

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Letícia Altheman Loureiro

**Aspectos psicológicos e reganho de peso no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica**

Ribeirão Preto

2023



LETÍCIA ALTHEMAN LOUREIRO

**Aspectos psicológicos e reganho de peso no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica**

VERSÃO ORIGINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Pasian

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Loureiro, Letícia Altheman

Aspectos psicológicos e reganho de peso no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica. Ribeirão Preto, 2023.

128 p. : il. ; 30 cm

Versão Original

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento.

Orientador: Pasian, Sonia Regina.

1. Avaliação multimétodo. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Pós-operatório tardio. 4. Saúde mental 5. Funcionamento psicológico.

Nome: Letícia Altheman Loureiro

Título: Aspectos psicológicos e ganho de peso no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_



## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Alipio e Marcia, por seu amor incondicional, apoio inabalável e sacrifícios incansáveis. Seu apoio constante e encorajamento moldaram meu caminho e me fizeram a pessoa que sou hoje. Obrigada por serem a base sólida em que construí meu sonho acadêmico.

Às minhas irmãs, Nathalia e Flávia, pelo apoio emocional, pelo compartilhamento de alegrias e desafios, e por sempre acreditarem em mim. Suas palavras de incentivo e compreensão me deram força nos momentos mais difíceis. Amo vocês profundamente e agradeço por estarem ao meu lado.

Ao meu marido, Felipe, sua paciência, compreensão e apoio inabalável foram fundamentais nesta jornada. Você me incentivou a seguir meus sonhos e acreditou em mim, mesmo quando eu duvidava de mim mesma. Sua presença tornou tudo mais significativo. Obrigada por ser meu porto seguro.

Aos meus amigos, que desde os estudos para o processo seletivo de mestrado estiveram comigo me apoiando, e meus colegas de laboratório por seu apoio durante esta jornada acadêmica. Em especial, à Maíra, expresso minha profunda gratidão. Sua orientação, paciência e colaboração foram inestimáveis durante minha pesquisa. Seu comprometimento com a excelência acadêmica e sua disposição para me ajudar sempre que necessário foram fundamentais para este trabalho.

À minha orientadora, Sonia Pasian, sua orientação e expertise foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho. Sua paixão pela pesquisa e sua paciência ao me guiar ao longo deste processo foram inspiradoras. Sou profundamente grata por sua mentoria e orientação.





## RESUMO

Loureiro, L. A. (2023). *Aspectos psicológicos e reganho de peso no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A cirurgia bariátrica consiste em intervenção eficaz para casos de obesidade mórbida. A literatura da área, contudo, aponta inconsistências quanto à melhora da saúde mental, especialmente no pós-operatório e com escassez de informações sobre o pós-cirúrgico tardio. O estudo objetivou avaliar, por meio de recursos on-line, indicadores de saúde mental e do funcionamento psicológico de indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica no pós-cirúrgico tardio, a partir de 24 meses após realização do procedimento. Foram realizados dois estudos, com amostra de 117 participantes no Estudo I e de 27 participantes para o Estudo II. No Estudo I os participantes responderam aos seguintes instrumentos: *Self-Reporting Questionnaire*, Escala de Medo da COVID-19, Questionário sobre a Saúde do Paciente-9, Inventário de Ansiedade de Beck, *Eating Pathology Symptoms Scale*, Escala de Compulsão Alimentar Periódica e Inventário de Personalidade para o DSM-5 - Versão Breve. Os voluntários do Estudo II responderam adicionalmente ao Método de Rorschach (R-PAS on-line). Os resultados indicam que sintomas psicológicos e problemas alimentares ainda são comuns no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica. Quanto ao funcionamento lógico e afetivo, no entanto, nota-se aparente adaptação. O funcionamento lógico pareceu marcado por um estilo defensivo, prevalecendo formas simplistas de operação cognitiva, com menor reatividade às emoções. O funcionamento afetivo se mostrou marcado por fragilidades e preocupações quanto a autoimagem e o próprio corpo, o que parece se intensificar com a passagem do tempo e conforme maior o reganho de peso. Estes resultados sugerem superficial adaptação no período pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, porém com a persistência de sintomas de saúde mental. Reforça-se a necessidade de acompanhamento multidisciplinar em longo prazo e a importância da utilização da abordagem multimétodo de avaliação psicológica nesse contexto, fornecendo informações relevantes para o planejamento de intervenções individualizadas, superando limites de instrumentos de autorrelato.

*Palavras-chave:* Avaliação multimétodo, Cirurgia bariátrica, Pós-operatório tardio, Saúde mental, Funcionamento psicológico.



## **ABSTRACT**

Loureiro, L. A. (2023). *Psychological Aspects and Weight Regain in the Late Postoperative Period of Bariatric Surgery* (Master's Thesis). Faculty of Philosophy, Sciences, and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Bariatric surgery represents an effective intervention for cases of morbid obesity. However, the literature in the field highlights inconsistencies regarding improvements in mental health, particularly in the postoperative period, and a dearth of information on the late post-surgical phase. This study aimed to evaluate, through online resources, indicators of mental health and psychological functioning in individuals who had undergone bariatric surgery in the late postoperative period, starting from 24 months after the procedure. Two studies were conducted, with a sample of 117 participants in Study I and 27 participants for Study II. In Study I, participants responded to the following instruments: the Self-Reporting Questionnaire, Fear of COVID-19 Scale, Patient Health Questionnaire-9, Beck Anxiety Inventory, Eating Pathology Symptoms Scale, Binge Eating Scale, and Personality Inventory for DSM-5 - Brief Version. Volunteers in Study II additionally responded to the Rorschach Method (online R-PAS). The results indicate that psychological symptoms and eating-related issues still prevail in the late postoperative period of bariatric surgery. However, with respect to logical and affective functioning, there appears to be an adaptive process. Logical functioning seems to be characterized by a defensive style, marked by a prevailing simplistic form of cognitive operation and reduced reactivity to emotional stimuli. Affective functioning is marked by vulnerabilities and concerns related to self-image and body perception, which appear to intensify with the passage of time and weight gain. These findings suggest a degree of adaptation during the late postoperative period of bariatric surgery, albeit with the persistence of mental health symptoms. This underscores the imperative of long-term multidisciplinary follow-up and emphasizes the significance of employing a multimethod approach to psychological assessment in this context, providing relevant information for planning individualized interventions, overcoming the limits of self-report instruments.

*Keywords:* Multimethod assessment, bariatric surgery, late postoperative, mental health, psychological functioning.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos desta revisão sistemática da literatura conforme protocolo PRISMA.....	31
<b>Figura 2.</b> Percurso amostral do Estudo I ( $n = 117$ ).....	52
<b>Figura 3.</b> Percurso amostral do Estudo II ( $n = 27$ ).....	53
<b>Figura 4.</b> Caracterização da amostra do Estudo I ( $n = 117$ ) e do Estudo II ( $n = 27$ ) quanto ao tempo de cirurgia bariátrica em anos.....	58
<b>Figura 5.</b> Tela inicial da plataforma on-line do Estudo I.....	64
<b>Figura 6.</b> Convite à pesquisa divulgado em mídias sociais.....	123
<b>Figura 7.</b> Imagem da tela do primeiro instrumento do formulário on-line.....	125



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos estudos ( $n = 10$ ) em termos descritivos (autoria, ano, delineamento, amostra, tempo de pós-operatório, instrumentos utilizados).....	32
<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos instrumentos de avaliação psicológica quanto ao foco de análise e sua frequência de uso nos estudos analisados ( $n = 10$ ).....	34
<b>Tabela 3.</b> Caracterização dos estudos ( $n = 10$ ) quanto às variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica e seus principais resultados.....	35
<b>Tabela 4.</b> Caracterização dos “Grupos de Cirurgia Bariátrica” do Facebook identificados pela pesquisadora ( $n = 34$ ).....	49
<b>Tabela 5.</b> Caracterização da amostra do Estudo I ( $n = 117$ ) e do Estudo II ( $n = 27$ ) quanto ao sexo, estado onde reside, nível econômico, diagnóstico de COVID-19 e reganho de peso.....	54
<b>Tabela 6.</b> Características da amostra do Estudo I ( $n = 117$ ) e do Estudo II ( $n = 27$ ) quanto a escolaridade, tempo médio de pós-operatório, peso, IMC e reganho de peso.....	55
<b>Tabela 7.</b> Caracterização da amostra do Estudo I ( $n = 117$ ) e do Estudo II ( $n = 27$ ) quanto a cirurgia, profissionais consultados e resultados autorrelatados.....	56
<b>Tabela 8.</b> Análise estatística descritiva de sintomas psiquiátricos para o Estudo I ( $n = 117$ ) .....	69
<b>Tabela 9.</b> Classificação dos resultados de sintomas psiquiátricos para o Estudo I ( $n = 117$ ).....	70
<b>Tabela 10.</b> Resultados e comparação estatística dos escores da EPSI no Estudo I ( $n = 117$ ) com valores de referência de Coniglio et al. (2018).....	72
<b>Tabela 11.</b> Correlações entre os resultados das escalas de sintomas psiquiátricos, tempo de pós-operatório e reganho de peso para o Estudo I ( $n = 117$ ).....	73
<b>Tabela 12.</b> Análise estatística descritiva de sintomas psiquiátricos para o Estudo II ( $n = 27$ ).....	74
<b>Tabela 13.</b> Classificação dos resultados de sintomas psiquiátricos para o Estudo II ( $n = 27$ ).....	75
<b>Tabela 14.</b> Comparação dos escores da EPSI no Estudo II ( $n = 27$ ) com valores de referência de Coniglio et al. (2018).....	77
<b>Tabela 15.</b> Estatísticas descritivas dos escores padronizados das variáveis do Rorschach.....	78
<b>Tabela 16.</b> Correlações entre as variáveis do Método de Rorschach com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso.....	81





## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1.	Mapeamento da Obesidade.....	19
1.2.	O tratamento cirúrgico da obesidade.....	20
1.3.	Fatores psicológicos no pré-cirúrgico da cirurgia bariátrica.....	22
1.4.	Fatores psicológicos e reganho de peso no pós-operatório da cirurgia bariátrica.....	24
1.5.	Avaliação psicológica no pós-operatório da cirurgia bariátrica.....	29
1.6.	Saúde mental e as repercussões da pandemia de COVID-19.....	39
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>43</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
3.1.	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>45</b>
3.2.	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>45</b>
3.2.1.	Estudo I.....	45
3.2.2.	Estudo II.....	45
<b>4.</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
4.1.	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>47</b>
4.2.	<b>Delineamento metodológico.....</b>	<b>48</b>
4.3.	<b>Participantes.....</b>	<b>48</b>
4.3.1.	Crítérios de elegibilidade e cálculo amostral.....	48
4.3.2.	Percurso amostral.....	49
4.3.2.1.	Estudo I.....	49
4.3.2.2.	Estudo II.....	52
4.3.3.	Caracterização da amostra.....	53
4.4.	<b>Materiais.....</b>	<b>59</b>
4.4.1.	Para o Estudo I.....	59
4.4.2.	Para o Estudo II.....	62
4.5.	<b>Procedimentos.....</b>	<b>63</b>
4.5.1.	Coleta de dados.....	63
4.5.2.	Análise dos dados.....	65
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
5.1.	<b>Estudo I.....</b>	<b>69</b>
5.1.1.	Indicadores de Saúde Mental.....	69
5.2.	<b>Estudo II.....</b>	<b>74</b>
5.2.1.	Indicadores de Saúde Mental.....	74
5.2.2.	Funcionamento Lógico e Afetivo.....	77
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>85</b>
6.1.	Estudo I.....	85
6.2.	Estudo II.....	91
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>99</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>9.</b>	<b>APÊNDICES E ANEXOS</b>	

<b>APÊNDICE A:</b> TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	119
<b>APÊNDICE B:</b> QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE.....	121
<b>APÊNDICE C:</b> CONVITE À PESQUISA DIVULGADO EM MÍDIAS SOCIAIS.....	123
<b>APÊNDICE D:</b> IMAGEM DA TELA DO PRIMEIRO INSTRUMENTO DO FORMULÁRIO ON-LINE.....	125
<b>ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO NO CEP.....</b>	<b>127</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Mapeamento da Obesidade

Obesidade e sobrepeso são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021a) como o acúmulo excessivo de gordura no corpo que pode trazer danos à saúde. Em adultos, é muito utilizado o índice de massa corporal (IMC) como parâmetro para definir existência ou não da obesidade. O IMC é indicador técnico que resulta da relação entre o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da sua altura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

A OMS (2021<sup>a</sup>, 2022) recomenda IMC mediano de 21 a 23  $\text{kg}/\text{m}^2$  para adultos manterem saúde ideal, considerando-se recomendável a massa corporal que se situe na faixa entre 18,5 e 24,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  como aquela que pode representar menos riscos à saúde geral. Um IMC de 25,0 a 29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  representa excesso de peso e risco aumentado de comorbidades, enquanto IMC igual ou maior que 30  $\text{kg}/\text{m}^2$  é classificado como obesidade, com moderado a grave risco à saúde. De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016) e com a Classificação Internacional de Doenças - CID-11 (OMS, 2022), a obesidade é ainda classificada em grau I para indivíduos com IMC entre 30 e 34,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ , grau II para indivíduos com IMC entre 35 e 39,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  e grau III para indivíduos com IMC igual ou maior a 40,0  $\text{kg}/\text{m}^2$ .

De acordo com indicadores globais da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021b), em 2016, 39,7% das mulheres e 38,5% dos homens com idade igual ou superior a 18 anos estavam acima do peso, além de 11,1% dos homens e 15,3% das mulheres preencherem o critério de obesidade. Ou seja, quase dois bilhões de adultos ao redor do mundo estavam acima do peso e mais de quinhentos milhões eram obesos. No mesmo ano no Brasil, a prevalência de indivíduos acima do peso era de 56,9% e, de obesos, 22,3%. Ao analisar essa distribuição dos casos em função do sexo no Brasil, notou-se que 56,2% das mulheres e 57,6% dos homens estavam acima do peso e 25,9% das mulheres e 18,5% dos homens eram obesos (OMS, 2021b).

Dados mais recentes da Vigitel Brasil sobre o excesso de peso e obesidade no Brasil, considerando as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, indicaram que no ano de 2021 a prevalência de excesso de peso foi de 57,2%, sendo 59,9% entre os homens e 55,0% entre as mulheres. Já a frequência de adultos obesos no mesmo ano foi de 22,4%, sendo 22,6% entre as mulheres e 22,0% entre os homens (Ministério da Saúde, 2022).

Nos últimos quarenta anos, os níveis de obesidade e o sobrepeso cresceram de modo intenso e significativo na população. Desde 1975 até 2016, a obesidade mundial quase triplicou. Tanto o sobrepeso quanto a obesidade estão associados a diversos efeitos metabólicos adversos, como aumento da pressão arterial, aumento do colesterol e dos triglicérides e resistência à insulina, condições responsáveis por cerca de 8% dos gastos com saúde pública no Brasil (ABESO, 2016). Ou seja, conforme aumenta o IMC aumentam também os riscos de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral isquêmico, distúrbios músculo esqueléticos, diabetes, além de alguns tipos de câncer (de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e de vesícula biliar). Isso gera elevados gastos em saúde pública, além de custos envolvendo afastamentos do trabalho, absenteísmo e aposentadorias precoces (ABESO, 2016). No Brasil, o custo da obesidade chega a 2,4% do PIB e é estimado em 84,3 bilhões de reais por ano (SBCBM, 2019). As taxas de mortalidade também aumentam com a elevação do excesso de peso (OMS, 2021a). Indivíduos com IMC igual ou superior a 45 kg/m<sup>2</sup> têm sua expectativa de vida diminuída e a mortalidade por condições cardiovasculares aumentada (ABESO, 2016), tornando a obesidade uma questão importante de saúde pública.

Sobrepeso e obesidade, bem como as doenças associadas, são influenciados por fatores comportamentais e ambientais. Os padrões alimentares e o nível de gasto energético são alguns dos fatores comportamentais que influenciam nos níveis de obesidade. Por sua vez, essas práticas dependem em grande nível de fatores individuais, sociais e econômicos, exigindo políticas públicas que promovam hábitos e um estilo de vida saudável (OMS, 2021b). As medidas atuais de prevenção da obesidade não têm sido suficientes para evitar sua maior incidência. Nesse contexto, emerge a possibilidade e os recursos técnicos de tratamento cirúrgico para os casos de grave obesidade (ABESO, 2016), como detalhado no próximo tópico.

## **1.2. O tratamento cirúrgico da obesidade**

Visando à redução da taxa de mortalidade e de comorbidades clínicas, o tratamento cirúrgico pode ser indicado para casos graves de obesidade (ABESO, 2016). De acordo com dados de 2019 da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), em um período de oito anos, de 2011 a 2018, o número de cirurgias bariátricas aumentou em 84,7%, totalizando aproximadamente 424 mil cirurgias no país, o que reflete aumento da confiança da população no procedimento, bem como maior conhecimento sobre a melhora da qualidade de vida derivada desse tratamento. Somente em 2018, foram realizadas mais de 63 mil

cirurgias bariátricas no Brasil, um total 4,4% maior do que em 2017, sendo cerca de 11 mil destas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o total de procedimentos realizados em 2018 representa 0,47% da população obesa elegível para a cirurgia. Estima-se que esta seja de aproximadamente 700 mil pessoas.

São indicados para a cirurgia bariátrica indivíduos adultos com IMC igual ou maior que 35 kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença, ausência ou gravidade de comorbidades, ou com IMC igual ou maior que 30 kg/m<sup>2</sup> e diabetes tipo 2. Ainda, deve-se considerar a cirurgia para indivíduos com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup> que não alcançam perda de peso substancial ou duradoura ou melhora nas comorbidades usando métodos não cirúrgicos (Eisenberg et al., 2022). Como contraindicação, tem-se a dependência de álcool e/ou drogas ilícitas, quadros psiquiátricos graves (quadros psicóticos ou demências graves ou moderadas), deficiência intelectual e risco anestésico e cirúrgico (ABESO, 2016). Ressalta-se também a importância da compreensão, por parte do paciente e sua família, dos riscos e da necessidade de mudança de hábitos após a cirurgia bariátrica, além da necessidade de regular acompanhamento pós-operatório de longo prazo, em consultas ambulatoriais com equipe multidisciplinar. Um bom preparo pré-operatório com equipe multidisciplinar (médicos, cirurgião, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, entre outros) para minuciosa avaliação de fatores que possam interferir no sucesso do procedimento também se faz fundamental para o bom desfecho do tratamento, com destaque especial no processo do exame especializado da saúde mental (ABESO, 2016).

O maior controle do peso corporal pela cirurgia bariátrica está relacionado com a melhora de diversas comorbidades associadas à obesidade: quadros clínicos como diabetes, hipertensão arterial, função cardíaca e respiratória, doenças do sono e qualidade de vida no geral (ABESO, 2016; Castanha et al., 2018; Moraes, Caregnato & Schneider, 2014). No entanto, apesar da cirurgia bariátrica ser efetivo procedimento para aqueles que são tratados por ela, estima-se que cerca de 20% a 35% dos pacientes voltam a ganhar peso no período de 18 meses a cinco anos depois da cirurgia (Bastos et al., 2013; Dalcanale et al., 2010), dado que aponta para a necessidade de cuidados posteriores de longo prazo.

Fatores como características sociodemográficas (idade, sexo e nível educacional), variáveis de saúde (peso, comorbidades clínicas e psicopatologias), adequada rede de suporte psicossocial, capacidade pessoal de enfrentamento de adversidades, características pessoais e traços patológicos como impulsividade e flexibilidade, são considerados preditores relevantes dos desfechos nestas cirurgias (Agüera et al., 2015; Lanyon & Maxwell, 2007; Van Hout, Hagendoren, Verschure & Van Heck, 2009). Nota-se que fatores emocionais e psicológicos,

bem como a presença de psicopatologia, são variáveis importantes que podem interferir no sucesso do procedimento.

De forma geral, a cirurgia bariátrica é considerada um método eficaz para perda de peso e redução de comorbidades em casos severos de obesidade (ABESO, 2016). No entanto, consiste em um método invasivo que demanda ajustes importantes no estilo de vida após a sua realização, em especial nos hábitos alimentares. Diante desse contexto, tem-se a importância de se compreender os fatores psicológicos associados ao pré e pós-cirúrgico, de forma a compreender se a presença de sintomas psicológicos ou psiquiátricos após a cirurgia bariátrica podem interferir no desfecho positivo do procedimento tanto em relação ao peso perdido, quanto em termos de saúde mental e qualidade de vida. A literatura da área se dedica a compreender essas associações conforme será destacado a seguir.

### **1.3. Fatores psicológicos no pré-cirúrgico da cirurgia bariátrica**

A Organização Mundial da Saúde, em sua Classificação Internacional de Doenças - CID-11 (2022) e a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, APA, 2014), definem a obesidade como uma doença crônica e complexa resultante do excesso de gordura corporal pela ingestão energética excessiva e prolongada em relação ao gasto energético, que depende de um conjunto de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos e contribuem para o seu desenvolvimento. O DSM-5 indica que a obesidade pode estar associada a diversos transtornos mentais, tais como transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia e o transtorno de compulsão alimentar, e que pode se desenvolver pelo efeito colateral de alguns medicamentos psicotrópicos.

