comparado com outras pessoas, meus níveis de atividade, energia e humor...

- ☐ ...sempre são mais para estáveis e equilibrados
- ☐ ...geralmente são maiores
- ☐ ...geralmente são menores
- ☐ ...frequentemente passo por períodos de altos e baixos

3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado “para cima”. Como você se sentia na época?

Por favor, responda a todas estas questões, **independente do seu estado atual**

Em tal estado:

1. Precisava de menos sono	☐ sim ☐ não
2. Você se sentia com mais energia e mais ativo (a)	☐ sim ☐ não
3. Ficava mais autoconfiante	☐ sim ☐ não
4. Se entusiasmava mais com meu trabalho	☐ sim ☐ não
5. Ficava mais sociável (fazia mais ligações telefônicas, saía mais)	☐ sim ☐ não
6. Queria viajar ou viaja mais	☐ sim ☐ não
7. Tinha tendência a dirigir mais rápido ou a se arriscava mais enquanto dirigia	☐ sim ☐ não
8. Gastava mais ou gastava dinheiro demais	☐ sim ☐ não
9. Se arriscava mais em sua vida diária (no seu trabalho e/ou outras atividades)	☐ sim ☐ não
10. Ficava mais ativo (a) fisicamente (esporte, etc.)	☐ sim ☐ não
11. Planejava mais atividades e projetos	☐ sim ☐ não
12. Tinha mais idéias, ficava mais criativo (a)	☐ sim ☐ não
13. Ficava menos tímido (a) ou inibido (a)	☐ sim ☐ não
14. Usava roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes	☐ sim ☐ não
15. Queria se encontrar ou de fato se encontrava com mais pessoas	☐ sim ☐ não
16. Ficava mais interessado(a) em sexo e/ou tinha desejo sexual aumentado	☐ sim ☐ não
17. Paquerava mais e/ou ficava mais ativo(a) sexualmente	☐ sim ☐ não
18. Falava mais	☐ sim ☐ não
19. Pensava mais rápido	☐ sim ☐ não
20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo	☐ sim ☐ não
21. Eu me distraio com mais facilidade	☐ sim ☐ não
22. Eu me envolvo em muitas coisas novas	☐ sim ☐ não
23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente	☐ sim ☐ não
24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade	☐ sim ☐ não

25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado(a) mais facilmente ()sim ()não
26. Posso ser cansativo(a) ou irritante para os outros ()sim ()não
27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas ()sim ()não
28. Meu humor fica melhor, mais otimista ()sim ()não
29. Bebo mais café ()sim ()não
30. Fumo mais cigarros ()sim ()não
31. Bebo mais álcool ()sim ()não
32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros) ()sim ()não

4. Impacto dos seus “altos” em vários aspectos de sua vida

Vida Familiar () positivo e negativo () positivo () negativo () nenhum impacto

Vida social () positivo e negativo () positivo () negativo () nenhum impacto

Trabalho () positivo e negativo () positivo () negativo () nenhum impacto

Recreação () positivo e negativo () positivo () negativo () nenhum impacto

5. Reação e comentário das pessoas sobre seus “altos” como as pessoas próximas à você reagiram ou comentaram seu “alto”?

- () positivamente (encorajando ou apoiando)
() neutro
() negativamente (preocupados, aborrecidos, irritados, críticas)
() positivamente e negativamente
() nenhuma reação

6. Via de regra qual foi a duração de “alto” (em média)

- () 1 dia () 4-7 dias () maior que 1 mês
() 2-3 dias () maior que 1 semana () não posso julgar/ não sei

7. Você sentiu tais “altos” durante o último ano?

- () sim () não

ANEXO E - Questionário de Transtornos de Humor MDQ.

QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNOS DE HUMOR				
DADOS PESSOAIS:	IDADE:	☐ Anos	DATA:	CENTRO: ☐ ☐ ☐
INICIAIS:	SEXO:	☐ Masculino	☐ Feminino	REGISTRO HC:
INSTRUÇÕES:				
POR FAVOR, RESPONDA A CADA QUESTÃO DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.				
1. Alguma vez você não esteve no seu estado normal durante um período e ...				
... você se sentiu tão bem ou tão para cima que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado normal ou você estava com tanta energia que se meteu em dificuldades?				☐ Sim ☐ Não
... você ficou tão irritado que gritou com outras pessoas ou começou brigas ou discussões?				☐ Sim ☐ Não
... você se sentiu muito mais autoconfiante do que se sente normalmente?				☐ Sim ☐ Não
... você dormiu muito menos que o normal e achou que realmente não fez falta?				☐ Sim ☐ Não
... você estava muito mais falante ou falou muito mais rápido do que fala normalmente?				☐ Sim ☐ Não
...os pensamentos passavam rapidamente na sua cabeça ou você não conseguia desacelerar sua mente?				☐ Sim ☐ Não
... você se distraía tão facilmente com as coisas a seu redor que tinha dificuldade de se concentrar ou de manter o foco?				☐ Sim ☐ Não
...você teve muito mais energia do que tem normalmente?				☐ Sim ☐ Não
...você ficou muito mais ativo ou fez muito mais coisas do que faz normalmente?				☐ Sim ☐ Não
...você ficou muito mais sociável ou expansivo do que é normalmente, por exemplo, você telefonou para amigos no meio da noite?				☐ Sim ☐ Não
...você ficou muito mais interessado em sexo do que normalmente?				☐ Sim ☐ Não
...você fez coisas que não costumava fazer ou que outras pessoas podem ter achado que eram excessivas, tolas ou arriscadas?				☐ Sim ☐ Não
...gastou dinheiro a ponto de deixar você ou sua família em apuros?				☐ Sim ☐ Não
2. Se você marcou SIM mais de uma vez nas questões acima, já aconteceu que algumas delas aconteceram numa mesma época?				☐ SIM ☐ NÃO
3. Quanto foi que qualquer uma delas causou um problema para você, por exemplo, de não conseguir trabalhar, ter dificuldades familiares, de dinheiro ou legais, de entrar em discussões ou brigas?				
<i>Por favor, assinale apenas uma resposta.</i>				
☐ Nenhum problema ☐ Problema mínimo ☐ Problema moderado ☐ Problema sério				
4. Algum parente consanguíneo (por exemplo, filhos, irmãos, pais, avós, tios, tias) teve doença maniaco-depressiva ou transtorno bipolar?				☐ SIM ☐ NÃO
5. Algum profissional de saúde alguma vez lhe disse que você tinha doença maniaco-depressiva ou transtorno bipolar?				☐ SIM ☐ NÃO

OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO. POR FAVOR, DEVOLVA-O AO SEU MÉDICO

ANEXO F - Escala de Avaliação Depressão – MADRS.**AVALIAR ESSES ITENS PARA OS SINTOMAS ATUAIS (ÚLTIMA SEMANA)**

A escala de avaliação deve se basear numa entrevista clínica que se inicia com perguntas genéricas sobre os sintomas e seja acompanhada de questões mais detalhadas que permitam avaliação precisa de gravidade. (O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5))

<p>(se necessário pergunte: Como você acha que estava a sua aparência durante a semana passada? Muito entristecido e deprimido?)</p>	<p><u>TRISTEZA APARENTE:</u> representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança. Avaliar de acordo com a intensidade, duração e o grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.</p> <p>0- nenhuma tristeza 1- 2- parece abatido, mas se alegra sem dificuldades 3- 4- parece triste e infeliz a maior parte do tempo 5- 6- parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado</p>	S001
<p>Na semana passada, você sentiu-se triste? Deprimido? Desesperançoso? Se sim, quanto isso foi ruim? Se deprimido: você se sentiu melhor quando fazia outras coisas ou quando alguma coisa agradável acontece, ou você se sentia tão mau que não importava o que acontecia: (Que coisas têm feito você se sentir melhor?)</p>	<p><u>TRISTEZA RELATADA:</u> representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança. Avaliar de acordo com a intensidade, duração e o grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.</p> <p>0- tristeza ocasional, compatível com as circunstâncias 1- 2- triste ou abatido, mas se alegra sem dificuldades 3- 4- sentimentos predominantes de tristeza e melancolia 5- 6- tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis</p>	S002

<p>Se reconhecer humor depressivo, segue o contexto e pergunte: Quanto tempo você tem se sentido desta forma?</p>		
<p>Notas:</p>		
<p>Você se sentiu tenso ou inquieto na semana passada. Se sim: Quão ruim foi isso? Quanto tempo você se sentiu daquele jeito: (você entrou em pânico?)</p> <p>O que tem feito para ajudar você se sentir mais calmo?</p>	<p><u>TENSÃO INTERIOR:</u> representando sentimentos desconforto doentio, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente, chegando até pânico, pavor ou angústia. Avaliar de acordo com a intensidade frequência, duração e o grau reassuramento necessário.</p> <p>0- plácido, somente tensão interior fugaz</p> <p>1-</p> <p>2- sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto doentio</p> <p>3-</p> <p>4- sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente em que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade</p> <p>5-</p> <p>6- apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável</p>	<p>S003</p>
<p>Como tem sido o seu sono na semana passada? (Quantas horas você tem dormido, comparado com o usual?)</p> <p>Você teve dificuldade para adormecer?</p> <p>E de continuar dormindo?</p> <p>O seu sono tem sido inquieto ou perturbado?</p> <p>Você tem acordado no meio da noite? (Consegue voltar logo ao sono)</p>	<p><u>SONO DIMINUÍDO:</u> representando a experiência de redução da duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.</p> <p>0- dorme normalmente ou mais que o usual</p> <p>1-</p> <p>2- leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido</p> <p>3-</p> <p>4- sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas</p> <p>5-</p> <p>6- menos de duas ou três horas de sono</p>	<p>S004</p>

<p>Como estava o seu apetite na semana passada? (Como estava, comparada ao seu apetite usual?)</p> <p>Você ficou menos interessado em comer?</p> <p>Você teve que se forçar a comer?</p> <p>Outras pessoas tiveram que pressioná-lo a comer?</p>	<p><u>APETITE REDUZIDO:</u> representando o sentimento de perda de apetite comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou necessidade de forçar-se a comer.</p> <p>0- apetite normal ou aumentado</p> <p>1</p> <p>2- apetite levemente reduzido</p> <p>3-</p> <p>4- sem apetite. A comida não tem sabor</p> <p>5-</p> <p>6- é necessário ser sempre persuadido para comer</p>	S005
<p>Você teve problema para se concentrar ou organizar os seus pensamentos na semana passada? Se sim: Quanto isso tem sido ruim? Quais são as suas atividade regulares diárias? Você teve algum problema para se concentrar nelas? (se sim: como foi comparado com quando você se sentia bem?)</p> <p>Você tem sido capaz de ler um jornal ou revista? Tem sido tão ruim que é difícil, às vezes, para manter uma conversa?</p> <p>Nota: Considerar também o comportamento durante a entrevista</p>	<p><u>DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO:</u> representando dificuldades em concluir ou organizar os seus pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante. Avalie de acordo com a intensidade, frequência, e o grau de incapacidade resultante</p> <p>0- sem dificuldades para se concentrar</p> <p>1-</p> <p>2- dificuldades ocasionais para concluir ou organizar os pensamentos</p> <p>3-</p> <p>4- dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa</p> <p>5-</p> <p>6- incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade</p>	S006
<p>Você teve algum problema para começar fazer as coisas na semana passada?(Você teve que se forçar para fazer as coisas?) Se sim: que coisas?</p> <p>Você fica bem uma vez que você começou fazer as coisas?</p> <p>Você tem feito as coisas rotineiras mais lentamente que o usual? (Você tem ficado preguiçoso?)</p>	<p><u>LASSIDÃO:</u> representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras</p> <p>0- dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça</p> <p>1-</p> <p>2- dificuldades para iniciar atividades</p> <p>3-</p> <p>4- dificuldades para começar atividades rotineiras simples que são realizadas às custas de esforços</p> <p>5-</p> <p>6- lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda</p>	S007

<p>Você tem sido menos interessado nas coisas ao seu redor, ou em coisas que você costuma desfrutar? Se sim: Quanto as coisas têm sido ruim?</p> <p>Você ainda se desfruta de suas atividades ou das coisas ao seu redor tanto quanto costuma ser? (Se não: quanto menos que o de costume?)</p> <p>Como estão os seus sentimentos pelos seus amigos?</p> <p>Você tem menos ou nada se você encontrá-los? (Você tem algum sentimento geral, como raiva, pesar, ou prazer? Tanto quanto quando você estava bem?)</p>	<p><u>INCAPACIDADE DE SENTIR:</u> representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstância ou às pessoas está reduzida</p> <p>0- interesse normal pelo ambiente e outras pessoas</p> <p>1-</p> <p>2- capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros</p> <p>3-</p> <p>4- perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos</p> <p>5-</p> <p>6- a experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta completa ou mesmo dolorosa de sentimentos, em relação aos parentes próximos e amigos</p>	S008
<p>Você tem se sentido pessimista na semana passada? Se sim: Quanto de pessimista você sido? O que você pensa sobre o seu futuro?</p> <p>Você tem se colocado para baixo, sou sentido que você é um fracasso de algum jeito, na semana passada? (Você tem se auto-recriminado a si mesmo por coisas que você tenha feito, ou não feito no passado°)</p> <p>Você tem se sentido culpado ou pecaminoso na semana passada? Se sim: Como tem sido os seus pensamentos?</p>	<p><u>PENSAMENTOS PESSIMISTAS:</u> representando pensamentos de culpa, inferioridade, autorreprovação, pecado, remorso e ruína</p> <p>0- sem pensamentos pessimistas</p> <p>1-</p> <p>2- idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou autodepreciação</p> <p>3-</p> <p>4- auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado</p> <p>5-</p> <p>6- progressivamente pessimista sobre o futuro. Delírios de ruína, remorso ou pecado imperdoável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis</p>	S009

<p>Nesta última semana, você tem tido alguns pensamentos como que vida não vale a pena viver, ou que seria melhor você estar morto? E pensamentos de se machucar ou mesmo de matar?</p> <p>Se sim: O que você pensou? Você tem realmente feito planos? (Você contou sobre isso pra alguém?)</p>	<p><u>PENSAMENTOS SUICIDAS</u>: representando o sentimento de que a vida não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio. As tentativas de suicídio não devem em si influenciar as pontuações</p> <p>0- aprecia a vida ou a aceita como ela é</p> <p>1-</p> <p>2- enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios</p> <p>3-</p> <p>4- provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas</p> <p>5-</p> <p>6- Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência ativa para suicídio.</p>	S010
		PONTUAÇÃO TOTAL

ANEXO G - Questionário de Qualidade de Vida M-A QoL II.

MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS

Por favor marque com um X o quadro que corresponde a sua resposta.

1. Como me sinto

☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Muito mal

Muito Bem

2. Eu gosto de atividade física

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Nenhuma

Gosto muito

3. Tenho satisfação em contato social

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Não

Muita

4. Estou apto para trabalhar

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Não

Totalmente

5. Tenho prazer com afetividade e/ou sexo

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Nenhum

Totalmente

6. De que maneira me relaciono com comida

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Vivo para comer

Como para viver

ANEXO H – Licença para Utilização da Escala de Qualidade de Vida.