A revisão da literatura realizada por Costa, Bandeira, Trentini, Brilmann, Friedman e Nunes (2009) sobre transtornos psiquiátricos e obesidade indicou maior incidência de psicopatologia em obesos, apesar de inexistirem evidências de associação direta entre obesidade e psicopatologia. De acordo com esse estudo, mulheres obesas, obesos classe III e comedores compulsivos têm maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos. Os quadros de obesidade e Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) possuem resposta menos efetiva aos tratamentos comportamentais convencionais para perda de peso e índices mais elevados de transtornos psiquiátricos, em especial a depressão e a ansiedade, consideradas importantes em termos de prognóstico para esses casos. Observam-se também transtornos de personalidade como comorbidade nos quadros de obesidade e TCA. Entre os pacientes

candidatos à cirurgia bariátrica, também há relatos de aumento da Síndrome do Comer Noturno. Além disso, os autores identificaram que a perda de peso, apesar de poder ser vital para pacientes obesos, também pode ser causa de alterações psicológicas como estresse e flutuações do humor.

O estudo realizado por Duarte-Guerra, Coêlho, Santo e Wang (2015) avaliou 393 indivíduos que buscavam tratamento para a obesidade, recorrendo a uma entrevista semiestruturada baseada no DSM-IV como estratégia de coleta de dados. Seus achados apontaram que 57,8% desses indivíduos sinalizaram algum transtorno mental no momento da avaliação, sendo a ansiedade o diagnóstico mais prevalente (46,3%). A presença de algum transtorno mental durante a vida foi observada em 80,9% dos participantes do estudo, sendo os transtornos afetivos os mais frequentes ao longo da vida (64,9%). O transtorno bipolar apareceu em 35,6% dos participantes e a depressão em 29,3% ao longo de suas vidas. No subgrupo que referiu algum transtorno psicopatológico durante a vida, metade relatou vivenciar três ou mais transtornos no momento da avaliação. Os autores recomendaram a avaliação sistemática de transtornos mentais nesses indivíduos antes da realização da cirurgia bariátrica, bem como o acompanhamento de longo prazo para examinar suas implicações no resultado do procedimento.

Ribeiro, Giampietro, Belarmino e Salgado-Júnior (2016) avaliaram indicadores de ansiedade, depressão e compulsão alimentar em mulheres candidatas a cirurgia bariátrica em um hospital público do Brasil, identificando presença significativa de indicadores de depressão, porém baixos níveis de ansiedade e compulsão alimentar. Sarwer et al. (2004), por sua vez, identificaram a depressão como o diagnóstico mais prevalente entre candidatos à cirurgia bariátrica dos Estados Unidos. Por fim, as evidências empíricas de Wedin et al. (2012), com amostra dos Estados Unidos, e Malik, Mitchell, Engel, Crosby e Wonderlich (2014), em uma revisão da literatura, reafirmaram níveis elevados de ansiedade em pessoas com obesidade.

De forma geral, a literatura da área tem revelado alta prevalência de transtornos mentais entre indivíduos com obesidade e/ou candidatos à cirurgia bariátrica. Estudos indicam que comorbidades e transtornos clínicos psiquiátricos atingem mais de 40% desses indivíduos. Depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar e transtornos alimentares como a compulsão alimentar destacam-se como os mais prevalentes (Carter et al., 2021; Dawes et al., 2016; Duarte-Guerra, Coêlho, Santo & Wang, 2015; Greenberg, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Lier, Biringer, Stubhaug & Tangen, 2013; Malik, Mitchell, Engel, Crosby &

Wonderlich, 2014; Mühlhans, Horbach & de Zwaan, 2009; de Panfilis et al., 2006; Sarwer et al., 2004).

Embora não seja possível traçar um perfil típico para o indivíduo com obesidade, sabe-se que características psicológicas e obesidade interagem de forma complexa, sem um consenso sobre suas inter-relações. Entende-se que variáveis psíquicas podem favorecer a obesidade e esta, por sua vez, impacta a saúde mental, sobretudo diante do estigma social e tendência a autodepreciação, estados de humor negativo, isolamento social e sentimento de inferioridade, frequentes nesses indivíduos. Compreender essa interação no pré-operatório da cirurgia bariátrica é fundamental para indicar ou contraindicar o paciente para a cirurgia, como também para orientar intervenções multidisciplinares no pré e pós-cirúrgico de forma a favorecer desfechos positivos a partir da realização do procedimento (ABESO, 2016). A seguir serão abordados fatores psicológicos mais relevantes no pós-operatório da cirurgia bariátrica, segundo a literatura da área.

#### **1.4. Fatores psicológicos e ganho de peso no pós-operatório da cirurgia bariátrica**

Assim como ocorre antes da cirurgia, no pós-operatório da cirurgia bariátrica também se manifestam sintomas psicológicos. A metanálise realizada por Dawes et al. (2016) apontou a depressão (19%) e a compulsão alimentar (17%) como os sintomas de saúde mental mais comuns entre pacientes que buscavam e que foram submetidos ao tratamento cirúrgico para obesidade.

Zwaan et al. (2011) realizou uma comparação das vivências afetivas antes e após a cirurgia bariátrica, focalizando a análise da depressão e da ansiedade. Seus achados apontaram para redução dos sintomas depressivos após o procedimento cirúrgico, porém não dos sintomas ansiosos. A presença de sintomas depressivos antes da cirurgia foi preditora da persistência dessa sintomatologia entre 24 e 36 meses após o procedimento cirúrgico. Já a presença de ansiedade pré-operatória foi preditora de ansiedade entre seis e 12 meses e também entre 24 e 36 meses de pós-operatório. Os pacientes que apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, ao longo da vida e na atualidade, tenderam a menor perda de peso após a cirurgia bariátrica. A presença de depressão no pós-operatório foi negativamente associada à perda de peso entre 24 e 36 meses após a cirurgia. A presença de ansiedade ao longo da vida (prévia à cirurgia) também foi negativamente associada à perda de peso. Os autores apontaram para a necessidade de atenção clínica às vivências afetivas dos pacientes,



especialmente para a presença de depressão no pós-operatório que pode minimizar os resultados positivos da cirurgia bariátrica.

A realização deste procedimento cirúrgico impõe drástica restrição alimentar para o indivíduo, o que deveria funcionar como estímulo para mudanças na dinâmica emocional. No entanto, um estudo realizado por Lluch, Herbeth, Méjean e Siest (2000) discutiu o impacto do controle e da intensa restrição alimentar como fatores possivelmente indutores de comportamento compulsivo, caracterizando-os como uma resposta de base biológica. Os autores argumentaram que a diminuição da ingestão de alimento pode causar alterações no funcionamento do sistema nervoso, reduzindo o tônus serotoninérgico central, o que poderia predispor o indivíduo à compulsão alimentar.

Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) discutiram que essas restrições também podem desencadear episódios compulsivos. Por meio de revisão sistemática da literatura científica, os autores apontaram que indivíduos com grave obesidade, ao enfrentarem restrições e autoimposições de limites na ingestão de alimentos, podem vivenciar o chamado “efeito rebote”, resultando em episódios de compulsão alimentar. Por sua vez, essas ocorrências tenderiam a promover baixa autoestima, alterações de humor e distração, com falhas lógicas. Os autores também indicaram que restrições e compulsão alimentar em indivíduos com grave obesidade configuraram como relevantes variáveis preditoras de fracasso no tratamento desse quadro clínico.

Os achados do estudo de Machado, Zilberstein, Cecconello e Monteiro (2008) indicaram sinais de compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica (entre dois e cinco anos) associada à depressão, ansiedade, sentimentos de submissão e impotência, dificuldade de organização das emoções e estrutura emocional fragilizada. Tanto no pré quanto no pós-operatório, evidenciou-se alteração no controle dos impulsos e na expressão das emoções dos pacientes. No pós-operatório, os pacientes sinalizaram alterações na manifestação de raiva, agressividade e impulsividade, as quais os autores interpretaram como associadas à restrição alimentar provocada pela realização do procedimento. Os pacientes do estudo também apresentaram aumento das atitudes de controle, o que é considerado fator de risco à compulsão alimentar. Concluíram que os indicadores de compulsão alimentar atuaram como fator de risco para complicações pós-operatórias, devendo ser diagnosticados e tratados antes da realização da cirurgia bariátrica.

A revisão de literatura de Marino et al. (2012) examinou informações científicas relativas ao período pós-operatório e eventual desenvolvimento de psicopatologia alimentar em pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica. Seus achados indicaram rara ocorrência de

transtornos alimentares clássicos depois da cirurgia, sendo que problemas associados ao processo da alimentação foram mais comuns. Não encontraram, no entanto, uma tipologia para classificar esses problemas alimentares que não são enquadrados como transtornos. Os problemas alimentares encontrados nos artigos analisados foram: autoindução de vômito, uso de laxantes e diuréticos, restrição de alimentos (especialmente carboidratos ou com muitas calorias), excesso de atividade física, evitação da ingestão de alimentos ou recusa para comer, preocupação com o peso, distorção da imagem corporal.

A temática da psicopatologia alimentar, da manutenção da perda de peso e qualidade de vida em pacientes no pós-operatório bariátrico (até sete anos após cirurgia bariátrica) foi investigada por Devlin et al. (2018). Seus achados apontaram diminuição de sintomas de psicopatologia alimentar com a realização do procedimento, sendo essa melhora mantida no seguimento de sete anos. Nos casos em que houve a presença de psicopatologia alimentar no pós-operatório, no entanto, esta associou-se com menor perda de peso, maior reganho de peso e menor qualidade de vida. Esses achados confirmaram o estudo anterior de Devlin et al. (2016) realizado para um período de *follow up* de três anos, no qual os autores já haviam indicado melhora de sintomas de psicopatologia alimentar após a cirurgia, porém com perda de peso abaixo do esperado quando esses sintomas surgiam ou se mantinham no pós-operatório.

Williams-Kerver, Steffen e Mitchell (2019), em uma revisão da literatura, identificaram e consideraram como psicopatologia alimentar os seguintes quadros: anorexia nervosa, comportamentos compensatórios, transtorno de compulsão alimentar, bulimia nervosa, Síndrome do Comer Noturno e comportamentos alimentares noturnos. Apontaram que o diagnóstico e a incidência de psicopatologia alimentar pareceram diminuir ou remitir depois da cirurgia bariátrica, mas existiram evidências empíricas contrárias, indicando seu aumento. Nos casos em que se mantiveram ou aumentaram, impactaram negativamente a manutenção do peso perdido. A partir desta revisão da literatura científica os pesquisadores argumentaram sobre a necessidade de melhor definição das formas de psicopatologia alimentar, além da necessidade de desenvolvimento e validação de instrumentos padronizados para essa avaliação.

Nota-se que alguns dos estudos apresentados envolvendo a compulsão alimentar e os impactos da cirurgia bariátrica no comportamento alimentar também apresentaram associações mais complexas envolvendo a organização e o controle das emoções, de sentimentos negativos, da agressividade e dos impulsos. Esses achados indicam a necessidade investigativa do funcionamento lógico e afetivo desses indivíduos.

Bordignon, Aparício, Bertoletti e Trentini (2017) desenvolveram revisão sistemática da literatura sobre características de personalidade de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Os artigos encontrados acompanharam os pacientes entre um e 48 meses após o procedimento, sendo a maioria com 12 meses após a cirurgia e somente um deles aos 36 e 48 meses, ou seja, poucos artigos acompanharam os pacientes a partir de 18 meses da realização da cirurgia, quando o ganho de peso tende a ser maior. Os resultados indicaram que alterações externalizantes no comportamento, caracterizadas por ineficiente controle dos impulsos e baixa tolerância à frustração, associaram-se à menor perda de peso e a comportamento alimentar pouco adaptado. O perfil de personalidade compulsiva e o transtorno de personalidade narcisista foram negativamente associados com a redução de peso. Já as alterações internalizantes do comportamento, caracterizadas por tristeza, ansiedade, isolamento, preocupações excessivas e medos, foram associadas a queixas somáticas e sofrimento psíquico após a cirurgia bariátrica. O fator de temperamento “persistência” (pelo modelo de Cloninger), referente à persistência em uma ação apesar de ausência de reforço, foi positivamente associado a maior perda de peso no tratamento.

Os achados desta revisão (Bordignon, Aparício, Bertoletti & Trentini, 2017) também indicaram que, após a cirurgia bariátrica, os pacientes apresentaram: a) tendência à redução da prevalência de transtornos de personalidade, em especial o transtorno de personalidade evitativa; b) diminuição dos escores de neuroticismo, promovendo maior estabilidade emocional; c) aumento dos escores de extroversão, favorecendo relações sociais. O estudo sugeriu que a avaliação pré-operatória de características da personalidade como parte de investigações preditivas, associado ao acompanhamento longitudinal dos casos, pode ajudar a entender os diferentes prognósticos no campo da cirurgia bariátrica.

No Brasil, Ribeiro, Santos e Loureiro (2011) avaliaram 16 mulheres um mês antes e entre três e seis meses após a cirurgia bariátrica, a partir do Método de Rorschach (Escola Francesa). Os resultados apontaram para vivência de maturidade psíquica nos dois momentos de avaliação e diminuição dos sinais de angústia no pós-operatório, com maior uso de recursos cognitivos. Ainda no contexto brasileiro, Venzon e Alchieri (2014) avaliaram 40 pacientes após intervalo mínimo de dois anos da cirurgia bariátrica, objetivando examinar características de personalidade e compulsão alimentar por meio do Sistema Compreensivo do Rorschach e da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Encontraram alta incidência de compulsão alimentar e, em casos graves de TCA, mais sinais de distorções perceptivas, desorganização do pensamento, dificuldade para lidar com a impulsividade e indicadores de imaturidade. Nos casos moderados de TCA emergiram indicadores de

desconfiança e tentativas de autocontrole. O estudo apontou também associação entre presença de TCA no pós-cirúrgico e reganho de peso após a cirurgia bariátrica, o que mereceria novas investigações, segundo os autores.

A grande maioria dos estudos dos estudos citados até aqui envolvendo a avaliação de candidatos ou pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tendem a recorrer a instrumentos de autorrelato. Poucos estudos foram encontrados com a utilização de métodos projetivos de avaliação psicológica nesse contexto. Somente os dois últimos estudos citados acima utilizaram-se de método projetivo, o Método de Rorschach (Brasil, Ribeiro, Santos & Loureiro, 2011; Venzon & Alchieri, 2014). A vantagem do uso desse método está relacionada com a possibilidade de se compreender aspectos inconscientes dos indivíduos, variáveis da personalidade e, de forma geral, o seu psicodinamismo (Meyer & Eblin, 2012). Recomenda-se o uso da abordagem multimétodo em investigações clínicas e de pesquisa aplicada nesse campo, de forma a se obter informações que não podem ser obtidas quando somente uma modalidade de investigação é utilizada, em especial o autorrelato que pode sofrer o efeito da desabilitação social (Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023; Bornstein & Hopwood, 2014; Bornstein, 2015; Eid & Diener, 2006).

Apesar de se tratar de avaliação realizada no pré-operatório da cirurgia bariátrica, o estudo de Colombarolli, Giromini e Pasian (2023) utilizou instrumentos de autorrelato, performance máxima (*Trail Making Test* - TMT) e método projetivo (R-PAS), comparando os resultados obtidos. Observou-se que os pacientes com obesidade autorrelataram menos sintomas de saúde mental quando comparados com grupo de controle, apesar de terem apresentado resultado abaixo do esperado e aumento do funcionamento defensivo nos instrumentos de avaliação de performance máxima e método projetivo, reforçando a necessidade de uso de abordagem multimétodo nesse contexto clínico.

De forma geral, pode-se observar que a realização da cirurgia bariátrica oferece diversos ganhos, inclusive psicológicos, reduzindo a incidência de sintomas de ordem afetiva, alimentar e preservando o funcionamento psíquico, especialmente nos primeiros anos após a cirurgia. No entanto, por ser um procedimento invasivo que demanda drástica reorganização, em especial do comportamento alimentar, também pode ser disparador de novos sintomas e interferir negativamente no desfecho da cirurgia. Em outras palavras, apesar da literatura evidenciar melhora de diversas comorbidades, inclusive psíquicas, nos casos em que há a presença de sintomas e/ou transtornos psicológicos tanto no pré quanto no pós-operatório, estes impactam negativamente desfechos positivos da cirurgia, em especial a perda de peso e manutenção do peso perdido. Ou seja, mesmo reduzindo a prevalência de alguns sintomas, é

necessária especial atenção para os casos em que esses sintomas se mantêm ou se agravam, pois podem afetar os resultados positivos do procedimento. Tem-se, então, a importância do acompanhamento dos casos submetidos à cirurgia bariátrica por longos períodos, de modo a compreender variáveis relevantes para predição de desfechos positivos nesse tipo de tratamento. Desta forma, considerou-se relevante realizar uma revisão sistemática da literatura científica referente a avaliação psicológica no pós-operatório da cirurgia bariátrica, como exposto a seguir.

### **1.5. Avaliação psicológica no pós-operatório da cirurgia bariátrica**

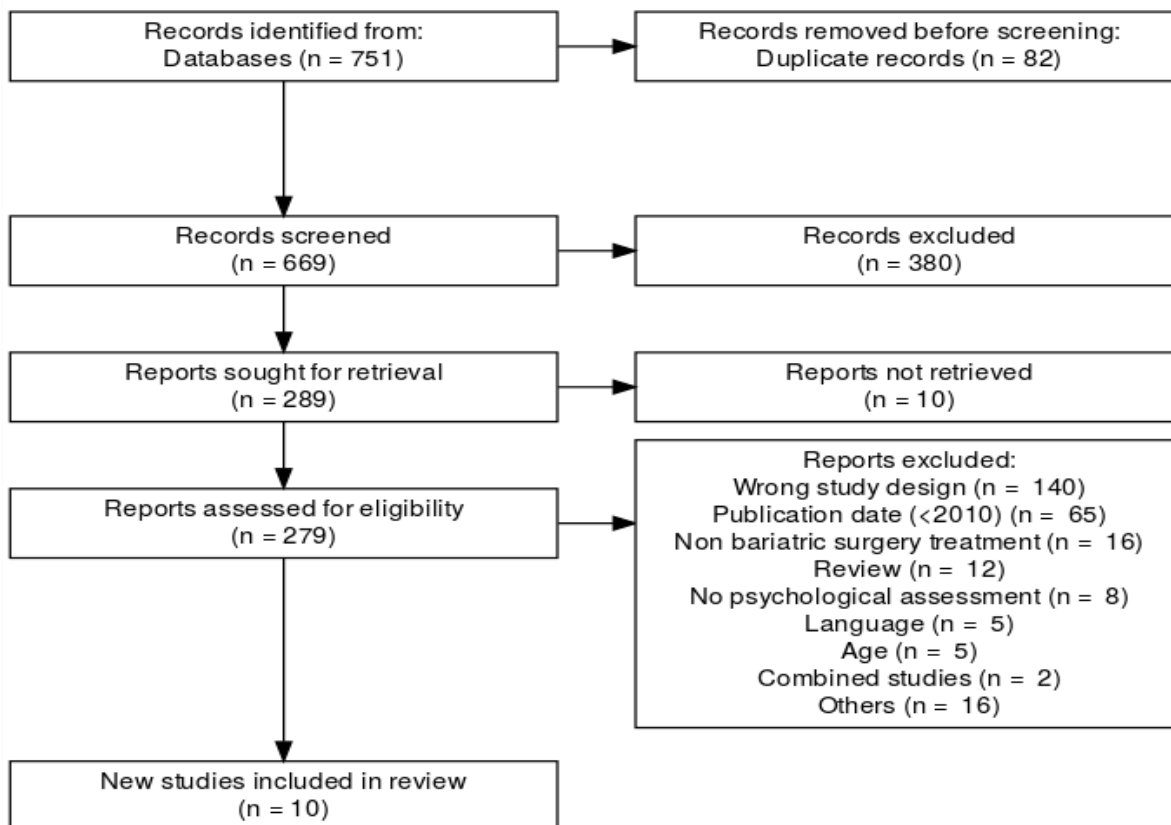
Casos graves de obesidade podem ter indicação para tratamento cirúrgico, oferecendo melhoria no quadro geral de saúde, com redução dos sintomas psicológicos e psiquiátricos, porém com acréscimo de riscos ao equilíbrio vital em termos psicológicos, limitando o desfecho positivo da cirurgia bariátrica. Cerca de 20% a 35% dos pacientes reganham peso entre 18-60 meses após cirurgia, exigindo investigação das variáveis disparadoras destas dificuldades. Existe avaliação especializada da saúde mental no pré-operatório e acompanhamento pós-operatório regular com equipe multidisciplinar, porém sem diretrizes específicas para estas avaliações.

Por isso, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura científica em fevereiro de 2021, seguindo protocolo PRISMA, que objetivou identificar variáveis e instrumentos de avaliação psicológica utilizados em estudos empíricos com adultos em pós-operatório bariátrico. Foram pesquisadas as bases de dados internacionalmente reconhecidas *PsycINFO*, *Pubmed*, *Scopus* e *SciELO*, considerando-se publicações entre os anos de 2010 a 2020, utilizando-se os unitermos “*psychological assessment*” AND “*bariatric surgery*”, limitando a busca aos resumos de artigos científicos existentes nas referidas bases de dados. Foram incluídos artigos empíricos originais, publicados entre 2010 e 2020, que reportassem processos padronizados de avaliação psicológica em adultos submetidos à cirurgia bariátrica, publicados em inglês, português, espanhol e italiano. Foram excluídos artigos repetidos e aqueles que: avaliaram o paciente apenas no pré-operatório; não englobaram o tratamento cirúrgico pela cirurgia bariátrica; não utilizaram instrumentos de avaliação psicológica; com crianças ou idosos; em outros idiomas que não os anteriormente referidos; estudos combinados; revisões de literatura; outros tipos de publicações (como editoriais, comentários, protocolos de intervenção, entre outros).

A seguir, os resumos dos trabalhos foram analisados em termos de seus objetivos e métodos, refinando a exclusão daqueles que não abordavam avaliação psicológica e cirurgia bariátrica de adultos. Cabe destacar que este procedimento de busca e de definição do conjunto de artigos a serem revisados foi realizado por dois examinadores independentes, encontrando-se elevada concordância (90% dos trabalhos), sendo as discordâncias de análise resolvidas por consenso posterior entre avaliadores.

Os estudos identificados foram integralmente analisados e seus principais dados extraídos para uma planilha do *Excel Microsoft*. Sistematizaram-se as informações referentes a: autoria, ano de publicação, idioma, país, dados da amostra (sexo, idade e índice de massa corporal - IMC), instrumentos utilizados para avaliação, momento de avaliação (pré e/ou pós-cirúrgico), variáveis psicológicas estudadas e principais resultados referentes ao funcionamento psicológico.

No levantamento inicial realizado com os unitermos nas bases de dados foram encontrados 751 artigos científicos. Após a remoção de trabalhos repetidos ( $n = 82$ ), seguiu-se para a primeira etapa que consistiu na leitura (independente e por dois avaliadores) dos resumos de seus artigos para averiguar se atendiam aos objetivos definidos *a priori* para a presente revisão. A Figura 1 traz as informações descritivas deste processo.



**Figura 1.** Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos desta revisão sistemática da literatura conforme protocolo PRISMA.

Constituído o conjunto de artigos científicos a serem sistematicamente examinados, foram inicialmente tabuladas suas principais variáveis descritivas, destacando-se sua amostra, instrumentos utilizados na avaliação psicológica e o tempo de pós-operatório. Estes dados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização dos estudos ( $n = 10$ ) em termos descritivos (autoria, ano, delineamento, amostra, tempo de pós-operatório, instrumentos utilizados).

Autores	Ano	País	Delineamento	N	Idade*	Sexo**	IMC	Tempo de pós-operatório	Instrumentos
Marchesini	2010	Brasil	Estudo <i>survey</i> , transversal	46	NI	M e F	NI	Variado para cada paciente	- Questionário com 26 perguntas
Adams, Myers, Barbera e Brantley	2011	Estados Unidos	Transversal	29	51,9 (7,6)	29 F	NI	48 meses	- SF-36 - BDI-II - BFNE
Weineland, Lillis e Dahl	2013	Suécia	Longitudinal	61	42,1 (8,9)	44 F e 17 M	36,2 (3,6) obesidade grau II	6 e 12 meses	- DASS - SWLS - EDE-Q - EOQ - AAQ-W
Costa, Yamaguchi, Santo, Riccioppo e Pinto-Junior	2014	Brasil	Transversal, comparativo entre grupos	143	45,1 (3,3)	129 F e 14 M	30,4 (0,9) obesidade grau I	12, 24, 36 e 48 meses ou mais	- M/A - SF-36
Sousa, Bastos, Venâncio, Vaz, Brandão, Costa, Machado e Conceição	2014	Portugal	Transversal	52	44,0 (10,9)	43 F e 9 M	NI	Entre 22 e 132 meses	- Entrevistas - EDE - OQ45.2 - BDI - BSQ
Alosco, Galioto, Spitznagel, Strain, Devlin, Cohen, Crosby, Mitchell e Gunstad	2014	Estados Unidos	Longitudinal	50	44,1 (10,8)	46 F e 4 M	46,6 (5,3) obesidade grau III	3, 12, 24 e 36 meses	- The IntegNeuro Cognitive Test Battery
Alvarez, Carrasco, Cuevas, Valenzuela, Muñoz, Guiardo, Burr, Lehmann, Leiva, Berry e Maluenda	2016	Chile	Transversal, retrospectivo comparativo entre grupos	40	42,9 (10,7)	32 F e 8 M	35,0 (2,8) obesidade grau II	24 a 55 meses	- Binge Eating Scale (BES) - Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)
Ivezaj, Kessler, Lydecker, Barnes, White e Grilo	2017	Estados Unidos	Transversal	71	47,3 (10,1)	60 F e 11 M	37,9 (8,2) obesidade grau II	19 meses	- EDE - EDE-BSV - Mini International Neuropsychiatric Interview
Amundsen, Strommen e Martins	2017	Noruega	Estudo caso-controlado, transversal	49	46,0	40 F e 9 M	44,1 obesidade grau III	60 meses	- TFEQ - DEBQ - EDE-Q - BDI-II - IWQOL-Lite
Perdue, Schreier, Swanson, Neil e Carels	2020	Estados Unidos	Estudo caso-controlado, transversal	40	48,0 (9,9)	40 F	45,1 (7,4) obesidade grau III	Entre 18 e 30 meses	- BSQ - SF-36 - Evolving Self-View After Bariatric Surgery - TAS-20

Nota: NI=não informado. \*Idade em anos, com desvio-padrão (entre parênteses).

\*\* F = sexo feminino, M = sexo masculino.



Dos dez artigos analisados, em relação ao delineamento, somente dois estudos (Alosco et al., 2014; Weineland, Lillis & Dahl, 2013) realizaram análises longitudinais, ou seja, em dois diferentes momentos do pós-operatório, acompanhando os mesmos pacientes nesse período. Os demais estudos são transversais, quantitativos, e variam entre pesquisas *survey* (Marchesini, 2010), caso-controle (Amundsen, Strommen & Martins, 2017; Perdue et al., 2020) e estudos comparativos entre grupos (Alvarez et al., 2016; Costa et al., 2014).

O número de participantes dos estudos variou de 29 até 143 pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica, com uma média de 58,1 (DP=32,0) participantes. Com relação à idade, todos os estudos incluíram exclusivamente pacientes adultos, atendendo aos objetivos da presente revisão e dos critérios para a realização da cirurgia bariátrica (ABESO, 2016). A idade dos participantes variou de 42,1 a 51,9 anos, sendo a idade média de 45,7 (DP=3,0) anos. Apenas um estudo (Page et al., 2021) não especificou a idade dos participantes, caracterizando-os somente como pacientes adultos.

Quanto ao sexo, dois estudos avaliaram somente mulheres (Adams et al., 2011; Perdue et al., 2020) e um não especificou a quantidade de homens e de mulheres, mas indicou ter avaliado os dois sexos (Marchesini, 2010). Nos sete demais estudos, a maioria da amostra foi composta por mulheres (Alosco et al., 2014; Alvarez et al., 2016; Amundsen et al., 2017; Costa et al., 2014; Ivezai et al., 2017; Sousa et al., 2014; Weineland et al., 2013). Em relação ao IMC, três artigos abordaram a obesidade grau III (Alosco et al., 2014; Amundsen et al., 2017; Perdue et al., 2020), três abordaram a obesidade grau II (Alvarez et al., 2016; Ivezai et al., 2017; Weineland et al., 2013) e um abordou a obesidade grau I (Costa et al., 2014). Três estudos não especificaram o IMC ou grau de obesidade dos participantes (Adams et al., 2011; Marchesini, 2010; Sousa et al., 2014). Sobre o tempo de pós-operatório no momento da avaliação, este variou entre três meses e 132 meses (11 anos), com um tempo médio de 38,1 (DP=22,3) meses.

Com relação aos instrumentos utilizados para a avaliação de aspectos psicológicos no pós-operatório da cirurgia bariátrica, nota-se ampla variedade, porém em sua grande maioria de autorrelato e nenhum método projetivo. Foram utilizados 25 diferentes instrumentos para avaliação, entre eles: entrevista, questionários e escalas. Na maioria dos estudos ( $n=8$ ) foram utilizadas combinações de mais de um instrumento ou técnica avaliativa. Outros dois estudos fizeram uso de um questionário e de uma bateria de testes cognitivos, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta as principais variáveis avaliadas nos dez estudos e detalha seus conteúdos e características técnicas dos respectivos instrumentos utilizados.

**Tabela 2.** Caracterização dos instrumentos de avaliação psicológica quanto ao foco de análise e sua frequência de uso nos estudos analisados ( $n = 10$ ).

Variável avaliada	Instrumento	Sigla	Específico Genérico	f
Qualidade de vida	Short Form (36) Health Survey	SF-36	Genérico	3
	Satisfaction with Life Scale	SWLS	Genérico	1
	Moorehead-Ardelt Questionnaire	M/A	Genérico	1
	Impact of Weight on Quality of Life-Lite	IWQOL-Lite	Genérico	1
Comportamento alimentar	Eating Disorder Examination Questionnaire	EDE-Q	Genérico	4
	Three-Factor Eating Questionnaire	TFEQ	Genérico	1
	Dutch Eating Behavior Questionnaire	DEBQ	Genérico	1
Sintomas depressivos	Beck Depression Inventory-II	BDI-II	Genérico	2
	Beck Depression Inventory	BDI	Genérico	1
Ansiedade e depressão	Hospital Anxiety and Depression Scale	HADS	Genérico	1
Depressão, ansiedade e estresse	Depression Anxiety Stress Scales 21	DASS-21	Genérico	1
Angústia e sintomas associados à cirurgia bariátrica	Eating Disorder Examination - Bariatric Surgery Version	EDE-BSV	Específico	1
Compulsão alimentar	Binge Eating Scale	BES	Genérico	1
	Mini International Neuropsychiatric Interview	MINI	Genérico	1
	Emotional Overeating Questionnaire	EOQ	Genérico	1
Preocupação com forma corporal e insatisfação corporal	Body Shape Questionnaire	BSQ	Genérico	2
Preocupação com avaliação interpessoal negativa	Brief Fear of Negative Evaluation Scale	BFNE	Genérico	1
Evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao peso	Acceptance and Action Questionnaire for Weight	AAQ-W	Genérico	1
Dados sociodemográficos e informações clínicas	Entrevistas clínicas semiestruturadas	-	Específico	1
Comprometimento psicológico geral e déficit social	Outcome Questionnaire 45	OQ45.2	Genérico	1
Funções cognitivas (atenção, função executiva, memória, linguagem)	The IntegNeuro Cognitive Test Battery	-	Genérico	1
Identificação com a obesidade	Evolving Self-View After Bariatric Surgery	ESV	Específico	1
Alexitimia (acentuada dificuldade ou incapacidade para expressar emoções)	Toronto Alexithymia Survey	TAS-20	Genérico	1

Nos dez estudos selecionados, observou-se que 25 instrumentos foram utilizados para avaliar diferentes aspectos e construtos psicológicos, apresentados a seguir: qualidade de vida ( $n=4$ ), comportamento alimentar ( $n=4$ ), depressão, ansiedade e estresse ( $n=4$ ), preocupações com a forma corporal e insatisfação corporal/identificação com a obesidade ( $n=2$ ), compreensão e adesão ao tratamento e mudanças emocionais processadas ao longo da perda de peso ( $n=1$ ), preocupação com a perspectiva de avaliação interpessoal negativa ( $n=1$ ), frequência de comer demais em resposta à emoção ( $n=1$ ), evitação de pensamentos e

sentimentos relacionados ao peso ( $n=1$ ), histórico do peso corporal ( $n=1$ ), angústia e sintomas associados à cirurgia bariátrica ( $n=1$ ), comprometimento psicológico geral e déficit social ( $n=1$ ), funções cognitivas ( $n=1$ ), compulsão alimentar ( $n=1$ ), transtorno de compulsão alimentar periódica e bulimia nervosa (DSM-5) ( $n=1$ ) e alexitimia ( $n=1$ ).

Dos 25 diferentes instrumentos utilizados, quatro são específicos para o contexto da cirurgia bariátrica e os demais são genéricos, que correspondem a técnicas de avaliação psicológica relativas a dimensões globais do funcionamento psíquico. O instrumento SF-36 para qualidade de vida foi o mais utilizado, aparecendo em três dos dez artigos, seguido dos instrumentos EDE-Q, EDE, BDI-II e BSQ. Estes foram utilizados em seis dos dez artigos analisados. Procurou-se ainda sistematizar as variáveis psicológicas consideradas como relevantes nos estudos, bem como seus principais resultados. Esta síntese analítica consta na Tabela 3.

**Tabela 3.** *Caracterização dos estudos ( $n = 10$ ) quanto às variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica e seus principais resultados.*

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Variáveis psicológicas</b>	<b>Principais resultados / Recomendações</b>
Marchesini	2010	- Motivação e aderência ao tratamento - Mudanças de comportamento e alterações de humor com a perda de peso - Qualidade de vida - Expectativas com a cirurgia	- Motivações para a realização da cirurgia parecem associadas a pressões sociais, padrões de estética e mudança de vida. Após a cirurgia, essa motivação acaba e surgem dificuldades para manter satisfação com sua imagem, com maior distorção perceptiva do próprio corpo e reganho de peso. - Busca de auxílio profissional apenas diante de expressivo reganho de peso, por meio de outros recursos cirúrgicos ou clínicos, antes de aceitar uma mudança no comportamento alimentar. - Necessidade de preparo profissional para o atendimento de casais e famílias e o trabalho para prevenção de recaídas no pós-operatório.
Adams, Myers, Barbera e Brantley	2011	- Medo de avaliação negativa - Depressão - Qualidade de vida	- Preocupações com a avaliação interpessoal estão relacionadas com mais sintomas depressivos e menor qualidade de vida entre mulheres com maior perda de peso após a cirurgia bariátrica. - Indicação da terapia psicossocial para acompanhar as mudanças de vida após a perda de peso com a cirurgia, de forma a aliviar preocupações com avaliações interpessoais e preservar saúde mental.
Weineland, Lillis e Dahl	2013	- Pensamentos e sentimentos relacionados ao peso - Comportamentos e atitudes alimentares - Qualidade de vida - Depressão - Ansiedade - Estresse	- Não houve diferenças significativas em nenhuma das medidas entre os participantes avaliados após seis meses e um ano após cirurgia bariátrica. - Em geral, os escores médios refletiam um perfil não clínico para os instrumentos utilizados.
Costa, Yamaguchi, Santo, Riccioppo e Pinto-Junior	2014	- Qualidade de vida	- Maior perda de peso após um ano da cirurgia, permanecendo estável com pequeno declínio nos anos seguintes. - Melhora da qualidade de vida em todas as áreas após um ano de cirurgia. - Após quatro anos da cirurgia, a melhora se mantém somente para as áreas de estado geral de saúde e capacidade funcional.

Sousa, Bastos, Venâncio, Vaz, Brandão, Costa, Machado e Conceição	2014	- Comportamento alimentar - Sintomas depressivos - Forma e insatisfação corporal - Comprometimento psicológico geral e déficit social.	- Reganho de peso após a realização da cirurgia bariátrica associou-se a sintomatologia depressiva, a ingestão alimentar compulsiva e a preocupação com a imagem corporal. - Necessidade de avaliar preocupações com a imagem corporal no exame psicológico prévio à cirurgia bariátrica, de forma a beneficiar o funcionamento psíquico e a adesão ao tratamento multiprofissional.
Alosco, Galioto, Spitznagel, Strain, Devlin, Cohen, Crosby, Mitchell e Gunstad	2014	- Função cognitiva	- A cirurgia bariátrica apresenta efeitos principais para atenção, função executiva e memória, podendo levar a melhorias duradouras na cognição.
Alvarez, Carrasco, Cuevas, Valenzuela, Muñoz, Guiardo, Burr, Lehmann, Leiva, Berry e Maluenda	2016	- Compulsão alimentar - Depressão - Ansiedade	- Reganho de peso variou de 2,7% a 129,2%. Não houve diferenças significativas para os índices de compulsão alimentar e depressão entre os grupos de maior e menor reganho de peso. - Porcentagem de pacientes com nível clínico ou limítrofe de ansiedade foi maior no grupo de maior reganho de peso. - Níveis de ansiedade não apresentaram associação com maior ingestão alimentar.
Ivezaj, Kessler, Lydecker, Barnes, White e Grilo	2017	- Comportamento alimentar - Angústia e sintomas associados à cirurgia bariátrica - Transtorno de Compulsão alimentar - Bulimia nervosa	- Perda de controle alimentar no pós-operatório em conjunto com o transtorno de compulsão alimentar (prévio) associou-se a piores resultados após a realização da cirurgia bariátrica, como menor perda de peso e maior severidade de psicopatologia alimentar. - Necessidade de monitoramento para pacientes com perda de controle alimentar (tratamento para pacientes com transtorno de compulsão alimentar).
Amundsen, Strommen e Martins	2017	- Comportamento alimentar - Psicopatologia alimentar - Depressão - Qualidade de vida	- Menores níveis de atividade física, presença de psicopatologia alimentar e baixos índices de qualidade de vida estão associados com menor perda de peso após a cirurgia bariátrica.
Perdue, Schreier, Swanson, Neil e Carels	2020	- Identificação com a obesidade - Qualidade de vida - Forma e insatisfação corporal - Alexitimia	- Maioria das pacientes apresentou persistente autoimagem de obesidade ("Eu obesa"), apesar do peso perdido após a cirurgia, o que foi associado com menor qualidade de vida. - Necessidade de identificar sinais de autoimagem negativa (como obesa) no pós-operatório e promover intervenções.

A presente revisão sistemática da literatura apontou que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e em período pós-operatório se encontram vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicológicos e psiquiátricos, altamente relacionados a seu funcionamento psíquico prévio. Pode-se apontar, pelo atual levantamento, reduzido investimento científico (apenas 10 estudos) que avaliaram aspectos psicológicos ou psiquiátricos no período pós-operatório da cirurgia bariátrica. Mais estudos com foco nesse recorte temporal permitiriam acompanhamento profissional adequado para as particularidades desta etapa de vida dos pacientes.

De acordo com a literatura, no pós-operatório há necessidade de maior controle da ingestão e intensas restrições alimentares, o que pode predispor à compulsão alimentar e

gerar sentimentos de raiva, ansiedade, desespero e o comportamento expurgativo após a refeição. A compulsão alimentar no pós-operatório, por sua vez, mostrou-se associada a complicações físicas, além de depressão, ansiedade, sentimentos de submissão e impotência, dificuldade de organização das emoções e fragilização emocional, impactando negativamente a manutenção do peso perdido (Ades & Kerbauy, 2002; Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005; Devlin, et al., 2018; Lluch, Herbeth, Méjean & Siest, 2000; Machado, Zilberstein, Ceconello & Monteiro, 2008; Williams-Kerver, Steffen & Mitchell, 2019).

A maioria dos estudos encontrados sobre o pós-operatório bariátrico acompanhou os casos até um tempo médio de três anos, com reduzidas informações posteriores a esse período quando, no geral, incidem piores psíquicas e importante ganho de peso. Dessa forma, os estudos deixam de considerar que cerca de 20% a 35% dos pacientes reganham peso no período de 18 meses a cinco anos depois da cirurgia (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos, 2013; Dalcanale et al., 2010). O delineamento dos trabalhos foi transversal em sua maioria, sugerindo que a literatura não tem focalizado o acompanhamento em longo prazo após cirurgia bariátrica. Um dos artigos analisados corrobora esses achados na medida em que indicou maior perda de peso e maior qualidade de vida no primeiro ano após a realização da cirurgia, com declínio após esse período (Costa, Yamaguchi, Santo, Riccioppo & Pinto-Junior, 2014).

Os artigos analisados também apontaram para predomínio de mulheres em suas amostras, confirmando a maior busca da cirurgia bariátrica pelo sexo feminino, o que se associa diretamente às pressões sociais e estéticas da beleza feminina associada ao corpo magro. A continuidade destas idealizadas exigências externas no pós-operatório bariátrico tende a limitar os resultados psicológicos após a cirurgia, contaminando a qualidade de vida e permitindo vivências de natureza depressiva (Adams, Myers, Barbera & Brantley, 2011; Perdue, Schreier, Swanson, Neil & Carels, 2020), sem conseguir valorizar os ganhos de saúde geral alcançados pelo tratamento. Mesmo para os homens, a pressão social sofrida no pós-operatório pode levar à busca por novos procedimentos cirúrgicos e estéticos no lugar de mudanças comportamentais e emocionais efetivas (Marchesini, 2010).

Entre os instrumentos utilizados nos processos de avaliação psicológica houve destaque para o exame da qualidade de vida, do comportamento alimentar e de sintomas depressivos. A escolha pela avaliação dessas variáveis pareceu influenciada pela necessidade de se identificar sinais prévios de depressão e ansiedade, possível transtorno afetivo bipolar ou transtornos alimentares, componentes prevalentes entre os indivíduos com obesidade mórbida. A presença de psicopatologia alimentar também se mostrou importante fator de

risco no período pós-operatório bariátrico (Ades & Kerbaux, 2002; Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005; de Panfilis et al., 2006; Devlin et al., 2018; Lluch, Herbeth, Méjean & Siest, 2000; Duarte-Guerra, Coêlho, Santo & Wang, 2015; Greenberg, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Lier, Biringer, Stubhaug & Tangen, 2013; Machado, Zilberstein, Ceconello & Monteiro, 2008; Williams-Kerver, Steffen & Mitchell, 2019).

Pelo atual levantamento da literatura científica notou-se variedade de instrumentos gerais utilizados para a avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica (Costa et al., 2009), porém não específicos para as variáveis relevantes envolvidas na obesidade e suas comorbidades e, em sua grande maioria, de autorrelato. Os achados sugerem falta de conhecimento quanto aos aspectos psicológicos e psiquiátricos relevantes de serem avaliados e acompanhados após a cirurgia bariátrica. A ABESO (2016), por exemplo, não especifica diretrizes para esse seguimento. Os artigos analisados fazem recomendações nesse sentido, enfatizando a necessidade de se identificar e promover intervenções no pós-operatório para as variáveis psicológicas e psiquiátricas que podem prejudicar resultados em longo prazo, de forma a melhorar a adesão ao tratamento, beneficiar o funcionamento psíquico desses pacientes e prevenir recaídas. As variáveis destacadas nos artigos como fatores de risco ao desfecho negativo da cirurgia bariátrica seriam: autopercepção/autoavaliação negativa, psicopatologia alimentar e preocupações com avaliações interpessoais negativas (Adams, Myers, Barbera & Brantley, 2011; Ivezaj, 2017; Marchesini, 2010; Perdue, Schreier, Swanson, Neil & Carels, 2020; Sousa et al., 2014).