Melodie K. Moorehead, Ph.D., ABPP, P.A.
1201 East Broward Boulevard, Fort Lauderdale, FL 33301
Telephone (954) 444-1445

11/21/13

A lifetime licensing authorization is issued for the PDF file use of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II (MA II) with Scoring Key. The license is issued to:

Institute & Department of Psychiatry, University of Sao Paulo Medical School, Sao Paulo, Brazil

Receipt issued for the fee of \$1000.00 to:

Wang Yuan Pang, MD, MSc, PhD (FAPESP #2012/17435-7)
Rua Machado Bittencourt, no. 190, conj. 307
Vila Clementino-CEP: 04044-000
Sao Paulo-SP-Brazil

Thank you for your order,
Melodie K. Moorehead, Ph.D., ABPP

ANEXO I - Protocolo da Aprovação pelo Comitê de Ética.

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0228/11

Título: "ESPECTRO DO TRANSTORNO BIPOLAR ENTRE PACIENTES OBESOS CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA"

Pesquisador Responsável: Wang Yuan Pang

Pesquisador Executante: Leorides Severo Duarte Guerra

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Departamento: PSIQUIATRIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 23/11/2011, do(s) documento(s) abaixo mencionado(s):

- Carta datada de 05/10/2011 - Nova versão do protocolo;
- Cronograma atualizado das atividades realizadas.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 23 de Novembro de 2011

Recebido: 2011/11/23
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

ANEXO J- Protocolo de Anuência Interdepartamental.**PROJETO DE PESQUISA INTERDEPARTAMENTAL****HC-FMUSP**

São Paulo, 07 de maio de 2012.

Ao Departamento de Psiquiatria da FMUSP

O Departamento de Gastroenterologia – Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da USP tem ciência da realização do Projeto de Pesquisa, intitulado: "ESPECTRO DO TRANSTORNO BIPOLAR EM PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA", que tem como Unidade responsável originária o Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

Cuja respectiva Comissão de Ética é responsável pela sua aprovação bem como o devido encaminhamento para a Cappesq – HCFMUSP e demais comissões necessárias.

São os investigadores responsáveis:

Wang Yuan Pang

Leorides Severo Duarte Guerra

Atenciosamente.

Prof. Dr. Ivan Cecconello

Chefe do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP

ANEXO K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :
SEXO : M () F ()
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO
Nº APTO:
BAIRRO:
CIDADE
CEP:.....
TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :
SEXO : M () F ()
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO
Nº APTO:
BAIRRO:
CIDADE
CEP:.....
TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

- Transtorno Mental em pacientes candidatos à Cirurgia Bariátrica

2. PESQUISADOR Wang Yuan-Pang

CARGO/FUNÇÃO: Médico da Divisão Médica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, FMUSP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL CRM 59946

UNIDADE DO HCFMUSP: IPQ-HC-FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO () RISCO MÍNIMO (X)

RISCO MÉDIO()

RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: - Dois anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa saber quantos pacientes com obesidade classe III apresentam transtornos psiquiátricos.

2- Serão utilizadas entrevistas estruturadas, onde não há necessidade de conhecimentos prévios. Estas entrevistas têm o propósito de diagnosticar possíveis transtornos psiquiátricos.

3- Não há nenhum risco ou desconforto na participação dessa pesquisa

4- Participando você terá o benefício de receber um diagnóstico preciso de algum transtorno que venha ter e poderá receber eventuais tratamentos

5- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O investigador principal é o Dr. Wang Yuan-Pang, que pode ser encontrado neste endereço: Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, no. 7853o. andar - Ala Norte - Sala 17-CEP 05403-010 - São Paulo - SP – Brasil-Fone/Fax:+55 11 2661-6976. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

6- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

7- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

8- Você terá direito a ser mantido atualizado sobre os resultados que vierem a ser obtidos

9- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

10- Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa;

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Espectro do transtorno bipolar em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica”.

Eu discuti com o Dr. Wang Yuan-Pang, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

ANEXO L – Exploração de Autovalores do HCL-32

Tabela 31 - Total da exploração dos autovalores do HCL-32

Componente	Autovalores (Eigenvalues)			Extração			Rotação		
	Total	% variação	Cumulativa%	Total	% variação	Cumulativa %	Total	% variação	Cumulativa %
1	8,8	27,4	27,4	3,8	27,4	27,4	7,4	23,1	23,1
2	2,2	6,8	34,3	2,2	6,8	34,3	3,6	11,2	34,3
3	1,7	5,3	39,5						
4	1,4	4,3	43,8						
5	1,2	3,8	47,6						
6	1,1	3,5	51,1						
7	1,0	3,3	54,4						
8	0,9	3,1	57,4						
9	0,9	2,8	60,3						
10	0,8	2,7	62,9						
11	0,8	2,6	65,5						
12	0,8	2,5	68,1						
13	0,7	2,4	70,4						
14	0,7	2,3	72,7						
15	0,7	2,2	74,9						
16	0,7	2,1	77,1						
17	0,6	2,1	79,1						
18	0,6	1,9	81,1						
19	0,6	1,9	83,0						
20	0,6	1,7	84,7						
21	0,5	1,7	86,4						
22	0,5	1,6	88,1						
24	0,5	1,5	91,2						

Método de Extração: Principal Component Analysis.

Fonte: Criado pelo autor.

ANEXO M - Exploração de Autovalores da Escala MADRS.

Tabela 32 - Total da Exploração dos autovalores da Escala MADRS

Componentes	Autovalores (<i>Eigenvalues</i>)			Extração		
	Total	% de variação	Cumulativa %	Total	% de variação	Cumulativa %
1	6,3	63,4	63,4	6,3	63,4	63,4
2	0,8	8,1	71,5			
3	0,7	6,6	78,1			
4	0,6	5,6	83,7			
5	0,5	4,7	88,4			
6	0,4	3,7	92,0			
7	0,3	2,7	94,8			
8	0,3	2,7	97,4			
9	0,2	1,5	98,9			
10	0,1	1,0	100,0			

Fonte: Criado pelo autor.

Método de Extração: *Principal Component Analysis*.

ANEXO N - Questão HCL.1- “*Antes de tudo, como você esta se sentindo hoje, comparando com seu estado normal?*”

Tabela 33 - Questão 1: Estabilidade do Humor pela autopercepção

HCL. 1	Mulheres	Homens	Total
mt pior que o normal	11 (3,7%)	2 (2,5%)	13 (3,4%)
pior que o normal	12 (4,0%)	1 (1,3%)	13 (3,4%)
um pouco pior que o normal	23 (7,7%)	4 (5,0%)	27 (7,1)
nem pior nem melhor que o normal	131 (43,8,%)	39 (48,9%)	170 (44,9)
um pouco melhor que o normal	53 (17,7%)	22 (27,5%)	75 (19,8%)
melhor que o normal	44 (14,7%)	5 (6,3%)	49 (12,95)
muito melhor que o normal	25 (8,4%)	7 (8,8%)	32 (8,4%)
Total	299 (100%)	80 (100%)	379 (100%)

Fonte: Criado pelo autor.

ANEXO O - Questão HCL.2 - “*Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?*”.

Tabela 34 - Questão 2: Autoavaliação dos níveis de atividade, energia e humor

HCL. 2	Mulheres	Homens	Total
sempre são mais estáveis e equilibradas	139 (46,5%)	459 (56,3%)	184 (48,5%)
geralmente são maiores	35 (11,7%)	11 (13,8%)	46 (12,2%)
geralmente são menores	22 (7,4%)	5 (6,3%)	27 (7,1%)
frequentemente passo por períodos de altos e baixos	103 (34,4%)	19 (23,8%)	122 (32,2%)
Total	299 (100%)	80 (100%)	379 (100%)

Fonte: Criado pelo autor.

ANEXO P - Questão 4 do HCL – “*Impacto dos seus “altos” em vários aspectos de sua vida*”.

Tabela 35 - Questão 4 do HCL: Impacto dos períodos “altos”

HCL. 4	Mulheres	Homens	Total
Impacto na vida familiar	39,1% (+)	42,5% (+)	39,8% (+)
	1,7% (-)	3,8% (-)	2,1% (-)
Impacto na vida social	42,8% (+)	47,5% (+)	43,8% (+)
	5,0% (-)	2,5% (-)	4,5% (-)
Impacto no trabalho	45,7% (+)	52,5% (+)	47,2% (+)
	5,0% (-)	5,0% (-)	5,0% (-)
Impacto na recreação	39,8% (+)	50,0% (+)	42,0% (+)
	6,0% (-)	5,0% (-)	5,8% (-)
Tipo de reação	48,8% (+)	47,5% (+)	48,5% (+)
	9,0% (-)	6,3% (-)	8,4% (-)
Maior duração (>1 semana)	9,7%	6,3%	9,0%
Maior duração (>1 mês)	18,1%	18,8%	18,2%
Ocorrência no último ano	58,9% (sim)	57,5% (sim)	58,6% (sim)

Fonte: Criado pelo autor.

(+) impacto positivo

(-) impacto negativo

ANEXO Q - Questões 2-3-4 e 5 do MDQ.

Tabela 36 - Frequência de respostas positivas para as questões 2-3-4 e 5 do MDQ

	Frequência (sim) N 379		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%
Questão 2- <i>“algumas delas aconteceram numa mesma época”</i>	153	40,4	118	39,5	35	43,8
Questão 3- <i>“causou problemas no trabalho, família e sociais”</i>						
Nenhum problema	198	52,2	153	51,2	45	56,3
Problema mínimo	68	17,9	57	19,1	11	13,8
Problema moderado	75	19,8	56	18,7	19	23,8
Problema sério	38	10,0	33	11,0	5	6,3
Questão 4- <i>“parentes bipolar”</i>	64	16,9	47	15,7	17	21,3
Questão 5- <i>“já ter recebido diagnóstico de bipolaridade”</i>	24	6,3	21	7,0	3	3,8

Fonte: Criado pelo autor.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859-77.
2. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. Chronic diseases 1 - The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1929-38.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61.
4. WHO - World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization, 2011.
5. Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Oct;104(4):257-63.
6. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Jul;37(7):316-25.
7. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Jul 26;9.
8. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [on line]. Mapeamento obesidade 2007 [citado 11/fev/2014]. Disponível em: http://www.sbcbr.org.br/pesquisa/pesquisa_sobre_obesidade_no_brasil_2007.zip.
9. Nogueira RP. Perspectivas críticas acerca da relação entre saúde e desenvolvimetro com foco nos países BRIC. *Rev Análise Econômica*. 2012; 30(Esp):75-95.

10. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in Brazil 4 Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61.
11. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):220-9.
12. Hoffman DJ. Obesity in developing countries: causes and implications. *Food Nutr Agric*. 2001;28:64-71.
13. Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness - an enormous health burden is increasingly being recognised. *Br Med J*. 2002 Sep 21;325(7365):608-9.
14. Ministério da Saúde. Total de cirurgias de redução de estômago sobe 542%. Portal da Saúde 2009 [cited 2014 11/fev/2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/3430->.
15. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):824-30.
16. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*. 2008 Jan;64(1):97-105.
17. Suzuki J, Haimovici F, Chang G. Alcohol use disorders after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2012 Feb;22(2):201-7.
18. Lin H-Y, Huang C-K, Tai C-M, Lin H-Y, Kao Y-H, Tsai C-C, et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 2;13:1.
19. Public Health England. Observatory N-NO. International comparisons of obesity prevalence: association of public health observatories; 2011 [cited 18/fev/2014]. Available from: http://www.noo.org.uk/uploads/doc799_2_International_Comparisons_Obesity_Prevalence2.pdf.

20. Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Hegg AP, Brewerton TD. Eating disorders and depression - is there a serotonin connection. *Biol Psychiatry*. 1990 Sep 1;28(5):443-54.
21. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Soulakova JN, Courcoulas AP, Wisinski MSC. Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2008 Jul-Aug;4(4):544-9.
22. Norris RV, Gauer GJC. Transtorno do stress pós-traumático e transtorno do humor bipolar. *Rev Bras Psiquiatria*. 2003;25(Supl):55-61.
23. Alciati A, D'Ambrosio A, Foschi D, Corsi F, Mellado C, Angst J. Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):131-8.
24. Baskaran A, Cha DS, Powell AM, Jalil D, McIntyre RS. Sex differences in rates of obesity in bipolar disorder: postulated mechanisms. *Bipolar Disord*. 2014 Feb;16(1):83-92.
25. Sarwer DB, Fabricatore AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clin Plastic Surg*. 2008 Jan;35(1):1-10.
26. Pubmed. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
27. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879.
28. de Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Muehlhans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Dis*. 2011 Sep;133(1-2):61-8.
29. Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, et al. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005 Jul;1:8.

30. Forty L, Kelly M, Jones L, Jones I, Barnes E, Caesar S, et al. Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version. *J Affect Dis.* 2010 Aug;124(3):351-6.
31. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity.* 2013 Mar;21:S1-S27.
32. SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgica Bariátrica e Metabólica [on line]. Portarias GM 424 e 425/2013 – Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/legislacao.php?menu=4>.
33. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev.* 2012 Jan;70(1):3-21.
34. Oliveira JHA, Yoshida EMP. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicol Refl Crit;* 2009;22(1):12-9.
35. Company MI. *New weight standard for men and women.* In: Company SBotMI, editor. 1959.
36. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter.* 1931.
37. Melo ALN. *Psicologia geral e psicopatologia.* São Paulo: Editora Atheneu; 1970.
38. Spiegel A, Nabel E, Volkow N, Landis S, Li TK. Obesity on the brain. *Nat Neuroscience.* 2005 May;8(5):552-3.
39. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP.* 2002;13(1):197-216.
40. Markus A. Neurobiology of obesity. *Nat Neuroscience.* 2005 May;8(5):551-3.
41. Bouchart C. *Atividade física e obesidade.* São Paulo: Manole, 2003.
42. Damaso A. *Etiologia da obesidade.* Rio de Janeiro: Medsi. 2003.

43. Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatria*. 2002-12;24(Suppl. v. 3):63-7.
44. Sieck G. *Obesidade*. Porto Alegre, RS: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; 2009.
45. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health*. 2007 Oct;97(10):1808-12.
46. Monteiro CA, D'Aquino Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJD, et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ*. 2010 Apr;88(4):305-11.
47. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr*. 2002 Feb;5(1A):105-12.
48. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ*. 2004 Dec;82(12):940-6.
49. WHO - World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee* 1995.
50. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
51. Lin EHB, Von Korff M, Consortium WWS. Mental disorders among persons with diabetes - results from the World Mental Health Surveys. *J Psychosom Res*. 2008 Dec;65(6):571-80.
52. Ahmed AT, Warton EM, Schaefer CA, Shen L, McIntyre RS. The effect of bariatric surgery on psychiatric course among patients with bipolar disorder. *Bipolar Dis*. 2013 Nov;15(7):753-63.

53. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jul;67(7):1080-5.
54. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):328-34; quiz 74.
55. Muhlhans B, Horbach T, de Zwaan M. Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Sep-Oct;31(5):414-21.
56. Grucza RA, Krueger RF, Racette SB, Norberg KE, Hipp PR, Bierut LJ. The emerging link between alcoholism risk and obesity in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec;67(12):1301-8.
57. Pickering RP, Goldstein RB, Hasin DS, Blanco C, Smith SM, Huang B, et al. Temporal relationships between overweight and obesity and DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: results from a prospective study, the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011 Nov;72(11):1494-502.
58. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Psychosom Res*. 2009 Apr;66(4):277-85.
59. Calkin C, van de Velde C, Ruzickova M, Slaney C, Garnham J, Hajek T, et al. Can body mass index help predict outcome in patients with bipolar disorder? *Bipolar Disord*. 2009 Sep;11(6):650-6.
60. Vannucchi G, Toni C, Maremmani I, Perugi G. Does obesity predict bipolarity in major depressive patients? *J Affect Disord*. 2014 Feb;155:118-22.
61. Diniz M, Sander M, Almeida S. *Critérios de eficácia do tratamento cirúrgico e avaliação da qualidade de vida*. AB IGJ, EM F, FL. B, editors. São Paulo: Atheneu; 2002.
62. Garrido AJ. Cirurgia da obesidade como estamos. *Rev ABESO*. 2001.