A literatura científica indicou maiores níveis de ansiedade, depressão, preocupação com a imagem corporal, compulsão alimentar e psicopatologia alimentar, bem como menores níveis de qualidade de vida e atividade física, dentre os pacientes que apresentaram menor perda de peso ou maior reganho de peso após a cirurgia bariátrica (Alvarez et al., 2016; Amundsen, Strømmen & Martins, 2017; Ivezaj, 2017; Sousa et al., 2014). Pode-se inferir que a realização da cirurgia bariátrica pode refletir em uma melhora para a saúde mental, porém sem garantias para os casos em que os pacientes já apresentavam transtornos mentais prévios ou tiveram reganho de peso após realização do procedimento. Emerge a necessidade de acompanhamento desses pacientes em aspectos psíquicos e emocionais em longo período de tempo, por equipe multidisciplinar, uma vez que estes parecem influenciar diretamente a manutenção do peso e o sucesso da cirurgia.

Os estudos analisados, de forma geral, apontam diversas variáveis psicológicas, psiquiátricas e psicossociais que, se presentes no pós-operatório, podem comprometer a manutenção do peso, a saúde mental e os resultados da cirurgia bariátrica. Por isso, se faz

necessário reforçar a importância da avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica. Mesmo quando realizada no pré-operatório, o processo de exame psicológico contribui com descrição, entendimento e diagnóstico emocional de cada caso, gerando hipóteses quanto ao prognóstico e formulação do acompanhamento necessário para os pacientes (ABESO, 2016; Costa et al., 2009). Para isso, é importante ressaltar a necessidade de adequada formação profissional nesta área (Marchesini, 2010), de modo a efetivamente contribuir com um acompanhamento pós-operatório, prevenindo o surgimento de complicações psicológicas ou psiquiátricas para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Como contribuição, ressalta-se que a presente revisão de literatura científica evidenciou variáveis psicológicas interferentes no desfecho pós-operatório da cirurgia bariátrica. Destacou-se: a necessidade de novas investigações sobre o período pós-operatório bariátrico; a importância da avaliação psicológica realizada antes e após esta cirurgia; a necessidade de criação de novos instrumentos específicos para o contexto com base nas variáveis mais relevantes identificadas como associadas a complicações após a cirurgia; a necessidade de inclusão de maior variedade de técnicas avaliativas utilizadas, como os métodos projetivos, que podem informar sobre o funcionamento lógico e afetivo desses indivíduos, complementando os dados que o autorrelato pode oferecer e compondo avaliação psicológica multimétodo. Este processo levará a melhor instrumentalização dos profissionais da área e a maior qualidade do serviço oferecido em termos psicológicos.

Por se tratar de levantamento da literatura científica, houve delimitação do período de pesquisa e de bases de dados para tornar exequível este trabalho, no entanto cientes de que isso acarreta parcial retrato sobre o conhecimento produzido a respeito da temática. Apesar desta limitação quantitativa, as variáveis psicológicas emergiram como altamente relevantes no acompanhamento pós-cirúrgico bariátrico, o que passa a exigir dos profissionais de Psicologia novos investimentos científicos em processos de avaliação psicológica nesta área para possibilitar avanços sistemáticos.

## **1.6. Saúde mental e as repercussões da pandemia de COVID-19**

O cenário em que este trabalho foi desenvolvido envolveu o período de pandemia de COVID-19, configurando-se como variável contextual (inesperada) que precisou ser considerada em seus impactos sobre as variáveis psicológicas selecionadas. Este evento pode implicar em repercussões psicológicas negativas em longo prazo para a população, assim

como para pacientes com obesidade, em espera ou submetidos à cirurgia bariátrica, dada sua maior vulnerabilidade, conforme será ilustrado a seguir.

A saúde mental dos indivíduos do Brasil tornou-se preocupação crescente na área da Saúde nos últimos anos. Uma pesquisa do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) realizada com amostra de 15.105 participantes, identificou transtornos mentais comuns em 26,8% da amostra, sendo mais prevalentes em mulheres, mais jovens, não brancas e sem ensino superior. A ansiedade apresentou maior prevalência diagnóstica (16,2%), enquanto a depressão apresentou prevalência de 4,2% (Nunes et al., 2016).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, cerca de 10,2% da população brasileira adulta recebeu diagnóstico de depressão, com maior prevalência sobre o sexo feminino (14,7%) e entre 60 e 64 anos de idade (13,2%). O sexo masculino apresentou a prevalência de 5,1% e a faixa etária de 18 a 29 anos de idade recebeu o menor percentual de 5,9%. Uma pesquisa comparativa entre os dados da PNS de 2013 e de 2019, indicou que a prevalência de depressão cresceu de 7,6% em 2013 para 10,2% em 2019 (Brito et al., 2022).

As repercussões da pandemia de COVID-19 têm contribuído para um agravamento dessa situação. Desde o início da pandemia, o isolamento social, o medo da doença, a incerteza em relação ao futuro, as perdas econômicas e perda de entes queridos são fatores que têm contribuído para aumento de problemas de saúde mental no país. Além disso, pacientes sintomáticos deixaram de procurar ajuda devido ao acesso limitado aos serviços de saúde nesse período. Estima-se que a pandemia levou a um aumento de 27,6% de casos de depressão maior e 25,6% dos casos de ansiedade em todo o mundo (COVID-19 *Mental Disorders Collaborators*, 2021).

No Brasil, um levantamento on-line do Ministério da Saúde (2020), realizado com uma amostra de 2.335 pessoas, revelou prevalência de 74,0% de ansiedade, 26,8% de depressão moderada, 12,3% de depressão grave e 34,8% de sintomas de estresse pós-traumático. Corroborando esses achados, uma pesquisa do ELSA-Brasil analisou sintomas mentais em três ondas 2008-2010, 2017-2019 e 2020, identificando maiores sintomas na onda 2020 e não encontrando diferenças significativas entre as ondas 2008-2010 e 2017-2019. O estudo considerou que a pandemia de COVID-19 está implicada nessa alteração dos indicadores de saúde mental, com crescente prejuízo aos indivíduos (Suen et al., 2022).

No entanto, é importante destacar que, além da vivência e repercussões da pandemia que agravaram a saúde mental do brasileiro, o país ainda tem grande deficiência no acesso aos serviços de saúde mental. A falta de investimentos em políticas públicas de saúde mental



e a escassez de profissionais especializados são fatores que dificultam o tratamento e a prevenção desses transtornos. Destaca-se a importância de investimentos para a redução das desigualdades sociais e econômicas, de forma a promover saúde mental para a população brasileira (Nunes et al., 2016).

Investigações específicas sobre os impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde mental de indivíduos com obesidade e que buscam cirurgia bariátrica foram realizadas, uma vez que é conhecido se tratar de grupo com elevados índices de transtornos mentais (Carter et al., 2021; Dawes et al., 2016; Duarte-Guerra, Coêlho, Santo & Wang, 2015; Greenberg, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Lier, Biringer, Stubhaug & Tangen, 2013; Malik, Mitchell, Engel, Crosby & Wonderlich, 2014; Mühlhans, Horbach & de Zwaan, 2009; de Panfilis et al., 2006; Sarwer et al., 2004). O estudo de Almandoz et al. (2021) avaliou 589 pacientes com obesidade por meio de recursos on-line, identificando efeito negativo duradouro da pandemia de COVID-19 na saúde mental e sobre os cuidados ou comportamentos de saúde relacionados ao peso. Identificaram elevado uso de substâncias psicoativas nesses pacientes, além de acentuados índices de depressão, ansiedade e dificuldade para dormir, associados a comportamentos pouco adequados em relação à alimentação e à prática de atividade física.

No contexto da Itália, Sisto et al. (2021) conseguiram examinar 434 pacientes antes e depois da cirurgia bariátrica, realizando pesquisa on-line durante a pandemia. Observaram alta prevalência de sentimentos de preocupação com a COVID-19, com a própria saúde e de familiares; sentimentos de solidão e tédio; relatos frequentes de fome e forte impulso para comer e beliscar alimentos; dificuldades para seguir a dieta alimentar recomendada. A resiliência própria de cada paciente, por sua vez, mostrou-se como um fator protetivo. Não houve diferenças significativas entre os pacientes que aguardavam a cirurgia para os pacientes operados. No entanto, entre os pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica foi observada relação entre beliscar alimentos, fome e impulso para comer e ansiedade, além de associação entre estresse e sintomas depressivos. O estudo concluiu que a pandemia de COVID-19 favoreceu o aumento do sofrimento psicológico de pacientes com obesidade ou com histórico de obesidade, reduzindo a qualidade de vida e impactando negativamente sua adesão a dietas. Youssef et al. (2021) avaliou, por telefone, 23 pacientes com tempo médio de dois anos após a realização da cirurgia bariátrica. Seus achados apontaram que a pandemia impactou negativamente a autogestão da obesidade e da saúde mental de várias maneiras, diferindo de maneira individual e, portanto, exigindo estratégia de cuidados individualizados.

Outro estudo (Murtha et al., 2023) envolvendo pacientes no pós-operatório da cirurgia bariátrica apontou que a pandemia afetou negativamente a rotina de dieta e de atividade física

desses casos por conta do isolamento e medo da COVID-19. Os cuidados pós-operatórios precisaram ser transferidos para a modalidade remota, além do aumento de estresse cotidiano vinculado a desafios financeiros e psicológicos, acentuando a vulnerabilidade desses pacientes. Na mesma linha investigativa, Bellicha et al. (2022) avaliaram, entre abril e maio de 2020, amostra de 937 pacientes com até um ano de acompanhamento após a cirurgia bariátrica, observando queda de atividade física em 67,0% desses indivíduos. Dentre estes houve maior chance de reportarem reganho de peso ( $\geq 5\%$ ), aumento da fadiga, piora no comportamento alimentar e sintomas depressivos (moderado e grave). Avaliados novamente em novembro e dezembro de 2020, houve relato de reganho de peso significativo em 36,0% dos pacientes ( $\geq 5\%$ ) em relação ao período anterior (Bellicha et al., 2022).

De forma geral, faz-se necessário considerar essa variável do contexto ambiental (pandemia de COVID-19) nos estudos voltados à temática dos aspectos psicológicos envolvidos nos resultados da cirurgia bariátrica. Sabe-se que indivíduos com obesidade mórbida tendem a maior vulnerabilidade psíquica, com maior prevalência de transtornos mentais que podem se acentuar frente as repercussões da pandemia, podendo implicar em maior sofrimento e desequilíbrio psíquico e físico geral.

## 2. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que muitos aspectos do funcionamento psíquico estão envolvidos no desenvolvimento e no desfecho da cirurgia bariátrica. Esta é considerada um procedimento eficaz para casos graves de obesidade, com melhora significativa de suas comorbidades e qualidade de vida geral. Contudo, a presença de sintomas psíquicos ou psicopatologias, antes e após a realização do procedimento cirúrgico, pode implicar em um desfecho negativo, com reganho de peso. A cirurgia pode, ainda, ser disparadora de novas complicações envolvendo o comportamento alimentar, por ser invasiva e demandar grandes ajustes em seu estilo de vida de forma repentina, afetando também a organização psíquica do paciente.

A literatura científica da área, no entanto, ainda é incipiente no que se refere ao pós-operatório tardio (a partir de dois anos) da cirurgia bariátrica, o qual envolve grande complexidade de fatores de difícil acesso e controle metodológico em investigações científicas. Quando considerada a avaliação psicológica desses pacientes, a literatura se apresenta ainda mais tímida, e é rara em se tratando de avaliação por meio da abordagem multimétodo. Apesar dessas dificuldades técnicas, o estudo desse momento tardio do pós-operatório da cirurgia bariátrica ganha relevância diante das evidências empíricas da literatura que apontam existir 20% a 35% de casos de significativo reganho de peso no período de 18 meses a cinco anos após o procedimento cirúrgico.

Frente aos argumentos e dados científicos prévios, este trabalho dispôs-se a buscar informações que pudessem integrar o conhecimento até então disponível no campo dos cuidados à saúde mental em pessoas submetidas ao tratamento cirúrgico da obesidade. Procurou avaliar, por meio de recursos on-line, indicadores psicológicos e psiquiátricos de saúde mental, do comportamento alimentar, do medo da COVID-19 e dos aspectos afetivos e cognitivos da personalidade de indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica e encontravam-se no pós-cirúrgico tardio.

Especificamente, o presente estudo buscou fornecer informações, por meio de uma abordagem multimétodo de avaliação psicológica, acerca da interação de diversos componentes psíquicos no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, bem como suas possíveis associações. Considerando as variáveis psicológicas, a complexidade e o impacto do tratamento cirúrgico nos pacientes, este trabalho buscou evidências empíricas para compreender a eventual associação entre a presença de psicopatologia e o funcionamento lógico e afetivo com o desfecho do tratamento cirúrgico (avaliada pelo indicador perda de peso). Tais evidências podem servir de suporte teórico e prático para o entendimento da

dinâmica desses fatores no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, favorecendo os processos de cuidado após o procedimento, de modo a diminuir riscos à saúde e favorecer desfechos positivos. A pesquisa também visa contribuir com a avaliação psicológica nesse contexto, oferecendo informações que possam aprimorar o exame psíquico antes da cirurgia, o que potencialmente promove a qualidade dos cuidados e do acompanhamento oferecido no pós-cirúrgico, tendo implicações para o sucesso do procedimento.

Por meio do levantamento teórico apresentado anteriormente foi possível formular as seguintes hipóteses a serem testadas no presente estudo:

- I. Hipótese I: Pacientes que se encontram no pós-cirúrgico tardio da cirurgia bariátrica apresentam níveis clinicamente reduzidos de psicopatologia, em relação aos padrões normativos de seu grupo de referência.
- II. Hipótese II: Pacientes no pós-cirúrgico tardio da cirurgia bariátrica apresentam reganho de peso.
- III. Hipótese III: Pacientes no pós-cirúrgico tardio da cirurgia bariátrica apresentam indicadores de desorganização no funcionamento psíquico, lógico e afetivo, em comparação com os indicadores normativos de seu grupo de referência.
- IV. Hipótese IV: Existe associação entre indicadores de psicopatologia e de desorganização do funcionamento lógico e afetivo com maior reganho de peso e com maior tempo pós-operatório da cirurgia bariátrica.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Este trabalho teve como objetivo geral avaliar indicadores de psicopatologia e do funcionamento lógico e afetivo, bem como reganho de peso, no pós-cirúrgico tardio (a partir de 24 meses) de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Para tanto, a presente pesquisa está dividida em duas etapas, compreendendo dois estudos:

- a) O Estudo I teve por objetivo examinar indicadores de psicopatologia (saúde mental, depressão, ansiedade, compulsão alimentar, psicopatologia alimentar, traços patológicos da personalidade e medo da COVID-19) e o reganho de peso no pós-cirúrgico tardio, a partir de 24 meses após realização do procedimento, em adultos submetidos à cirurgia bariátrica;
- b) O Estudo II teve como objetivo avaliar indicadores do funcionamento lógico e afetivo e o reganho de peso no pós-cirúrgico tardio, a partir de 24 meses após realização do procedimento, em indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica.

#### **3.2. Objetivos específicos**

##### **3.2.1. Estudo I**

- a) Descrever indicadores de psicopatologia e o reganho de peso de indivíduos no pós-operatório tardio (após 24 meses) de cirurgia bariátrica.
- b) Verificar possível associação entre os indicadores de saúde mental geral, depressão, ansiedade, compulsão alimentar, psicopatologia alimentar, traços patológicos da personalidade e de medo da COVID-19 com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso nesses adultos.

##### **3.2.2. Estudo II**

- a) Descrever indicadores de psicopatologia, do funcionamento lógico e afetivo e o reganho de peso dos participantes avaliados.
- b) Verificar possível associação entre indicadores do funcionamento lógico e afetivo com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso dos adultos avaliados.



## 4. MÉTODO

### 4.1. Aspectos éticos

O presente projeto respeitou os princípios éticos inerentes a toda investigação científica, seguindo diretrizes institucionais e Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012 e suas posteriores. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) para os devidos procedimentos institucionais e se encontra aprovado (CAAE: 30200320.7.0000.5407, número do parecer: 4.795.606, datado de 21/06/2021 – ANEXO 1). Posteriormente, um adendo ao estudo foi submetido ao CEP para análise da adaptação do projeto frente ao contexto de pandemia.

Após a devida autorização da emenda pelo CEP, o processo de coleta de dados foi iniciado por meio do envio do convite à pesquisa para o grupo alvo. Preenchendo o critério de seleção do estudo e frente ao interesse em dele participar de forma voluntária, os participantes foram solicitados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A). Aqueles que concordaram com a pesquisa, documentaram seu aceite ao clicar no item “Li o Termo e concordo em participar da pesquisa” na plataforma on-line, por meio de *link* de acesso a eles enviado.

Os procedimentos previstos para a coleta de dados foram pensados de modo a não produzir qualquer prejuízo aos participantes. No entanto, pela natureza dos estímulos propostos nas atividades, se houvesse cansaço ou mobilização emocional a pesquisadora responsável deixou orientações e cuidados específicos para o respondente, incluindo interrupção da atividade, atendimento às necessidades psicológicas emergentes e encaminhamento para serviços pertinentes, conforme a necessidade dos casos. A etapa de coleta de dados por meio de formulário on-line permitiu aos participantes a liberdade de realizar as atividades dentro do seu ritmo pessoal. A pesquisadora responsável procurou assegurar confidencialidade e o menor risco de violação dos dados fornecidos pelo participante, tomando providências técnicas referentes ao ambiente virtual oferecido.

A pesquisa não visou fornecer benefícios diretos ao participante, voltando-se para possíveis ganhos coletivos derivados da compreensão dos fenômenos psíquicos associados à cirurgia bariátrica. No caso de solicitação direta do voluntário sobre seus resultados, após finalização da coleta e da análise dos dados, a pesquisadora realizou agendamento de entrevistas devolutivas individuais, também por plataforma remota.

## 4.2. Delineamento metodológico

A pesquisa foi constituída por dois estudos, ambos com delineamento quase experimental e recorte transversal, pautado em método quantitativo, com abordagem multimétodo, a partir de instrumentos de avaliação psicológica aplicados por recursos on-line. Os estudos realizam análises descritivo-interpretativas e correlacionais de indicadores do funcionamento psicológico de indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica e se encontravam em período pós-cirúrgico tardio, a partir de 24 meses após a realização do procedimento.

Cabe destacar que o processo de coleta de dados de ambos os estudos foi realizado por meio remoto, utilizando-se de instrumentos aplicados por meio de plataforma on-line de pesquisa, especificamente construída pela pesquisadora para essa finalidade investigativa. Isso foi necessário para tornar viável a pesquisa durante a pandemia de COVID-19, que exigiu distanciamento social como uma medida sanitária para evitar propagação do novo coronavírus. Os recursos de proteção da identidade dos participantes e dos dados foram cuidados, cumprindo os cuidados éticos necessários à adequada condução da pesquisa por meio da plataforma on-line.

## 4.3. Participantes

### 4.3.1. Critérios de elegibilidade e cálculo amostral

Diante dos objetivos delineados, foram considerados elegíveis para os estudos os indivíduos que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: a) idade entre 18 e 65 anos (faixa etária indicada para a realização da cirurgia bariátrica, segundo ABESO, 2016); b) ter realizado cirurgia bariátrica há, pelo menos, 24 meses; c) possuir rede de internet e aparelho eletrônico com monitor igual ou superior a 13 polegadas, como computador ou *tablet*, e com conexão estável à internet.

Foram considerados como critérios de exclusão desta pesquisa: a) gravidez no período pós-operatório; b) condições físicas e/ou emocionais impeditivas de visualização, leitura, compreensão e acesso aos instrumentos da pesquisa; c) impossibilidade de acesso a rede de internet e a dispositivo eletrônico (computador ou *tablet*) com acesso à internet.

Para o Estudo I foram avaliados 117 indivíduos. Já a segunda etapa da pesquisa (Estudo II) contou com 27 participantes. O cálculo amostral, realizado pelo *software* G\*power, identificou que um tamanho amostral a partir de 21 participantes teria um poder de



80% ( $1-\beta = 0,8$ ) para identificar significância estatística em associações estatísticas de magnitude moderada a forte ( $r^2 > 0,3$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Essa diretriz permitiu a delimitação do número de voluntários do Estudo II, de modo a garantir adequadas análises nesta etapa da pesquisa.

#### 4.3.2. Percurso amostral

##### 4.3.2.1. Estudo I

Diante do distanciamento social imposto pelos cuidados sanitários para enfrentamento da COVID-19, o projeto de pesquisa precisou ser adaptado para realização por meio de recursos on-line. Assim, para identificar possíveis voluntários ao estudo, a pesquisadora realizou um levantamento na segunda quinzena de agosto de 2021 e identificou “Grupos sobre Cirurgia Bariátrica” existentes na rede social *Facebook*, partindo desses contatos para realizar seu convite à participação na pesquisa.

A pesquisadora encontrou e foi aceita em 34 grupos sobre a cirurgia bariátrica da rede social *Facebook*, constituindo o universo de possíveis participantes do estudo. Antes do envio dos convites à pesquisa, esses grupos foram caracterizados em termos de quantidade de participantes e movimentação de postagens diárias durante uma semana (sete dias). As principais características dos 34 grupos identificados pela pesquisadora constam na Tabela 4.

**Tabela 4.** Caracterização dos “Grupos de Cirurgia Bariátrica” do Facebook identificados pela pesquisadora ( $n = 34$ ).

Nome do grupo ( $n = 34$ )	Data de criação do grupo	Total de participantes (22/09/21)	Total de publicações no último mês (23/08/21 a 22/09/21)	Total de publicações (28/09/21)	Novas publicações (em uma semana)
Bariátrica - Vencendo Desafios - Realizando Sonhos *	06/11/16	135.922	877	1.158	281
Bariatricando sem Censura - Por Day Candido® *	05/06/17	240.684	1.303	1.632	329
Bariátrica pós, troca de experiências com alimentação	27/08/20	17.634	1.448	1.978	530
Bariatricando sem frescura	28/08/19	3.305	81	89	8
Bariatricados - Um novo estilo de vida !	27/11/19	4.744	305	382	77
Quero Fazer Cirurgia Bariátrica	28/05/13	24.314	89	116	27
Bariatricados - Tire suas Dúvidas	24/06/16	113.561	2.682	3.373	691

Antes e Depois – Cirurgia Bariátrica	30/12/12	29.703	1.183	1.434	251
Bariátrica Sleeve	22/11/13	19.017	494	570	76
Cirurgia Bariátrica - Eu Fiz/Vou Fazer	23/05/16	19.397	5	5	0
Cirurgia Bariátrica - Campinas e Região/SP	30/08/12	3.923	101	137	36
Bariátrica ABC	06/12/13	1.750	26	27	1
Bariátricos/Um Novo Renascer	01/04/14	58.228	148	198	50
Bariátrica.Club	05/05/21	176	15	17	2
Cirurgia Bariátrica.Quero fazer!	20/03/14	46.888	0	0	0
Bypass e Sleeve	20/03/14	7.329	23	32	9
Alimentação Pós Bariátrica e outras coisinhas mais (Por Andreia Leroy)	01/08/18	42.902	53	68	15
Cirurgia plástica, lipo, silicone e reparadoras pós bariátrica	27/03/17	198.110	139	166	27
Cirurgia Plástica pós Bariátrica tenho direito	16/04/19	18.713	133	165	32
Somos todos Bariátricos	21/09/16	9.162	12	13	1
Bariátrica/ vou fazer/ eu fiz	09/05/16	1.913	12	14	2
Reversão de Cirurgia Bariátrica	10/07/17	713	35	40	5
Amigos de Bariátrica	28/03/16	1.878	45	53	8
Engordei após a cirurgia bariátrica	13/11/14	14.164	66	85	19
Bariatricados Antes e Depois	22/03/16	105.477	467	569	102
Eu fiz / vou fazer Bariátrica sjc	12/12/16	1.170	23	27	4
Bariatrica sem REstrições	05/01/21	1.496	61	72	11
Reganho de Peso Após Cirurgia Bariátrica	22/01/14	14.337	48	68	20
Alimentação para Bariatricados	10/04/20	1.299	16	17	1
Bariátricas Ribeirão Preto	18/08/17	1.708	43	59	16
Receitas Lights pós Bariátrica (desativado para novas postagens)	18/11/15	12.122	0	0	0
Tudo sobre bariátrica I - São Paulo	13/08/20	1.068	26	38	12
Tudo sobre bariátrica e plástica reparadora	20/10/15	63.212	55	76	21
Reganho de peso pós bariátrica	06/04/21	419	4	4	0

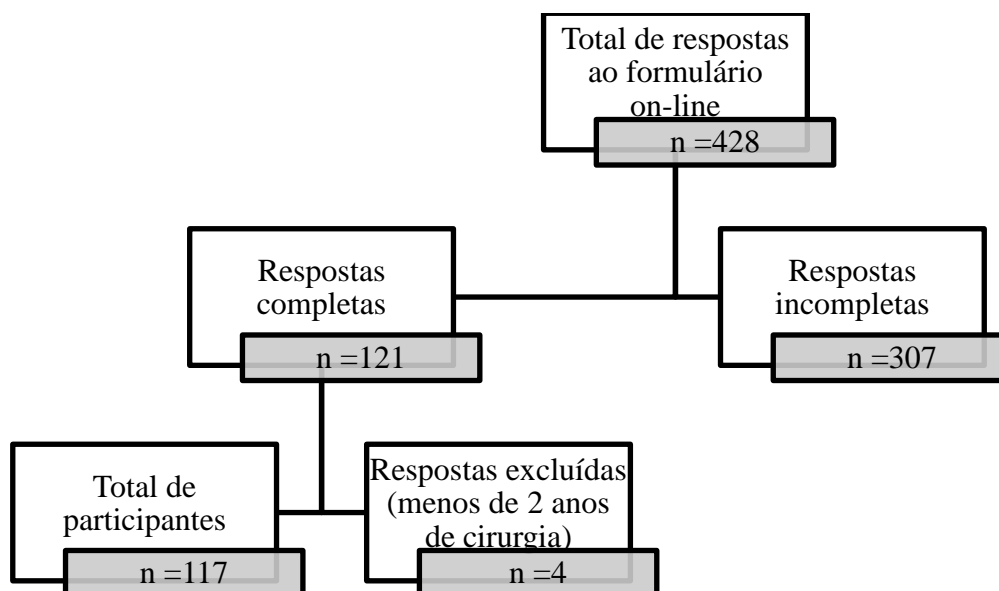
Nota: \* Grupo selecionado como piloto para o convite à pesquisa.

Conforme ilustra a Tabela 4, os Grupos do *Facebook* encontrados pela pesquisadora sobre Cirurgia Bariátrica foram criados a partir de 2012 até o ano de 2021, com grande amplitude e variação no total de participantes (máximo de 240.684 participantes, mínimo de 176). Sua atividade também foi bastante diversa, encontrando-se grupos com inúmeras publicações no último mês (máximo de 2.682) e outros sem atividades recentes (zero publicações), além da variedade no número de novas postagens em uma semana (máximo de 691 e mínimo de zero). A partir dessas informações foi possível estimar a dimensão e o nível de atividade de cada grupo.

No geral, os grupos identificados eram voltados para os benefícios de se realizar a cirurgia bariátrica, muitas vezes funcionando como grupo de apoio para aqueles que estão buscando pelo procedimento, que passarão em breve por ele ou que já realizaram a cirurgia. Os grupos também funcionavam: para tirar dúvidas; mostrar os resultados de perda de peso com postagens de fotos e texto, de forma a incentivar os demais; auxiliar a encontrar médicos que realizam a cirurgia, entre outros profissionais de saúde como psicólogos e nutricionistas para os laudos necessários; auxiliar com procedimentos burocráticos exigidos por convênios médicos; informar quanto ao valor da cirurgia bariátrica; auxiliar quanto a realização da cirurgia pelo SUS, entre outros. Entre as regras de funcionamento de cada um desses grupos no *Facebook* também houve variedade de exigências, destacando-se: respeitar todos os integrantes do grupo, sem discriminação quanto a raça, gênero, religião, entre outros; respeitar a privacidade de todos, não levando informações de outras pessoas para fora do grupo; ser acolhedor e educado; não falar sobre morte; não indicar medicações; não fazer discurso de ódio ou *bullying*; não fazer vendas, propagandas, promoções, spam ou a postagem de vídeos não relacionados ao tema.

Iniciou-se o convite à pesquisa nestes grupos do *Facebook* partindo-se daqueles com moderada a alta movimentação e quantidade de participantes, abrindo a participação aos membros dos 34 Grupos sobre Cirurgia Bariátrica em 02 de outubro de 2021. Foram obtidas 121 respostas completas aos instrumentos da plataforma on-line para coleta de dados e 307 respostas incompletas, recebidas ao longo de um período de quatro meses (outubro de 2021 a janeiro de 2022).

Após análise preliminar dos participantes do Estudo I ( $n=121$ ) foram excluídos quatro casos, por se tratar de indivíduos com menos de dois anos completos de cirurgia bariátrica. Desse modo, chegou-se ao total de 117 voluntários para compor a amostra do Estudo I. Esse percurso amostral encontra-se ilustrado na Figura 1.

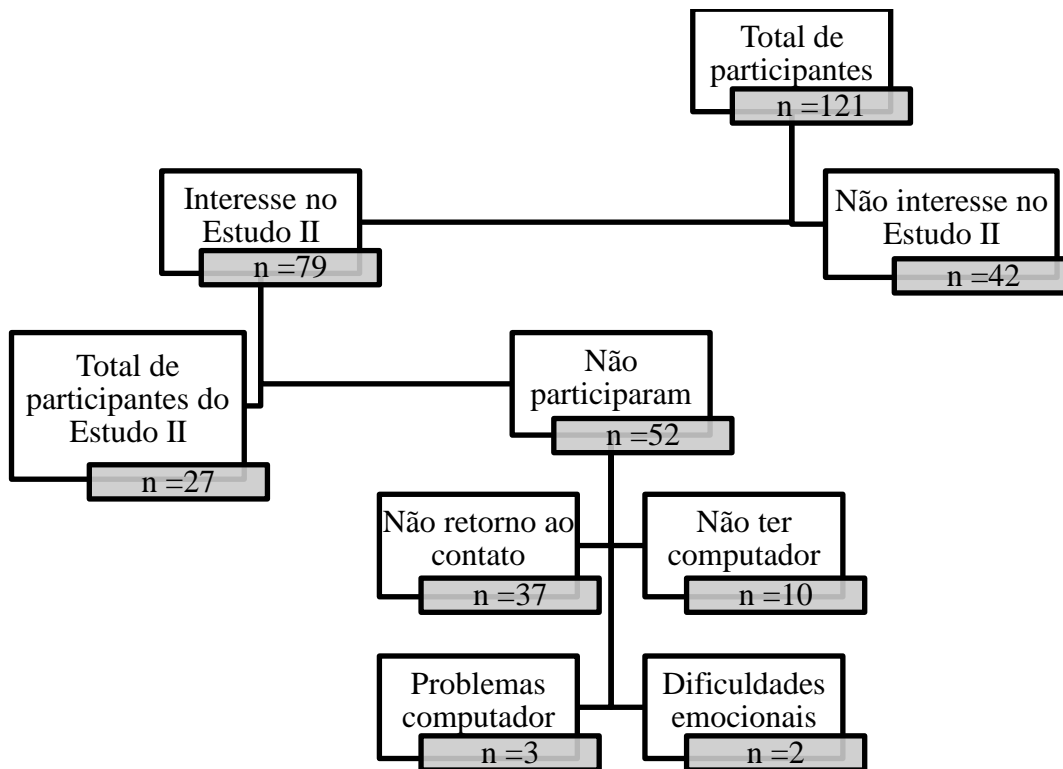


**Figura 2.** Percurso amostral do Estudo I ( $n = 117$ ).

Das 117 respostas obtidas no Estudo I, a grande maioria ( $n=108$ ) dos voluntários encontrou a pesquisa por meio dos grupos do *Facebook*. Outras três pessoas referiram terem recebido o convite à pesquisa por *WhatsApp*, três por compartilhamento de colegas e outras três pessoas referiram terem encontrado a pesquisa em demais redes sociais.

#### 4.3.2.2. Estudo II

Para participar do Estudo II, o voluntário deveria ter completado os instrumentos do Estudo I e marcado, no próprio formulário, disponibilidade para dar continuidade à pesquisa por meio de vídeo conferência com a pesquisadora responsável, deixando disponível seu e-mail e número de *WhatsApp* para contato e agendamento do encontro virtual. A partir dessas respostas, foram buscados os participantes do Estudo II. A Figura 2 ilustra esse percurso amostral desenvolvido para compor o Estudo II.



**Figura 3.** *Percurso amostral do Estudo II (n=27).*

Dos 121 participantes (antes de aplicados os critérios de inclusão e exclusão), 79 manifestaram interesse em realizar o Estudo II em chamada de vídeo conferência com a pesquisadora. Para tanto, todos os 79 participantes interessados foram contatados por e-mail e *WhatsApp*, tendo sido possível agendar e realizar a aplicação dos procedimentos previstos com 27 voluntários. Os demais 52 participantes não integraram a segunda etapa da pesquisa devido a um dos seguintes motivos: não retorno ao contato realizado pela pesquisadora ( $n=37$ ); não possuir computador em casa ( $n=10$ ); problemas técnicos com o computador existente em casa ( $n=3$ ); dificuldades emocionais ( $n=2$ ).

#### 4.3.3. Caracterização da amostra

O Estudo I contou com 117 participantes. Destes, 27 participaram também do Estudo II. A Tabela 5 apresenta as principais características da amostra do Estudo I ( $n=117$ ) e do Estudo II ( $n=27$ ) quanto ao sexo, estado onde reside, nível econômico, diagnóstico anterior de COVID-19 e reganho de peso.

**Tabela 5.** Caracterização da amostra do Estudo I ( $n=117$ ) e do Estudo II ( $n=27$ ) quanto ao sexo, estado onde reside, nível econômico, diagnóstico de COVID-19 e reganho de peso.

Variável	Estudo I ( $n=117$ )		Estudo II ( $n=27$ )	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Feminino	114	97,4	25	92,6
Masculino	3	2,6	2	7,4
Estado onde reside				
SP	61	52,1	16	59,3
RS	12	10,3	3	11,1
RJ	10	8,5	1	3,7
PR	9	7,7	1	3,7
SC	9	7,7	1	3,7
MG	6	5,1	-	-
ES	3	2,6	2	7,4
BA	2	1,7	-	-
DF	1	0,9	1	3,7
GO	1	0,9	1	3,7
MA	1	0,9	-	-
RO	1	0,9	-	-
TO	1	0,9	1	3,7
Nível socioeconômico*				
A	24	20,5	7	25,9
B1	19	16,2	6	22,2
B2	39	33,3	7	25,9
C1	23	19,7	4	14,8
C2	11	9,4	3	11,1
D/E	1	0,9	-	-
Diagnóstico de COVID-19**				
Sintomas	50	42,7	10	37,0
Diagnosticado	38	32,5	8	29,6
Reganho de peso	100	85,5	117	100,0

Nota: SP = São Paulo; RS = Rio Grande do Sul; RJ = Rio de Janeiro; PR = Paraná; SC = Santa Catarina; MG = Minas Gerais; ES = Espírito Santo; BA = Bahia; DF = Distrito Federal; GO = Goiás; MA = Maranhão; RO = Rondônia; TO = Tocantins.

\*Conforme avaliação pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2021).

\*\*Segundo autorrelato.

Nota-se que a amostra do Estudo I ( $n=117$ ) ficou composta majoritariamente por mulheres (97,4%) e por participantes do Estado de São Paulo (52,1%). O nível econômico desses indivíduos pode ser considerado médio alto, visto que 70,0% deles foram classificados

entre os estratos A até B2 a partir do Critério Brasil (ABEP, 2021). Dentre os avaliados, 42,7% referiram ter apresentado sintomas de COVID-19 desde o início da pandemia, porém com diagnóstico confirmado em 32,5% dessa amostra. Quanto ao reganho de peso, 85,5% dos participantes apresentaram acréscimo de peso após o intervalo de dois anos da cirurgia bariátrica.

Como seria esperado, as características sociodemográficas dos participantes do Estudo II ( $n=27$ ) reproduzem as marcas do grupo maior de onde eram provenientes. Assim, no Estudo II a amostra ficou composta majoritariamente por mulheres (92,6%), residentes no Estado de São Paulo (59,3%), com nível econômico médio alto (74,0% dos participantes entre nível A até B2 - ABEP, 2021). Sintomas de COVID-19 foram relatados por 37,0% dos entrevistados, mas apenas 29,6% tiveram diagnóstico confirmado dentre os participantes do Estudo II. Todos os participantes do Estudo II apresentaram importante reganho de peso após o intervalo de dois anos da cirurgia bariátrica.

A Tabela 6 caracteriza os participantes do Estudo I e II em termos de escolaridade, tempo médio de pós-operatório, peso antes e após a cirurgia bariátrica, IMC atual e média de ganho de peso após o procedimento.

**Tabela 6.** Características da amostra do Estudo I ( $n=117$ ) e do Estudo II ( $n=27$ ) quanto a escolaridade, tempo médio de pós-operatório, peso, IMC e reganho de peso.

Variável	Estudo I		Estudo II	
	$(n=117)$		$(n=27)$	
	M	DP	M	DP
Idade (anos)	41,7	6,9	43,1	7,6
Escolaridade (anos de estudo)	14,3	3,6	15,5	3,7
Tempo de pós-operatório (em meses)	77,6	50,2	84,5	55,1
Maior peso antes da cirurgia na idade adulta (em kg)	119,6	20,3	122,8	19,5
Peso imediatamente antes da cirurgia (em kg)	114,4	19,7	119,2	20,3
Menor peso desde que realizou a cirurgia (em kg)	68,7	13,2	70,9	13,6
Peso atual (em kg)	80,9	19,4	85	17,4
IMC atual ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	30,3	6,8	31,2	6,6
Reganho (em kg)	13,1	11,4	14,1	9,9

Nota: IMC = Índice de Massa Corporal; kg = quilograma;  $\text{m}^2$  = altura (em metros) ao quadrado.

Os participantes do Estudo I (n=117) apresentaram idade média 41,7 anos, tendo cursado 14,3 anos de estudo (em média). O tempo de pós-operatório foi bastante variado (elevado valor do desvio-padrão do grupo, igual a 50,2 meses), mas em média tinham 77,6 meses, ou seja, mais de seis anos da intervenção bariátrica. Seu maior peso médio antes da cirurgia na idade adulta foi 119,6 kg, tendo conseguido realizar a bariátrica com peso corporal menor (média de 114,4 kg), atingindo como menor peso médio desde que realizou a cirurgia o valor de 68,7 kg. Em termos de peso atual os participantes do Estudo I atingiram média de 80,9 kg, com IMC atual médio igual a 30,3 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau I). Em termos médios houve reganho de peso com valor médio de 13,1 kg. Expresso em porcentagem, o aumento médio de peso dos participantes do Estudo I atingiu a proporção de 17,9%.

As características demográficas foram semelhantes entre os participantes do Estudo II (n=27), embora com idade um pouco inferior (média de 43,1 anos) e escolaridade média de 15,5 anos de estudo. O tempo de pós-operatório foi de 84,5 meses em média (sete anos), também com grande variação entre os participantes (55,1 meses). Sobre o peso, os participantes apresentaram média de 122,8 kg antes da cirurgia na idade adulta e de 119,2 kg imediatamente antes da cirurgia. Após a bariátrica, o menor peso teve média de 70,9 kg. O peso atual atingiu média de 85,0 kg e o IMC atual 31,2 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau I). O reganho de peso corporal atingiu a média de 14,1 kg. Expresso em porcentagem, a taxa média de reganho de peso dos participantes do Estudo II foi de 19,9%.

A seguir os participantes do Estudo I e Estudo II foram caracterizados quanto ao tipo de cirurgia, serviço médico por meio do qual ocorreu o procedimento, profissionais da saúde consultados antes e após a cirurgia, resultados autorrelatados em relação à bariátrica e realização de cirurgia reparadora. Essas informações compõem a Tabela 7.

**Tabela 7.** Caracterização da amostra do Estudo I (n =117) e do Estudo II (n =27) quanto a cirurgia, profissionais consultados e resultados autorrelatados.

Variável	Estudo I (n =117)		Estudo II (n =27)	
	n	%	n	%
	Tipo de cirurgia			
<i>Bypass</i> gástrico	97	82,9	22	81,5
<i>Sleeve</i>	12	10,3	1	3,7
Técnica de <i>Scopinaro</i>	2	1,7	2	7,4
Outros	5	4,3	2	7,4
Não lembro/Não sei	1	0,9	-	-

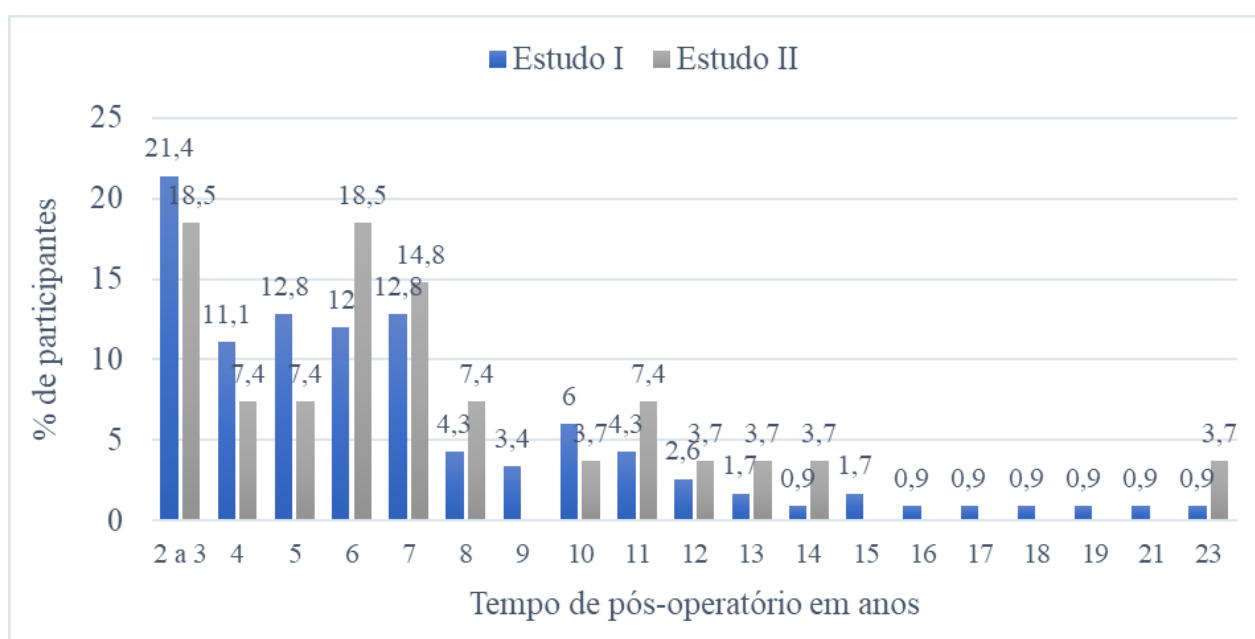


Serviço médico				
Serviço privado por convênio médico	92	78,6	23	85,2
Serviço público pelo SUS	18	15,4	2	7,4
Serviço privado com recursos próprios	7	6,0	2	7,4
Profissionais da saúde consultados no pré-operatório				
Médico	108	92,3	26	96,3
Psicólogo	98	83,8	24	88,9
Nutricionista	98	83,8	24	88,9
Fisioterapeuta	20	17,1	5	18,5
Psiquiatra	18	15,4	3	11,1
Enfermeiro	13	11,1	2	7,4
Assistente Social	4	3,4	-	-
Outros (Educador Físico)	1	0,9	1	3,7
Profissionais da saúde consultados no pós-operatório				
Médico	105	89,7	26	96,3
Nutricionista	90	76,9	20	74,1
Psicólogo	73	62,4	15	55,6
Fisioterapeuta	27	23,1	4	14,8
Enfermeiro	18	15,4	2	7,4
Psiquiatra	15	12,8	1	3,7
Assistente Social	4	3,4	-	-
Perda de peso autorrelatada				
Atingi a perda de peso e depois voltei a ganhar um pouco de peso	42	35,9	10	37,0
Não atingi a perda de peso desejada	28	23,9	7	25,9
Atingi a perda de peso e depois voltei a ganhar muito peso	24	20,5	6	22,2
Atingi a perda de peso e mantive o peso perdido	20	17,1	4	14,8
Atingi a perda de peso e continuo perdendo peso	3	2,6	-	-
Cirurgia reparadora				
Pretendo realizar	52	44,4	7	25,9
Já realizei	35	29,9	11	40,7
Não realizei e não pretendo realizar essa cirurgia	27	23,1	8	29,6
Não conheço essa cirurgia	3	2,6	1	3,7

A maioria dos participantes do Estudo I ( $n=117$ ) realizou o método cirúrgico *Bypass* Gástrico (82,9%) em serviço particular de saúde, contratado por convênio médico (78,6%). Além do médico, os principais profissionais da saúde consultados tanto no pré quanto no pós-operatório foram psicólogos e nutricionistas. As informações autorreferidas em termos de perda de peso apontaram que 56,4% dos participantes tiveram ganho de peso após o período pós-cirúrgico aqui considerado. Sobre a cirurgia reparadora, 44,4% pretendem realizá-la com finalidade estética.