63. Mello CAP. Gastroplastia Vertical em Y de Roux: resgate da qualidade de vida dos obesos [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
64. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom D, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):741-52.
65. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2009 Sep;13(41):1-190, 215-357.
66. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):753-61.
67. Schwartz A, Etchechoury L, Collet D. Outcome after laparoscopic gastric bypass for super-super obese patients. *J Visceral Surg*. 2013 Apr;150(2):145-9.
68. Mateo Gavira I, Vilchez Lopez FJ, Cayon Blanco M, Garcia Valero A, Escobar Jimenez L, Mayo Ossorio MA, et al. Effect of gastric bypass on the cardiovascular risk and quality of life in morbid obese patients. *Nutr Hosp*. 2014 Mar;29(3):508-12.
69. Garrido AJ. Aumentar o componente dissabsortivo: um recurso a tentar quando a derivação gástrica em Y-de-Roux não resolve a obesidade mórbida. *Arq Gastroenterol*. 2005.
70. Fandiño J, Benchimol A, Coutinho W, Appolinário J. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004; 26(1): 47-51.
71. Appolinario J, Claudino A. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatria*. 2002; 22:28-31.
72. Guisado M, Leal V. Psychopathological differences between morbidly obese compulsão alimentar eaters and non-compulsão alimentar eaters after bariatric surgery. *Eating Weight Disord*. 2003; 8(4):315-8.

73. Magdaleno R, Jr., Chaim EA, Turato ER. Understanding the life experiences of brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. 2010 Aug;20(8):1086-9.
74. Matos M, Zanella M. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes como obesidade classe III. *Rev ABESO*. 2002; Ano 3(9).
75. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, et al. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg*. 2007 Apr;17(4):445-51.
76. Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb;69(2):295-301.
77. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis*. 2012 Sep-Oct;8(5):533-41.
78. Oliveira J. Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica [Tese]. Campinas SP: Universidade Católica de Campinas - PUC; 2006.
79. Beck NN, Mehlsen M, Stoving RK. Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eating Behav*. 2012 Dec;13(4):394-7.
80. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization; 1991.
81. Laboratório de Epidemiologia e Estatística - Lee LdEeE. Calculadora Eletrônica 2010. Available from: <http://www.lee.dante.br>.
82. First MB, Spitzer RL, Gibbon M., Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research: New York State Psychiatric Institute; 2002.

83. Association AP. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, texto revisado - DSM-IV-Tr.* 4th ed. Association AP, editor. Washington DC: American Psychiatry Association; 2000.
84. Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Braz J Med Biol Res.* 1996 Dec;29(12):1675-82.
85. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005 Oct;88(2):217-33.
86. Soares OT, Moreno DH, de Moura EC, Angst J, Moreno RA. Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev Bras Psiquiatria.* 2010 Dec;32(4):416-23.
87. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R, Skeppar P, Carta M, Benazzi F, et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry.* 2010 Feb;9(1):41-9.
88. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000 Nov;157(11):1873-5.
89. Gan Z, Han Z, Li K, Diao F, Wu X, Guan N, et al. Validation of the Chinese version of the "Mood Disorder Questionnaire" for screening bipolar disorder among patients with a current depressive episode. *BMC Psychiatry.* 2012 Jan 31;12:8.
90. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:382-9.
91. Williams JB, Kobak KA. Development and reliability of the SIGMA: A structured interview guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Neuropsychopharmacology.* 2006 Dec;31:S165-S6.
92. Dratcu L, da Costa Ribeiro L, Calil HM. Depression assessment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun;150:797-800.

93. Moorehead M. The validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II and Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obes Surg.* 2006 Feb;16(2):218-9.
94. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg.* 1998 Oct;8(5):487-99.
95. Sauerland S, Weiner S, Haeusler E, Dolezalova K, Angrisani L, Masdevall Noguera C, et al. Validity of the Czech, German, Italian, and Spanish version of the Moorehead-Ardelt II Questionnaire in patients with morbid obesity. *Obes Facts.* 2009 Feb;2:57-62.
96. Chang C-Y, Huang C-K, Chang Y-Y, Tai C-M, Lin J-T, Wang J-D. Cross-validation of the Taiwan version of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II with WHOQOL and SF-36. *Obes Surg.* 2010 Nov;20(11):1568-74.
97. Charalampakis V, Daskalakis M, Bertsias G, Papadakis JA, Melissas J. Validation of the Greek Translation of the Obesity-Specific Moorehead-Ardelt Quality-of-Life Questionnaire II. *Obes Surg.* 2012 May;22(5):690-6.
98. Oria HE, Moorehead MK. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surg Obes Related Dis.* 2009 Jan-Feb;5(1):60-6.
99. Barros LM, Nogueira RAM, Frota NM, Caetano JA. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. *Rev enferm UFPE.* 2013;7(5):1365-75.
100. Khawali C, Ferraz MB, Zanella MT, Ferreira SRG. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2012 Feb;56(1):33-8.
101. Cohen J, Fleiss J. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas.* 1973;33:613-9.
102. Inc. S. *PASW Statistics for Windows.* SPSS Inc. 18.0 ed. Chicago: SPSS Inc.; 2009.
103. Landis JR, Koch GG. Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 1977;33(1):159-74.

104. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950 1950;3(1):32-5.
105. Bartlett MS. Tests of significance in factor analysis. *Br J Psychol Statist Section*. 1950 Jun;3:77-85.
106. Tabachnick BG, Fidel LS. *Using multivariate statistics*. MA: Allyn and Bacon. 2001.
107. Guttman L. Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*. 1954 1954;19(2):149-61.
108. Kaiser HF. The application of electronic-computers to factor-analysis. *Educational Psychol Meas*. 1960 1960;20(1):141-51.
109. Cattell RB. Citation classic - the scree test for the number of factors. *Curr Cont Social Behav Sci*. 1983 1983(5):16-.
110. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. *Rev Psiquiatria Cli*. 1999;32(4):237-9.
111. Pallant J. *SPSS Survival manual - a step by step guide to data analysis using SPSS*. Australia 2011.
112. Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, Tsai CC, et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*. 2013;13:1.
113. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry*. 2014 Feb;55(2):248-59.
114. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
115. Fairburn C, Brownell K. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd ed. ed: Guilford Press.
116. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge-eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1472-9.

117. Andrade LHSgd, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatria Clín.* 2006 2006;33(2):43-54.
118. Striegelmoore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk-factors for bulimia. *Am Psychologist.* 1986 Mar;41(3):246-63.
119. Ball J. Men, you're bigger than you think! (But women-you're thinner) [cited 2014 11/fev/2014]. *The Guardian.* 2013. Available from <http://www.theguardian.com/society/blog/2013/mar/28/men-women-weight-underestimate>.
120. Huber TJ, Rollnik J, Wilhelms J, von zur Muhlen A, Emrich HM, Schneider U. Estradiol levels in psychotic disorders. *Psychoneuroendocrinology.* 2001 Jan;26(1):27-35.
121. VanBuskirk KA, Potenza MN. The treatment of obesity and its co-occurrence with substance use disorders. *J Addiction Med.* 2010 Mar;4(1):1-10.
122. Volkow ND. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorders? *Am J Psychiatry.* 2007;164(5):708-10.
123. Tiwari MM, Goede MR, Reynoso JF, Tsang AW, Oleynikov D, McBride CL. Differences in outcomes of laparoscopic gastric bypass. surgery for obesity and related diseases. *Surgr Obes Related Dis.* 2011 May-Jun;7(3):277-82.
124. Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2005 Apr;73(2):195-202.
125. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes.* 2000 Dec;24(12):1707-14.
126. Crisp AH, Queenan M, Sittampaln Y, Harris G. Jolly fat revisited. *Journal of Psychosom Res.* 1980 1980;24(5):233-41.
127. Jasienska G, Ziomkiewicz A, Gorkiewicz M, Pajak A. Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "jolly fat" hypothesis. *Womens Health Issues.* 2005 May-Jun;15(3):145-51.

128. Jansen A, Havermans R, Nederkoorn C, Roefs A. Jolly fat or sad fat? Subtyping non-eating disordered overweight and obesity along an affect dimension. *Appetite*. 2008 Nov;51(3):635-40.
129. Gamma A, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, et al. Transcultural validity of the Hypomania Checklist-32 (HCL-32) in patients with major depressive episodes. *Bipolar Disord*. 2013 Sep;15(6):701-12.
130. Phelps JR, Ghaemi SN. Improving the diagnosis of bipolar disorder: Predictive value of screening tests. *J Affect Dis*. 2006 Jun;92(2-3):141-8.
131. Isometsa E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppamaki S, Pippingskold M, et al. The Mood Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2003;3:8.
132. Reijnders JS, Lousberg R, Leentjens AF. Assessment of depression in Parkinson's disease: the contribution of somatic symptoms to the clinimetric performance of the Hamilton and Montgomery-Asberg rating scales. *J Psychosom Res*. 2010 Jun;68(6):561-5.
133. Knapskog AB, Barca ML, Engedal K. A comparison of the validity of the Cornell Scale and the MADRS in detecting depression among memory clinic patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(4):287-94.
134. Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G, et al. The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *J Affect Disord*. 2012 Dec;141(2-3):227-32.
135. Schrag A, Barone P, Brown RG, Leentjens AF, McDonald WM, Starkstein S, et al. Depression rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Mov Disord*. 2007 Jun 15;22(8):1077-92.
136. Kang HJ, Stewart R, Kim JM, Jang JE, Kim SY, Bae KY, et al. Comparative validity of depression assessment scales for screening poststroke depression. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):186-91.
137. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Pommer AM, Pop VJ, Montgomery SA, et al. Evaluation of depressive symptoms in patients with coronary artery disease using the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012 Sep;27(5):249-55.

138. Mundt JC, Katzelnick DJ, Kennedy SH, Eisfeld BS, Bouffard BB, Greist JH. Validation of an IVRS version of the MADRS. *J Psychiatr Res.* 2006 Apr;40(3):243-6.
139. Novaes JDV. *Ser mulher, ser feia, ser excluída.* Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0237.pdf>.