As características dos participantes do Estudo II ( $n=27$ ) replicam os dados obtidos no Estudo I nas atuais variáveis em foco. A maioria dos participantes realizou o método cirúrgico *Bypass* Gástrico (81,5%) em serviço particular de saúde, utilizando convênio médico (85,2%). Os principais profissionais da saúde consultados no pré e pós-operatório foram psicólogos e nutricionistas. Dentre os participantes do Estudo II ( $n=27$ ), 59,2% relataram ganho de peso pós-cirúrgico. Quanto à cirurgia reparadora, a maioria dessa amostra já realizou esse outro procedimento cirúrgico (40,7%).

O tempo de pós-operatório bariátrico dos participantes do Estudo I e II encontra-se apresentado de forma didática na Figura 8. Nota-se grande variabilidade nessa variável.



**Figura 4.** Caracterização da amostra do Estudo I ( $n = 117$ ) e do Estudo II ( $n = 27$ ) quanto ao tempo de cirurgia bariátrica em anos.

Com relação ao tempo de pós-operatório, a maioria dos respondentes do Estudo I ( $n=177$ ) estão entre dois e três anos de cirurgia (21,4%). Nota-se que a grande concentração dos respondentes está em até sete anos de realização da cirurgia (70,1%). Há um participante com pós-operatório de 23 anos. No Estudo II ( $n=27$ ) a maioria dos respondentes também se encontrava entre dois e três anos de pós-operatório (18,5%), com grande concentração da amostra (74,1%) com até oito anos de cirurgia. O participante com pós-operatório de 23 anos também participou do Estudo II.

#### 4.4. Materiais

Em função do método e dos objetivos deste trabalho foram necessários recursos computacionais para elaboração do formulário on-line para coleta de dados, para aplicação do método projetivo de avaliação psicológica, para elaboração do banco de dados e para as análises estatísticas. Os participantes que concordaram com os termos do estudo foram individualmente avaliados por instrumentos de avaliação psicológica específicos, voltados aos objetivos delineados.

##### 4.4.1. Para o Estudo I

a) *Questionário de Dados Pessoais e de Saúde* (APÊNDICE B): questionário contendo perguntas relacionadas a dados pessoais e de saúde do participante, referentes à data da realização da cirurgia e ao histórico do peso no período pós-operatório.

b) *Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB*: consiste em um instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2021) para classificar a condição econômica de núcleos familiares brasileiros com base no seu poder de compra, a partir da identificação da quantidade de bens de consumo, do grau de instrução do chefe da família, e as condições do domicílio. A classificação é realizada a partir da soma dos pontos, considerando as seis diferentes classes: A (45 - 100 pontos), B1 (38 - 44 pontos), B2 (29 - 37 pontos), C1 (23 - 28 pontos), C2 (17 - 22 pontos), D – E (0 - 16 pontos). Quanto mais pontos, mais elevado o nível econômico. Desta forma, nível A é o mais elevado em termos econômicos e nível D-E é o mais reduzido.

c) *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*: instrumento de rastreio de indicadores relativos à saúde mental desenvolvido pela OMS (1994) que objetiva identificar sintomas de transtorno mental não psicótico (Santos, Araújo, Pinho & Silva, 2010). É composto por 20 itens com descrição de sintomas psicológicos em que o respondente assinala sua experiência dos itens nos últimos 30 dias, atribuindo-se 1 ponto para “sim” ou zero pontos para “não”. A soma desses pontos será a nota final no instrumento, sendo que pontuação igual ou superior a sete pontos sinaliza transtorno mental. Foi validado e padronizado no Brasil por Santos, Araújo e Oliveira (2009). No presente estudo (Estudo I), a escala apresentou ótimos índices de confiabilidade, com *alpha de Cronbach* de 0,904.

d) *Escala de Medo da COVID-19*: escala que avalia sintomas de medo da COVID-19 a partir do seu nível de concordância com as afirmações relativas a receios e medos

relacionados à COVID, usando uma escala *Likert* de cinco pontos (1-5) variando de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). O escore total é calculado a partir da soma dos escores em cada item, sendo que quanto mais alto o escore obtido, maior o medo do coronavírus (Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths & Pakpour, 2020). A escala foi traduzida e validada no Brasil por Faro, Silva, Nunes e Feitosa (2020). As características psicométricas da versão brasileira foram estudadas por Silva, Brito, Dantas e Simeão (2020) por meio de dois estudos. Identificaram no primeiro estudo, por meio de uma análise fatorial exploratória, uma estrutura unifatorial e fidedigna ( $\alpha=0,85$ ), reafirmada pelo segundo estudo com análise fatorial confirmatória ( $\alpha=0,87$ ). Além disso, encontraram evidências de validade convergente-discriminante, assim como equivalência da medida em relação ao gênero. No atual estudo (Estudo I), o índice de confiabilidade *alpha de Cronbach* foi de 0,856, indicando excelente precisão do instrumento.

e) *Questionário sobre a saúde do paciente (Patient Health Questionnaire - PHQ-9)*: o instrumento avalia a presença de sintomas de depressão maior e sua gravidade nas duas últimas semanas de vida do indivíduo. É composto por nove itens pontuados por escala *Likert* de quatro pontos variando de 0 a 3, sendo 0 “nenhuma vez” e 3 “quase todos os dias”. A soma dos pontos resulta no escore total que indica a presença de possível episódio de depressão. O questionário também conta com uma décima pergunta referente à intensidade da interferência desses sintomas, se presentes, na vida diária. O instrumento tem indicadores de validade no Brasil a partir de estudo realizado por Osório, Mendes, Crippa e Loureiro (2009) que indica um escore de corte igual ou superior a 10 como o mais adequado para o rastreamento de episódio depressivo maior. Já a análise de Santos et al. (2013) identificou o ponto de corte  $> 9$  como de máxima sensibilidade (77,5%; 61,5-89,2) e especificidade (86,7%; 83,0-89,9) para a população geral brasileira. Para a amostra avaliada neste estudo (Estudo I), o *alpha de Cronbach* foi de 0,935, e sinalizou excelente confiabilidade para avaliação dos sintomas.

f) *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*: o instrumento avalia a presença e a intensidade de sintomas de ansiedade na última semana de vida, sendo composto por 21 itens em escala do tipo *Likert* variando de 0 a 3, sendo 0 “absolutamente não me incomodou” e 3 “gravemente, difícil de suportar”. A soma dos escores de cada item indica o nível dos sintomas de ansiedade. Os escores finais podem indicar ausência ou ansiedade leve (0 a 19 pontos), ansiedade moderada (20 a 30 pontos) e grave ansiedade (acima de 31 pontos). A adaptação brasileira do instrumento apresentou índices adequados de precisão no Brasil (Cunha, 2001). No atual estudo o índice de confiabilidade indicou excelente precisão (*alpha de Cronbach* = 0,959), a partir dos achados do Estudo I.

g) *Eating Pathology Symptoms Scale (EPSI)*: o instrumento avalia a presença de psicopatologia alimentar. É composto de 45 itens com afirmações sobre sintomas de psicopatologia alimentar relacionado a oito dimensões: insatisfação corporal, compulsão alimentar, restrição cognitiva, purgação, restrição, exercício em excesso, atitudes negativas em relação à obesidade, e muscularidade. A frequência com que o respondente vivencia os sintomas é classificada em escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 0 a 4, sendo 0 “nunca” e 4 “muito frequentemente”. O instrumento foi desenvolvido e validado por Forbush et al. (2013). A tradução e validação no Brasil estão em estudo, com informações preliminares a respeito de sua precisão e validade para o nosso contexto. O *alpha* de *Cronbach* na amostra do atual estudo (Estudo I) indicou indicadores adequados de confiabilidade para a escala total ( $\alpha = 0,9$ ). O índice de confiabilidade foi adequado para todas as subescalas, com valores variando entre 0,660 (muscularidade) a 0,927 (compulsão alimentar).

h) *Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)*: instrumento de identificação e classificação do nível de compulsão alimentar. A escala é composta de 16 itens descritivos de sintomas de compulsão alimentar em formato do tipo *Likert* (variando de 0 a 3), sendo o resultado expresso pela soma dos pontos obtidos. O nível de compulsão alimentar é classificado em: sem compulsão (pontuação menor ou igual a 17), compulsão moderada (pontuação entre 18 e 26) e compulsão grave (pontuação maior ou igual a 27) (Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982). A escala foi traduzida e adaptada para o português por Freitas, Lopes, Coutinho e Appolinario (2001), com adequada qualidade psicométrica para uso no Brasil. No presente estudo, a escala indicou elevados índices de confiabilidade, com *alpha* de *Cronbach* de 0,929, conforme achados empíricos do Estudo I.

i) *Inventário de Personalidade para o DSM-5 - Versão Breve (PID-5-BF)*: o instrumento avalia a presença e a severidade de traços mal adaptativos ou patológicos da personalidade de acordo com o DSM-5, auxiliando o diagnóstico dos transtornos da personalidade. Consiste em um questionário de autorrelato composto por 220 itens (em sua versão completa) em escala do tipo *Likert* de 0 a 3, sendo 0 “muito falso ou frequentemente falso” e 3 “muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro” (Krueger, 2013). A versão breve consiste em 25 itens com escala *Likert* de quatro pontos variando de 0 a 3, sendo 0 “nunca” e 3 “sempre”, medindo cinco traços patológicos da personalidade: afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo. A versão breve foi traduzida e

adaptada culturalmente para o contexto brasileiro por Zatti et al. (2020). Na presente amostra (Estudo I), o *alpha de Cronbach* de 0,906 indicou excelentes níveis de precisão.

#### 4.4.2. Para o Estudo II

a) *Método de Rorschach (Sistema R-PAS, versão informatizada)*: instrumento projetivo de avaliação psicológica, sendo referência para avaliação da personalidade. Utiliza 10 cartões com manchas de tinta, solicitando-se que o respondente verbalize com o que as manchas se parecem para ele. Responder a esses estímulos relativamente ambíguos fornece ao indivíduo um contexto estruturado no qual comportamentos verbais e não verbais representam sua maneira típica de perceber, pensar e responder ao ambiente, revelando suas habilidades de resolução de problemas. Existem diversos sistemas interpretativos do Rorschach, sendo que foi utilizado no presente estudo os métodos de padronização para administração e correção do Sistema R-PAS (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017), permitindo análise de variáveis do funcionamento cognitivo e afetivo da personalidade, representadas por cerca de 50 indicadores técnicos. As pontuações do R-PAS relevantes para interpretação fornecem características gerais da personalidade do respondente em quatro dimensões: *Engajamento e Processamento Cognitivo, Percepção e Pensamento, Stress e Distress e Representação de Si e dos Outros*. As pontuações brutas são normalizadas para uma média de 100 e um desvio padrão de 15 pontos, representando o desempenho individual em comparação com os valores normativos de referência internacional do método R-PAS. As pontuações são organizadas em duas páginas no protocolo interpretativo do R-PAS: A Página 1 contém as variáveis de maior evidência empírica, e a Página 2 contém as variáveis de menor evidência empírica. Esse sistema avaliativo encontra-se com parecer favorável para uso no Brasil, em sua versão tradicional, pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia, com adequadas evidências de qualidade psicométrica.

A sua versão informatizada, que foi utilizada na presente pesquisa, foi disponibilizada por meio de parceria institucional com o grupo internacional de pesquisas que desenvolveu o aplicativo do R-PAS, com autorização dos autores responsáveis, possibilitando o uso da ferramenta para avaliação remota, a partir da necessidade imposta de distanciamento social que se configurou no início de 2020 com a pandemia de COVID-19. Desta forma, tratou-se de uma versão experimental na interface digitalizada do Método de Rorschach R-PAS, com estudos de validação em andamento. Todavia, a possibilidade de uso dessa ferramenta remota

viabilizou a continuidade das pesquisas utilizando o método, sem incorrer em riscos adicionais à saúde para a avaliação dos pacientes e para os pesquisadores envolvidos.

A análise de confiabilidade desse instrumento foi realizada a partir da correlação intraclasse (*Intraclass Correlation*, ICC) dos escores padronizados, a partir da codificação de 15 dos 27 protocolos (55,0%) da amostra por avaliadores independentes. Os resultados revelaram que o ICC variou de 0,08 (Dd%) a 1,0 (Pr), com confiabilidade média de 0,79 (DP=0,20). Usando os valores sugeridos por Cicchetti (1994) como parâmetro para interpretação dos valores de ICC, das 60 variáveis do sumário de resultados do R-PAS, 43 apresentaram excelentes valores de confiabilidade (ICC > 0,74), seis apresentaram bons índices de confiabilidade (ICC > 0,60), sete revelaram valores aceitáveis (ICC >0,40) e duas apresentaram baixos índices de confiabilidade (ICC ≤ 0,40). Foram elas: percentual de respostas de detalhe incomum (Dd%) (ICC = 0,08) e proporção de respostas de movimento passivo e ativo ( $p/(a+p)$ ) (ICC = 0,08). Devido à baixa concordância entre os avaliadores, recomenda-se cautela na interpretação dos achados referentes a essas variáveis.

## **4.5. Procedimentos**

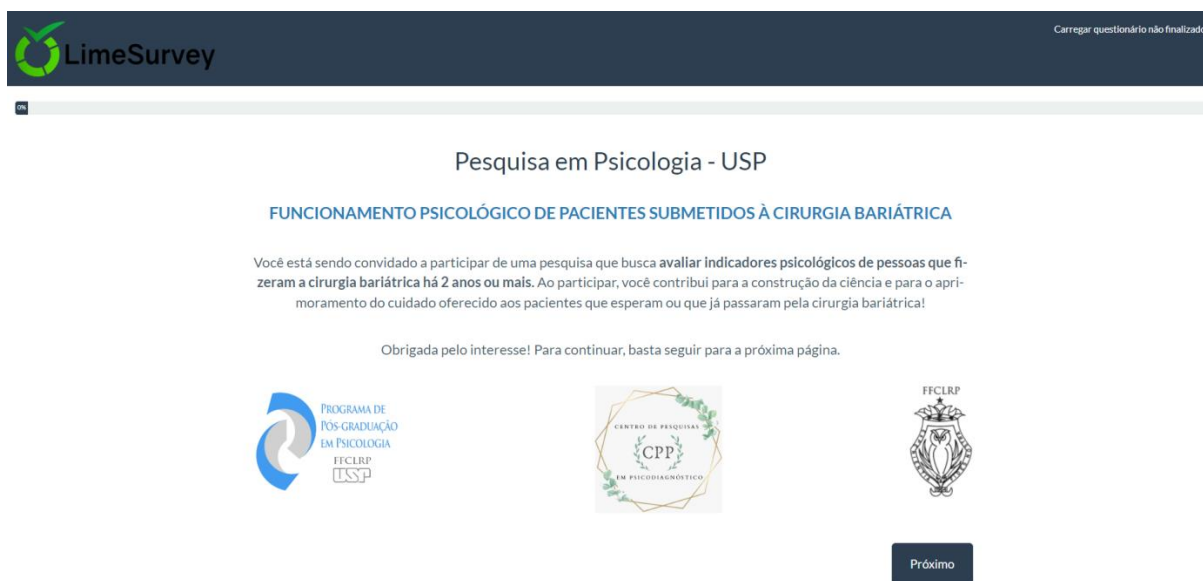
### **4.5.1. Coleta de dados**

O processo de coleta de dados foi iniciado após análise e aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, como informado. A seleção dos participantes seguiu os critérios previamente definidos.

Indivíduos que foram submetidos a cirurgia bariátrica e se encontravam em período pós-cirúrgico a partir de 24 meses após a realização do procedimento foram convidados a participar do estudo por meio de divulgação em grupos de apoio de redes sociais (APÊNDICE C), e por convites feitos pela rede social da pesquisadora. Frente ao interesse, os participantes acessaram o formulário on-line por meio de *link* disponibilizado na divulgação da pesquisa. Inicialmente, tiveram acesso ao TCLE, onde os objetivos e procedimentos do estudo foram informados. Mediante concordância, acessaram as próximas etapas do formulário on-line com os instrumentos referentes ao Estudo I desta pesquisa para serem respondidos.

Para essa primeira etapa da pesquisa, a plataforma utilizada foi o *LimeSurvey*, considerando a segurança oferecida para os dados fornecidos pelo participante. Os instrumentos de avaliação psicológica previstos no Estudo I foram organizados na plataforma

para formulários de pesquisa *LimeSurvey* (<https://limesurvey.ffclrp.usp.br/index.php?r=survey/index&sid=8&newtest=Y&lang=pt-BR>), na seguinte ordem, com as instruções técnicas de cada instrumento: Questionário de dados pessoais e de saúde, Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), *Fear of Coronavirus-19 Scale*, Questionário sobre a Saúde do paciente (PHQ-9), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), *Eating Pathology Symptoms Scale* (EPSI), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e Inventário de Personalidade para o DSM-5 - Versão Breve (PID-5-BF). O tempo estimado foi de 30 minutos para responder aos instrumentos. A imagem da tela do primeiro instrumento pode ser visualizada no APÊNDICE D. A Figura 5 exemplifica a tela inicial que o participante encontrou ao clicar no *link*.



**Figura 5.** Tela inicial da plataforma on-line do Estudo I.

Ao final de suas respostas aos instrumentos, os participantes foram convidados a deixar informações de contato (e-mail e telefone com *WhatsApp*) caso demonstrassem interesse e disponibilidade em participar do Estudo II. O contato com os participantes que manifestaram interesse no Estudo II respeitou a ordem de resposta ao Estudo I e sua manifestação de interesse.

No contato telefônico com a pesquisadora responsável, os voluntários foram indagados acerca da disponibilidade de um computador ou *tablet*, acesso à internet e ambiente adequado (silencioso e sem interrupção externa) para garantir sua participação no Estudo II da pesquisa. Nos casos positivos, foi agendada data e horário para realização de



chamada de vídeo conferência da pesquisadora com o participante por meio da plataforma *Google Meet* (considerando a segurança das informações fornecidas pela plataforma e o acesso sem limite de horário para o domínio USP).

No Estudo II o processo de coleta de dados envolveu a aplicação do método projetivo de Rorschach com auxílio de aplicativo, ainda em fase de estudos, desenvolvido para coleta on-line, autorizado e gentilmente cedido pela Profa. Dra. Giselle Pianowski (Universidade São Francisco) e seu grupo de pesquisa para este trabalho. Para utilizar este recurso a pesquisadora passou por treinamento específico do Grupo Internacional do R-PAS, realizando exame e certificação para aplicação do Rorschach por meio deste sistema, em modalidade on-line, a partir do aplicativo desenvolvido pelo grupo de pesquisas (<https://r-pas.org/>).

Na chamada de vídeo conferência com o participante, inicialmente, foram retomados e esclarecidos os objetivos da pesquisa do Estudo II, os procedimentos de avaliação e questionado ao participante sobre possíveis intercorrências no período pós-cirúrgico (necessidade de outras cirurgias, gravidez, divórcio, perdas de entes queridos, enfrentamento da pandemia, entre outros). Foi então iniciada a administração do método projetivo Rorschach R-PAS por meio do compartilhamento da tela da pesquisadora. Para tanto, foi utilizado aplicativo desenvolvido para coleta on-line do Método de Rorschach pelo sistema R-PAS, onde o participante conseguia realizar, remotamente, os procedimentos necessários para visualizar os estímulos e falar suas interpretações a cada cartão deste instrumento.

A aplicação do R-PAS, referente ao Estudo II, foi realizada de forma individual, e o instrumento aplicado pela própria pesquisadora, em sessão com duração aproximada de 60 minutos. Os participantes foram instruídos a garantir condições de privacidade e adequado cuidado com o local para realização das atividades, sem interferência de estímulos externos ou interrupções. O ritmo das atividades nos dois estudos da pesquisa foi conduzido pelo respondente, respeitando-se suas condições de saúde e socioemocionais.

#### **4.5.2. Análise dos dados**

Os dados referentes aos instrumentos aplicados no Estudo I (on-line) foram obtidos por meio da plataforma *LimeSurvey*. Esse sistema foi alocado nos servidores da FFCLRP-USP, fazendo uso de banco de dados local, com acesso limitado. O *LimeSurvey* consiste em sistema *open-source* para coleta de dados, bem auditado, sendo um projeto em uso desde 2003. O serviço possui SSL ativo com tráfego de dados criptografado. Para a instalação e

configuração foram seguidas as recomendações do fabricante (Schmitz, 2022). Os usuários pesquisadores só podem acessar seus próprios questionários, ou seja, o sistema permite o isolamento para evitar que um pesquisador tenha acesso aos dados de outros pesquisadores.

Os dados obtidos por meio do Estudo II foram armazenados na plataforma oficial do R-PAS. Além da própria pesquisadora, os dados podem ser acessados por demais pesquisadores do grupo R-PAS para a validação do instrumento no formato on-line. Os demais dados e protocolos gerados durante a coleta de dados (planilhas exportadas das plataformas, folha de localização dos protocolos do Rorschach) foram armazenados em computador e HD externo próprios da pesquisadora e do seu laboratório de pesquisa. Não foi utilizada nenhuma plataforma de “nuvem” da internet ou de compartilhamento de dados, de forma a assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa.

Os dados foram analisados segundo as normas técnicas/especificações contidas nos respectivos manuais ou estudos de padronização de cada instrumento avaliativo. Suas variáveis foram classificadas para cada caso individual e depois sistematizadas e organizadas em banco de dados computacional por meio de planilhas do *Microsoft Excel*. Os dados foram analisados utilizando-se do *software* estatístico SPSS (versão 28.0).

Frente aos objetivos delineados para esta investigação, foram realizadas análises descritivas (frequências para variáveis categóricas, médias e desvios-padrão para variáveis discretas) dos múltiplos resultados, envolvendo variáveis sociodemográficas e de saúde da amostra, bem como as variáveis dos diferentes instrumentos de avaliação psicológica utilizados. A precisão das medidas foi avaliada por meio do *alpha de Cronbach* para os instrumentos de autorrelato (Estudo I), e do índice de correlação interclasse para o R-PAS (Estudo II).

Para o Estudo I testou-se a normalidade da distribuição dos resultados com análises de assimetria e curtose, constatando-se a não normalidade dos dados para todas as variáveis. Diante desse achado, recorreu-se a transformação de raiz quadrada para obter valores normalizados dos resultados obtidos com estes instrumentos (Tabachnick & Fidell, 2019), obtendo-se a correção das variáveis. Os dados do Estudo II, por sua vez, mostraram-se compatíveis com distribuição normal, com exceção das variáveis SevCog, SR, M-, C e CBlend do R-PAS. Frente a não-correção dessas variáveis pela transformação de raiz quadrada (Tabachnick & Fidell, 2019), optou-se por utilizar análises não paramétricas de correlação com as variáveis do R-PAS cuja distribuição não atendia aos parâmetros de normalidade.

Para a interpretação dos dados da EPSI, análises de comparação por meio do teste *t de Student* foram realizadas para cada um de seus domínios entre os valores da amostra e os valores de referência do estudo de Coniglio et al. (2018), uma vez que não existem estudos para classificação clínica dos escores para a população brasileira. Foram calculados os tamanhos de efeito dessas possíveis diferenças entre os resultados (*d de Cohen*). Para verificar eventual relação entre variáveis dos instrumentos aplicados nos estudos, recorreu-se ao procedimento de correlação de *Pearson* para as variáveis com distribuição normal, e o teste não paramétrico *Rhô de Spearman* para as variáveis cuja distorção não foi corrigida por meio da transformação de raiz quadrada.



## 5. RESULTADOS

A pesquisa teve como objetivo geral avaliar indicadores de psicopatologia e o funcionamento lógico e afetivo no pós-cirúrgico tardio, ou seja, a partir de 24 meses de pós-operatório, em indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica. Utilizou-se, para tanto, instrumentos de avaliação clínica de sintomas psiquiátricos (SRQ-20, PHQ-9, BAI, ECAP, EPSI, PID-5-BF, Escala de Medo da COVID-19) e um método projetivo (Método de Rorschach), configurando investigação científica com abordagem multimétodo dentro do contexto da avaliação psicológica, o que aumenta o seu poder informativo para a compreensão dos fenômenos investigados. Os resultados serão apresentados a seguir, respeitando a ordem dos objetivos propostos.

### 5.1. **Estudo I**

#### 5.1.1. Indicadores de Saúde Mental

O Estudo I investigou 117 indivíduos, de ambos os sexos, submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos 24 meses, acerca da presença de indicadores de psicopatologia. Buscou-se descrever e identificar a presença de sintomas clínicos relativos à saúde mental geral (SRQ-20), depressão (PHQ-9), ansiedade (BAI), compulsão alimentar (ECAP), psicopatologia alimentar (EPSI), traços patológicos da personalidade (PID-5-BF) e de medo da COVID-19 (Escala de Medo da COVID-19), por meio de escalas de autorrelato. Procurou-se também verificar possível relação entre os indicadores das escalas citadas acima com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso. As informações relativas a esses indicadores estão apresentadas na Tabela 8.

**Tabela 8.** *Análise estatística descritiva de sintomas psiquiátricos para o Estudo I (n =117).*

Instrumento avaliativo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Classificação
SRQ-20	8,2	5,6	Clínico
PHQ-9	11,0	8,0	Clínico
BAI	16,9	14,4	Leve
ECAP	16,0	11,3	Sem compulsão
PID-5-BF			
Total	1,0	0,5	Pouco

Afetividade Negativa	2,0	0,7	Moderado
Desprendimento	1,0	0,7	Pouco
Antagonismo	1,0	0,5	Pouco
Desinibição	1,0	0,7	Pouco
Psicoticismo	1,0	0,6	Pouco
Escala de Medo da COVID-19	20,8	5,6	Moderado

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão.

Em termos gerais, o grupo do Estudo I ( $n=117$ ) apresentou, na média, presença de níveis clínicos de psicopatologia relacionada a transtornos mentais não psicóticos, e de sintomas depressivos, níveis leves de ansiedade e moderado medo da COVID-19. Na média, a amostra não apresentou indicadores de compulsão alimentar ou de traços patológicos da personalidade. No entanto, apresentou indicativos moderados de afetividade negativa, ou seja, experiência frequente e intensa de emoções negativas.

Outra maneira de examinar os dados das escalas de autorrelato sobre sintomas psiquiátricos focaliza a classificação de seus resultados a partir da respectiva nota de corte dos instrumentos, conforme descrito no método. Esses dados foram organizados e estão apresentados na Tabela 9.

**Tabela 9.** *Classificação dos resultados de sintomas psiquiátricos para o Estudo I ( $n=117$ ).*

Instrumento e Classificação	<i>n</i>	%
SRQ-20		
Clínico	66	56,4
Não clínico	51	43,6
PHQ-9		
Níveis clínicos de depressão	56	47,9
Níveis subclínicos de depressão	56	47,9
Ausência de depressão	5	4,3
BAI		
Ausência ou ansiedade leve	77	65,8
Ansiedade moderada	18	15,4
Grave ansiedade	22	18,8
ECAP		
Sem compulsão alimentar	73	62,4
Moderada compulsão alimentar	21	17,9
Grave compulsão alimentar	23	19,7
PID-5-BF		
Total	Nada	24
		20,5

	Pouco	77	65,8
	Moderadamente	16	13,7
	Muito	-	-
Afetividade Negativa	Nada	10	8,5
	Pouco	48	41,0
	Moderadamente	48	41,0
	Muito	11	9,4
Desprendimento	Nada	32	27,4
	Pouco	58	49,6
	Moderadamente	21	17,9
	Muito	6	5,1
Antagonismo	Nada	61	52,1
	Pouco	50	42,7
	Moderadamente	6	5,1
	Muito	-	-
Desinibição	Nada	38	32,5
	Pouco	50	42,7
	Moderadamente	23	19,7
	Muito	6	5,1
Psicoticismo	Nada	60	51,3
	Pouco	44	37,6
	Moderadamente	11	9,4
	Muito	2	1,7
Escala de Medo da COVID-19			
	Pouco	44	37,6
	Moderado	53	45,3
	Muito	20	17,1

Pode-se observar que a maioria dos participantes se enquadraram como caso suspeito de transtornos mentais comuns no SRQ-20 (56,4%); com níveis clínicos e subclínicos de sintomas de depressão no PHQ-9 (95,8%); com ansiedade leve ou ausência de sintomas ansiosos no BAI (65,8%); sem compulsão alimentar na ECAP (62,4%); com pouco ou nenhum traço patológico da personalidade (86,3%) e pouca ou moderada afetividade negativa no PID-5-BF (82,0%). Apresentaram moderado medo da COVID-19 (45,3%) ou mesmo pouco medo (37,6%), com reduzidos casos de medo exacerbado (17,1%).

Visto que a EPSI não possui notas de corte e classificação estabelecidas por estudos prévios, realizou-se comparação estatística entre os resultados obtidos nessa pesquisa e os resultados do estudo de Coniglio et al. (2018) com uma amostra não clínica da comunidade dos Estados Unidos da América (EUA). Seus participantes tinham idade média de 37,2

( $\pm 10,9$ ) anos e IMC médio de 28,4 ( $\pm 7,7$ ), sendo 174 homens e 166 mulheres. Esses dados estão apresentados na Tabela 10.

**Tabela 10.** Resultados e comparação estatística dos escores da EPSI no Estudo I ( $n=117$ ) com valores de referência de Coniglio et al. (2018).

<i>Eating Pathology Symptoms Scale</i> (EPSI)	Estudo I ( $n=117$ )		Norma ( $n=341$ )		Comparação estatística*		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Insatisfação Corporal	14,3	7,1	10,3	7,6	6,126	<,001	,57
Compulsão Alimentar	12,9	8,4	7,8	6,6	6,575	<,001	,61
Restrição Cognitiva	5,4	2,5	5,0	3,1	1,677	,096	,15
Purgação	5,7	5,7	2,0	4,0	7,046	<,001	,65
Restrições	11,4	4,9	4,8	4,8	14,459	<,001	1,3
Exercício Excessivo	5,9	4,1	5,2	4,9	1,721	,088	,16
Atitudes Negativas à Obesidade	6,6	4,7	6,3	5,1	,686	,494	,06
Ganho de Músculo	2,2	2,9	3,3	4,3	-4,011	<,001	-,37

Nota.  $p < ,05$  rejeita-se hipótese nula de igualdade e aceita-se hipótese alternativa de diferença significativa entre os grupos.

\*Teste  $t$  de uma amostra.

Pode-se notar diferenças importantes entre o grupo não clínico avaliado pelo estudo de Coniglio et al. (2018) e os achados da presente pesquisa. Houve diferenças estatisticamente significativas no tocante aos domínios: Insatisfação Corporal, Compulsão Alimentar, Purgação, Restrições e Ganho de Músculo, tendo a amostra do presente estudo apresentado maiores médias. No entanto, o domínio Ganho de Músculo apresentou tamanho de efeito fraco, enquanto os demais apresentaram tamanho de efeito moderado e forte.

As informações sobre as associações entre os achados das escalas de avaliação clínica e o tempo de pós-operatório e ganho de peso após a cirurgia constituem outra interessante análise. Estes resultados estão compilados na Tabela 11.



**Tabela 11.** Correlações entre os resultados das escalas de sintomas psiquiátricos, tempo de pós-operatório e reganho de peso para o Estudo I (n=117).

Variável	Tempo de pós-operatório	Reganho de peso
Tempo de pós-operatório	—	—
Reganho de peso	0,391**	—
SRQ-20	,077	,171
PHQ-9	,086	,279**
BAI	,052	,133
ECAP	,067	,379**
Escala de Medo da COVID-19	,079	,076
<b>EPSI</b>		
Insatisfação Corporal	,323**	,424**
Compulsão Alimentar	,076	,326**
Restrição Cognitiva	,172	-,026
Purgação	,121	,235*
Restrições	-,041	-,003
Exercício Excessivo	,020	-,018
Atitudes Negativas em relação à obesidade	,054	,211*
Ganho de Músculo	,101	-,071
<b>PID-5-BF</b>		
Total	,103	,234*
Afetividade Negativa	,074	,150
Desprendimento	,127	,234*
Antagonismo	,185*	,013
Desinibição	,006	,311**
Psicoticismo	,039	,137

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Em relação ao tempo de pós-operatório, emergiram correlações estatisticamente significativas e positivas entre essa variável e o reganho de peso, a insatisfação corporal na EPSI, e o antagonismo na PID-5-BF. Ou seja, quanto maior o tempo entre a cirurgia bariátrica e a atual avaliação, maior também o reganho de peso, o nível de insatisfação corporal e os comportamentos que colocam o indivíduo em conflito com os outros, por

exemplo, exagerada valorização de si, antipatia e insensibilidade. Considerando a força dessas associações, no entanto, todas apresentaram magnitude fraca.

Quanto ao reganho de peso, este apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com sintomas de depressão, presença de sintomas de compulsão alimentar, insatisfação corporal, purgação e atitudes negativas em relação à obesidade na EPSI, e traços patológicos da personalidade avaliados pela PID-5-BF, em especial desprendimento (evitação de interações interpessoais, experiência afetiva limitada e anedonia) e desinibição (procura de gratificação imediata, que origina comportamentos impulsivos sem consideração por aprendizagens passadas ou consequências futuras). Contudo, olhando para a força das associações, nota-se que todas tiveram fraca magnitude, com exceção da insatisfação corporal, de magnitude moderada, indicando que quanto maior o reganho de peso, maior também a insatisfação com o próprio corpo.

## 5.2. Estudo II

### 5.2.1. Indicadores de Saúde Mental

O Estudo II ( $n = 27$ ) teve como objetivo integrar os achados acerca dos indicadores de psicopatologia com informações acerca do funcionamento lógico e afetivo avaliado por meio de um método projetivo (Método de Rorschach), de um grupo retirado do Estudo I de pacientes no pós-cirúrgico tardio da cirurgia bariátrica. Além disso, buscou-se verificar a relação existente entre o tempo de pós-operatório, o reganho de peso e os indicadores do funcionamento lógico e afetivo obtidos por meio do Método de Rorschach (R-PAS on-line).

A Tabela 12 apresenta os resultados descritivos dos indicadores de psicopatologia para o grupo que compôs o Estudo II.

**Tabela 12.** *Análise estatística descritiva de sintomas psiquiátricos para o Estudo II ( $n=27$ ).*

Instrumento	<i>M</i>	<i>DP</i>	Classificação
SRQ-20	7,3	4,8	Clínico
PHQ-9	9,6	6,9	Subclínico
BAI	14,2	10,8	Leve
ECAP	18,6	11,5	Moderada
PID-5-BF			

Total	1,0	0,6	Pouco
Afetividade Negativa	1,0	0,8	Pouco
Desprendimento	1,0	0,9	Pouco
Antagonismo	1,0	0,5	Pouco
Desinibição	1,0	0,8	Pouco
Psicoticismo	1,0	0,7	Pouco
Escala de Medo da COVID-19	19,6	5,6	Moderado

*Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.*

A amostra do Estudo II ( $n=27$ ) apresentou resultados que, em sua maioria, refletem aqueles dos dados apresentados para o Estudo I. Houve algumas particularidades de achados no Estudo II, no entanto, com menores níveis de sintomas depressivos e a presença de níveis moderados de compulsão alimentar, além de não ter apresentado sinais de afetividade negativa.

Como anteriormente, procurou-se organizar os resultados das escalas de autorrelato da amostra do Estudo II em termos de classificação a partir de suas notas de corte presentes na literatura científica. Esses dados estão apresentados na Tabela 13.

**Tabela 13.** *Classificação dos resultados de sintomas psiquiátricos para o Estudo II ( $n=27$ ).*

Instrumento e Classificação	<i>n</i>	%	
<b>SRQ-20</b>			
Clínico	14	51,9	
Não clínico	13	48,1	
<b>PHQ-9</b>			
Níveis clínicos de depressão	10	37,0	
Níveis subclínicos de depressão	16	59,3	
Ausência de depressão	1	3,7	
<b>BAI</b>			
Ausência ou ansiedade leve	20	74,1	
Ansiedade moderada	4	14,8	
Grave ansiedade	3	11,1	
<b>ECAP</b>			
Sem compulsão alimentar	14	51,9	
Moderada compulsão alimentar	8	29,6	
Grave compulsão alimentar	5	18,5	
<b>PDI-5-BF</b>			
Total	Nada	8	29,6
	Pouco	16	59,3

	Moderadamente	3	11,1
	Muito	-	-
Afetividade	Nada	5	18,5
Negativa	Pouco	9	33,3
	Moderadamente	11	40,7
	Muito	2	7,4
Desprendimento	Nada	12	44,4
	Pouco	8	29,6
	Moderadamente	4	14,8
	Muito	3	11,1
Antagonismo	Nada	14	51,9
	Pouco	12	44,4
	Moderadamente	1	3,7
	Muito	-	-
Desinibição	Nada	10	37,0
	Pouco	10	37,0
	Moderadamente	5	18,5
	Muito	2	7,4
Psicoticismo	Nada	15	55,6
	Pouco	9	33,3
	Moderadamente	2	7,4
	Muito	1	3,7
Escala de Medo da COVID-19			
	Pouco	10	37,0
	Moderado	14	51,9
	Muito	3	11,1

A maior parte da amostra do Estudo II (51,9%) se enquadrou como caso suspeito de algum transtorno mental, com níveis subclínicos (59,3%) e clínicos (37,0%) de sintomas depressivos. A ansiedade pareceu leve ou ausente em 74,1% dos casos. A maior parte da amostra não apresentou compulsão alimentar (51,9%), predominando poucos traços patológicos da personalidade (59,3%). Sobre os domínios da PID-5-BF, afetividade negativa foi o único em que grande parte da amostra (40,7%) apresentou traços moderados. Quando ao medo da COVID-19, mais da metade da amostra (51,9%) apresentou medo moderado, enquanto 37,0% referiram pouco medo.

Em relação a EPSI, também foi realizado para o Estudo II a comparação entre os escores obtidos e os resultados normativos do estudo de Coniglio et al. (2018), com amostra não clínica no contexto dos Estados Unidos. Os achados compõem a Tabela 14.

**Tabela 14.** Comparação dos escores da EPSI no Estudo II ( $n=27$ ) com valores de referência de Coniglio et al. (2018).

Eating Pathology Symptoms Scale (EPSI)	Estudo II ( $n=27$ )		Norma ( $n=341$ )		Comparação estatística*		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Insatisfação Corporal	13,5	7,1	10,3	7,6	2,354	,026	,45
Compulsão Alimentar	13,4	6,8	7,8	6,6	4,253	<,001	,82
Restrição Cognitiva	5,8	2,5	5,0	3,1	1,706	,100	,33
Purgação	5,7	5,6	2,0	4,0	3,393	,002	,65
Restrições	9,0	3,2	4,8	4,8	6,871	<,001	1,32
Exercício Excessivo	6,8	4,2	5,2	4,9	1,999	,056	,38
Atitudes Negativas à obesidade	7,3	4,0	6,3	5,1	1,326	,196	,25
Ganho de Músculo	3,0	3,9	3,3	4,3	-0,354	,726	-,07

Nota:  $p < ,05$  rejeita-se hipótese nula de igualdade e aceita-se hipótese alternativa de diferença entre os grupos.

\*Teste *t* de uma amostra.

Os achados dessa análise comparativa entre os escores apontaram diferenças estatisticamente significativas para os domínios: Insatisfação Corporal, Compulsão Alimentar, Purgação e Restrições, com médias maiores na amostra do Estudo II ( $n=27$ ). Novamente, como esperado, em relação a amostra do Estudo I, a amostra do Estudo II só não repetiu maiores médias de ganho de músculo, quando comparado com a amostra normativa.

Ao considerar o tamanho de efeito, os domínios Insatisfação Corporal e Purgação apresentaram magnitude moderada e os domínios Compulsão Alimentar e Restrições apresentaram magnitude forte. Ou seja, os pacientes que realizaram cirurgia bariátrica apresentaram, no período de pós-cirúrgico longo, maior insatisfação corporal, compulsão alimentar e comportamentos de purgação e de restrições alimentares.

### 5.2.2. Funcionamento Lógico e Afetivo

O Estudo II teve como objetivo específico descrever as características do funcionamento lógico e afetivo da amostra e verificar a relação dessas características com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso, como exposto a seguir. A Tabela 15 ilustra os escores padronizados obtidos pelos 27 indivíduos avaliados para as variáveis das páginas 1 e 2 do Método de Rorschach pelo sistema R-PAS, com aplicação on-line.

**Tabela 15.** Estatísticas descritivas dos escores padronizados das variáveis do Rorschach (R-PAS).

<i>Domínio</i>	Variável	N	Mín	Max	M	DP
<b><i>Comportamento e observações na aplicação</i></b>						
<i>Página 1</i>	Pr	27	89	127	100,6	11,1
	Pu	27	96	125	103,3	10,8
	CT	27	86	115	87,6	6,1
<b><i>Engajamento e Processamento Cognitivo</i></b>						
<i>Página 1</i>	Complexity	27	70	115	91,0	11,7
	R	27	88	117	99,5	9,2
	F%	27	75	136	109,6	13,8
	Blend	27	73	114	87,0	12,6
	Sy	27	64	117	90,7	12,8
	MC	27	59	117	90,8	14,7
	MC-PPD	27	66	138	102,8	13,5
	M	27	71	129	97,8	15,6
	M/MC	22	69	135	109,9	18,1
	CF+C/SumC	10	75	126	98,2	18,3
<i>Página 2</i>	W%	27	69	130	96,4	14,9
	Dd%	27	75	119	91,6	11,5
	SI	27	74	111	83,5	9,7
	IntCont	27	81	116	87,7	8,8
	Vg%	27	86	112	92,1	9,9
	V	27	92	119	95,5	7,7
	FD	27	88	115	96,5	9,4
	R8910%	27	74	117	93,8	10,5
	WSumC	27	70	114	86,7	12,2
	C	27	95	130	98,4	8,8
	Mp/(Ma+Mp)	18	75	113	90,2	12,9
<b><i>Problemas de Percepção e Pensamento</i></b>						
<i>Página 1</i>	EII-3	27	71	143	100,2	15,2
	TP-Comp	27	75	142	103,3	14,8
	WSumCog	27	79	135	98,7	12,7
	SevCog	27	94	131	96,1	7,9
	FQ-%	27	78	143	108,8	15,4
	WD-%	27	82	134	106,8	16,4
	FQo%	27	83	130	99,9	11,3
	P	27	73	138	103,4	16,2
<i>Página 2</i>	FQu%	27	64	110	96,1	10,3
<b><i>Estresse e Distress</i></b>						
<i>Página 1</i>	m	27	84	125	95,3	10,2
	Y	27	85	133	103	11,8

	MOR	27	86	127	99,9	13,3
	SC-Comp	27	65	127	87,3	13,4
<i>Página 2</i>	PPD	27	67	125	90,3	13,4
	YTVC	27	73	122	92,5	11,9
	CBlend	27	91	126	92,9	7,3
	C'	27	84	117	91,2	9,7
	CritCont%	27	70	140	102,3	14,9
<b><i>Representação de Si e dos Outros</i></b>						
<i>Página 1</i>	ODL%	27	74	123	91,6	13,3
	SR	27	87	113	90,0	7,7
	MAP/MAHP	3	92	118	109,3	15,0
	PHR/GPHR	23	75	124	95,0	13,4
	M-	27	95	143	98,5	10,9
	AGC	27	74	116	92,1	9,5
	V-Comp	27	62	113	92,3	13,5
	H	27	75	123	103,4	12,9
	COP	27	88	128	98,9	12,6
	MAH	27	90	116	97,3	9,6
<i>Página 2</i>	SumH	27	71	126	100,5	15,3
	NPH/SumH	23	79	115	95,4	8,3
	p/(a+p)	25	70	113	90,9	13,3
	AGM	27	93	141	99,8	12,8
	T	27	91	118	95,6	8,1
	PER	27	92	131	99,7	12,1
	An	27	85	145	112,8	13,8

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão; Mín = valor mínimo; Max = valor máximo.

Em relação ao *Comportamento e observações na aplicação*, nota-se um CT (rotações do cartão) um pouco rebaixado, ainda que dentro da média. Esse resultado pode sugerir baixa curiosidade e flexibilidade (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

O domínio do R-PAS relativo ao *Engajamento e Processamento Cognitivo* foi o que apresentou mais variáveis com escores padronizados distantes da média esperada. Na página 1, como um primeiro indicador importante, notou-se que a variável Complexidade, que revela o emprego de recursos psicológicos durante a tarefa, esteve dentro das expectativas normativas, indicando disponibilidade de recursos e investimento cognitivo na tarefa. Contudo, observou-se grande variabilidade quando observados os valores máximo e mínimo de Complexidade dos protocolos, revelando a existência de uma tendência dos casos desta amostra em direção à menor complexidade, com valor máximo dentro da média esperada. De modo inverso, o indicador F%, que indica a proporção de respostas de determinante Forma,

mostrou-se tendendo a valores mais elevados, ainda que dentro da média, sugerindo uma tendência a observar o ambiente de forma simplista, empregando menos atenção para aspectos sutis do entorno, e com uma atitude mais distante (formal e superficial) na tarefa proposta. Em concordância com esses achados, o indicador *Blend* (combinação de mais de um determinante numa mesma resposta) mostrou-se no limite inferior da média, corroborando a interpretação acerca de processamento mais simplista, marcado por ignorar oportunidades de atender à riqueza e à complexidade do ambiente. Por fim, a variável M/MC, que representa a proporção de respostas de movimento em relação às respostas que combinam movimento e cor, apresentou tendência a níveis aumentados em relação à expectativa normativa, indicando exercício de deliberação e ponderação, com capacidade para controle de reações impulsivas e da emotividade, o que revela recursos psicológicos amadurecidos (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

Em relação à página 2 do domínio de *Engajamento e Processamento Cognitivo*, o indicador SI (espaço branco integrado) apresentou escores abaixo da média normativa, sugerindo pensamento menos complexo e flexível, operação cognitiva mais simplista, com menor esforço atencional aos elementos do ambiente. Os indicadores IntCont (conteúdo intelectualizado) e WSumC (soma de respostas com determinante Cor) mostraram-se no limite médio inferior, sugerindo estilo de processamento da informação pouco intelectualizado e mais simplista, reatividade e vivacidade limitadas, menor disposição em processar e reagir à emoção e, por último, menor adaptação e força psicológica (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

No domínio de *Problemas de Percepção e Pensamento*, todos os indicadores se mostraram dentro das expectativas normativas, revelando adequação da percepção da realidade e do processamento cognitivo. No domínio *Estress e distress*, apenas indicador SC-Comp (Composto de Suicídio) revelou-se ligeiramente abaixo da média normativa, indicando ausência de indicadores de risco para suicídio (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

No domínio *Representação de Si e Outros*, todas as variáveis da página 1 se revelaram dentro das expectativas normativas. Na página 2, o indicador An (respostas de conteúdo Anatomia) mostrou tendência a elevação, indicando preocupações com o corpo, físicas ou médicas, e vulnerabilidade ou fragilidade em termos de imagem do corpo ou do mundo interno (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).



As informações acerca da força das associações entre as variáveis das páginas 1 e 2 do Método de Rorschach (R-PAS), o tempo de pós-operatório e o reganho de peso foram também compiladas. Estão apresentadas na Tabela 16.

**Tabela 16.** Correlações entre as variáveis do Método de Rorschach (R-PAS) com o tempo de pós-operatório e o reganho de peso (n=27).

Variáveis R-PAS	Tempo pós-operatório	Reganho
<i>Página 1</i>		
<i>Comportamento e observações na aplicação</i>		
Pr	-,078	,112
Pu	-,056	,015
CT	-,134	-,037
<i>Engajamento e Processamento Cognitivo</i>		
Complexity	-,191	-,212
R	,153	,041
F%	,221	,235
Blend	-,131	-,194
Sy	-,300	-,250
MC	-,341	-,269
MC-PPD	-,306	-,053
M	-,271	-,101
M/MC	-,053	,167
CF+C/SumC	,068	-,323
<i>Problemas de Percepção e Pensamento</i>		
EII-3	,350	,163
TP-Comp	,435*	,291
WSumCog	-,078	-,169
SevCog***	,046	-,034
FQ-%	,572**	,390*
WD-%	,483*	,384*
FQo%	-,509**	-,211
P	-,236	-,320
<i>Estresse e Distress</i>		
m	-,144	-,200
Y	-,190	-,199
MOR	-,048	-,176
SC-Comp	,217	-,070
<i>Representação de Si e dos Outros</i>		
ODL%	,042	,199
SR***	-,194	,002
MAP/MAHP	,256	,249
PHR/GPHR	,307	,007
M-***	-,026	,023
AGC	,126	-,157
V-Comp	-,365	-,287
H	-,176	-,260

COP	-,118	-,087
MAH	-,228	-,136
<i>Página 2</i>		
<i>Engajamento e Processamento Cognitivo</i>		
W%	,042	-,130
Dd%	,148	,133
SI	-,296	-,259
IntCont	-,084	-,146
Vg%	-,060	-,054
V	,490**	,338
FD	-,163	-,118
R8910%	-,072	-,010
WSumC	-,263	-,394*
C***	-,365	-,211
Mp/(Ma+Mp)	-,082	-,104
<i>Problemas de Percepção e Pensamento</i>		
FQu%	,024	-,108
<i>Estresse e Distress</i>		
PPD	,005	-,154
YTVC	-,034	-,204
CBlend***	,050	-,256
C'	,063	-,231
CritCont%	,049	,078
<i>Representação de Si e dos Outros</i>		
SumH	-,407*	-,345
NPH/SumH	,409*	,131
p/(a+p)	-,078	,119
AGM	,069	-,138
T	-,329	-,244
PER	,172	-,152
An	,200	,441*

Nota: \*A correlação é significativa no nível 0,05.

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01.

\*\*\*Correlação Rhô de Spearman.

Em relação à página 1 do R-PAS, quatro indicadores do domínio *Problemas de Percepção e Pensamento* estiveram associados com as variáveis examinadas (tempo de pós-operatório bariátrico e reganho de peso). O indicador TP-Comp, que avalia o teste de realidade e a desorganização do pensamento, mostrou-se associado positivamente e significativamente com o tempo de pós-operatório, com força de associação moderada. O indicador FQo% (medida do juízo convencional, enxergar o mundo como a maioria das pessoas enxergam) esteve negativamente associado com o tempo de pós-operatório, com magnitude moderada. Os indicadores FQ-% (medida de distorção da percepção) e WD-% (que indica distorção mais atípica e problemática) estiveram associados positiva e significativamente com o tempo de pós-operatório e com o reganho de peso. A correlação

com o tempo de cirurgia bariátrica atingiu magnitude moderada, enquanto a associação para o reganho de peso se mostrou fraca (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

Na página 2, no domínio de *Engajamento e Processamento Cognitivo*, a variável V, uma medida de atitude avaliativa e analítica que pode refletir em autoavaliação negativa e vivências depressivas, apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com o tempo de pós-operatório, atingindo magnitude moderada. E o indicador WSumC (medida de reatividade, vitalidade, vivacidade, adaptação e força psicológica) apresentou correlação negativa com o reganho de peso, porém com intensidade fraca. No domínio de *Representação de Si e dos Outros*, a variável SumH (respostas de conteúdo humano), que indica interesse e consciência interpessoais, esteve inversa e significativamente associada com tempo de pós-operatório, com força de associação moderada. Por sua vez, a variável NPH/SumH (proporção de respostas humanas não-puras, que indica tendência a encarar a si mesmo e aos outros de maneira irreal, fantasiosa), relacionou-se positivamente com maior tempo de pós-operatório, com magnitude moderada. A variável An (conteúdo Anatomia), que indica preocupações com o corpo, fragilidade com a imagem do corpo ou psique, mostrou-se positivamente correlacionada com o reganho de peso, com intensidade moderada (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017).

Em resumo, os indicadores do R-PAS apontaram que, quanto maior o tempo de pós-operatório bariátrico houve: a) sinal de maior desorganização do pensamento; b) evidência de maior atitude avaliativa, que pode se manifestar em autoavaliações negativas e vivências depressivas; c) mais frequente foi a forma irrealista de encarar a si mesmo e os outros; d) menor o interesse e a consciência interpessoais; e) sinal de mais distorções e avaliações errôneas, com maior grau de gravidade. Quanto maior o reganho de peso, maiores as fragilidades e preocupações com o corpo.



## 6. DISCUSSÃO

A pesquisa teve como objetivo geral avaliar indicadores de psicopatologia e o funcionamento lógico e afetivo de pacientes no pós-operatório tardio (a partir de 24 meses da realização do procedimento) da cirurgia bariátrica. Ademais, objetivou relacionar esses indicadores com o tempo de pós-operatório e com o reganho de peso. Para isso, a pesquisa foi dividida em dois estudos: o Estudo I avaliou os indicadores de psicopatologia por meio de escalas de avaliação clínica de sintomas psiquiátricos (SRQ-20, PHQ-9, BAI, ECAP, EPSI, PID-5-BF, Escala de Medo da COVID-19) e verificou a força da associação dos mesmos com o tempo de pós-operatório e com o reganho de peso; e o Estudo II identificou características do funcionamento lógico e afetivo por meio de método projetivo, o Método de Rorschach (R-PAS on-line), e verificou a relação das variáveis do funcionamento cognitivo e afetivo com o tempo de cirurgia e reganho de peso. Nesta seção, os resultados apresentados e descritos na seção anterior serão discutidos à luz da literatura científica da área.

### 6.1. Estudo I

Em relação aos indicadores de psicopatologia no pós-cirúrgico tardio da cirurgia bariátrica, o Estudo I revelou que a amostra (n=117) apresentou sintomas clinicamente relevantes de transtorno mental não psicótico, níveis clínicos de sintomas depressivos, ansiedade leve e moderado medo da COVID-19. Não reportou sintomas clinicamente relevantes de compulsão alimentar por meio da ECAP, mas apresentou, por meio da EPSI, maiores médias de psicopatologia alimentar em relação a uma amostra não clínica (Coniglio et al., 2018), incluindo insatisfação corporal, compulsão alimentar, comportamentos de purgação e restrição alimentar. Quanto aos traços patológicos da personalidade, não apresentou sintomas clinicamente relevantes, com exceção de indicativos moderados de afetividade negativa, ou seja, experiência frequente e intensa de emoções negativas.

Nota-se que a amostra autorrelatou, de forma geral, a presença de sintomas de saúde mental no pós-cirúrgico tardio (mais de 24 meses) da cirurgia bariátrica. A literatura da área apresenta evidências consistentes de redução de sintomas depressivos, ansiosos e alimentares no período inicial após a cirurgia, até dois anos após o procedimento. Nesse período, conhecido como “lua de mel”, a perda de peso tende a ser maior, assim como uma melhora na qualidade de vida no geral pode ser observada. Andersen et al. (2010) avaliou 50 pacientes antes da realização da cirurgia, 47 pacientes um ano depois e 44 pacientes dois anos depois

por meio das escalas Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) e a Escala de Qualidade de Vida Short-Form 36 (SF-36), e encontraram sintomas de ansiedade e depressão aumentados antes da cirurgia, que reduziram consistentemente um e dois anos após o procedimento. De modo similar, Assimakopoulos et al. (2011) avaliaram 59 candidatas a cirurgia bariátrica uma semana antes e um ano depois do procedimento, utilizando as escalas HADS e *Female Sexual Function Index* (FSFI). Os resultados apontaram para significativa redução nos sintomas depressivos, bem como melhora geral na função sexual no pós-bariátrico. Por fim, o estudo de Bužgová, Bužga, Holéczy e Zonča (2016) utilizou o questionário da OMS para avaliação da qualidade de vida na versão breve (WHOQOL-BREF) e a HADS para avaliar 68 pacientes antes da cirurgia bariátrica e também após três, seis e 12 meses do procedimento, encontrando melhorias já aos três meses depois da realização da intervenção cirúrgica.

No que diz respeito ao pós-operatório tardio, no entanto, há evidências de que a perda de peso e a redução dos sintomas de saúde mental não se mantêm de modo consistente a partir de 24 meses após a realização do procedimento, conforme alguns dados disponíveis na literatura (Bastos, et al., 2013; Dalcanale, et al., 2010; Ribeiro, Giapietro, Belarmino & Salgado-Junior, 2018). Estima-se que cerca de 20% a 35% dos pacientes apresentam reganho no período de 18 a 60 meses depois da cirurgia (Bastos, et al., 2013; Dalcanale, et al., 2010). No presente estudo, 85,5% da amostra apresentou reganho de 13 kg em média. Quanto ao IMC, ainda apresentaram obesidade, porém de grau I.

Quanto a saúde mental, Ribeiro, Giapietro, Belarmino e Salgado-Junior (2018) avaliaram 281 pacientes antes e 23 meses depois da cirurgia bariátrica, 128 pacientes antes e entre 24 e 59 meses depois e 44 pacientes antes e 60 meses após o procedimento, por meio de entrevista semiestruturada, Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Encontraram consistente redução de todos os indicadores de ansiedade, depressão e compulsão alimentar até 24 meses após a cirurgia, com aumento significativo dos sintomas após esse período. Apesar de se tratar de estudo que avaliou maior incidência do transtorno de ansiedade após o procedimento cirúrgico, os dados de Zwaan et al. (2011) indicaram que a ansiedade parece não reduzir no pós-cirúrgico tardio, até 36 meses após a cirurgia.

Em relação à presença de psicopatologia alimentar, insatisfação corporal, compulsão alimentar, comportamentos de purgação e restrição alimentar, avaliada por meio da EPSI, os dados encontrados no atual trabalho corroboram o estudo de Marino et al. (2012) que indicou que problemas alimentares são comuns no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Nessa revisão

da literatura, que incluiu 22 artigos publicados entre janeiro de 1985 e maio de 2010, os autores identificaram a autoindução de vômito e o uso de laxantes e diuréticos (comportamentos purgativos), a restrição de alimentos, evitação da ingestão de alimentos ou recusa para comer (restrições), preocupação com o peso e distorção da imagem corporal (insatisfação corporal) como problemas alimentares comuns nesses indivíduos que, no entanto, não configuram como um transtorno alimentar.

Em termos de indicadores de saúde mental e psicopatologia alimentar, vale notar que os participantes examinados neste trabalho possuíam nível socioeconômico médio alto e elevada escolaridade (média de 14 anos de estudo) e que foram acessados por meio de recursos remotos, ou seja, com computador e acesso à internet, o que pode refletir em maior poder aquisitivo. Realizaram a cirurgia, em sua maioria, em serviço particular de saúde, por meio de convênio médico, e tiveram acesso a cuidados de equipe multidisciplinar, composta por médico, psicólogo e nutricionista antes e após o procedimento. Achados da literatura científica da área indicam que o nível socioeconômico pode refletir no maior ou menor acesso ao acompanhamento multidisciplinar desde o pré-operatório até períodos mais longos de tempo no pós-cirúrgico, chegando a interferir nos resultados da bariátrica. O apoio multiprofissional de maior longo prazo tende a auxiliar na redução da incidência de psicopatologia, na manutenção do peso e, de forma geral, no sucesso da cirurgia bariátrica (Agüera, et al., 2015; Lanyon & Maxwell, 2007; Van Hout, Hagendoren, Verschure & Van Heck, 2009). Contudo, no atual estudo os participantes avaliados, mesmo com bons recursos econômicos e, por consequência, maior acesso aos cuidados com a saúde antes e após a cirurgia, ainda autorrelataram sintomas de psicopatologia geral e alimentar. Esses recursos pareceram não garantir o equilíbrio psicológico no pós-operatório tardio. Pode-se pensar que os adultos aqui examinados encontravam-se particularmente vulneráveis a problemas psicológicos e/ou não aderiram ao preparo adequado para a realização e acompanhamento pré e pós-cirúrgico, refletindo em níveis aumentados de sofrimento psíquico.

Uma hipótese a ser aqui considerada é, também, o contexto em que a coleta de dados deste estudo foi realizada. Há que lembrar que os sintomas autorrelatados pelos participantes advieram da investigação desenvolvida no momento da segunda onda da pandemia de COVID-19, o que refletiu de forma geral na piora da saúde mental da população brasileira (Ministério da Saúde, 2020; Suen et al., 2022). Mesmo antes da pandemia de COVID-19, os indicadores relativos à saúde mental dos indivíduos do Brasil alcançam índices preocupantes, com crescente aumento em sinais de psicopatologia (Brito et al., 2022; COVID-19 *Mental Disorders Collaborators*, 2021; IBGE, 2019; Ministério da Saúde, 2020; Nunes et al., 2016;

Suen et al., 2022). Na amostra do presente trabalho, por meio da Escala de Medo da COVID-19, identificou-se medo moderado, acompanhando dados de estudos da área que indicaram aumento da preocupação e conseqüentes dificuldades para manter a rotina de cuidados, refletindo em maior vulnerabilidade, estresse e reganho de peso nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (Bellicha et al., 2022; Murtha et al., 2023; Sisto et al., 2021; Youssef et al., 2021). O caráter da coleta de dados por meio de autorrelato, ainda, pode ter feito com que os participantes referissem maiores dificuldades, pela expectativa de terem seus problemas “resolvidos” pela Ciência, ou com a possibilidade de obter cuidados diferenciados por parte da pesquisadora. Ademais, essa forma de avaliação não assegura que o acompanhamento pré e pós-operatório com equipe multidisciplinar, conforme referido pelos participantes, tenha ocorrido de forma adequada e por tempo suficiente para refletir em menos sintomas.

Na avaliação dos traços patológicos de personalidade da amostra do presente estudo, por meio da PID-5-BF, os resultados indicaram moderada afetividade negativa, caminhando na mesma linha de achados da revisão sistemática da literatura de Bordignon, Aparício, Bertolotti e Trentini (2017). Apontaram a presença frequente de sintomas internalizantes após a cirurgia bariátrica, os quais foram associados a queixas somáticas e maior sofrimento psíquico após o procedimento.

Apesar de ter utilizado outro método projetivo (Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister) e entrevista clínica semiestruturada com 50 pacientes bariátricos, o estudo de Machado, Zilberstein, Ceconello e Monteiro (2008) descreveu achados de sentimentos de submissão e impotência, dificuldade de organização das emoções, estrutura emocional fragilizada, alteração na expressão das emoções, da manifestação de raiva, agressividade e impulsividade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. A literatura científica também é consistente em apontar que o funcionamento prévio da personalidade parece influenciar a melhoria ou manutenção dos sintomas psiquiátricos após a cirurgia bariátrica (Peterhänsel et al., 2017). Frente a essas considerações e achados empíricos, pode-se ponderar que a vivência de afetividade negativa, identificada no presente estudo, pode explicar, pelo menos em parte, os níveis de sintomas depressivos relatados pela amostra.

Ao avaliar a associação dos indicadores de psicopatologia com o tempo de cirurgia bariátrica e reganho de peso da amostra, os resultados mostraram-se positivamente relacionados. Quanto mais tempo entre o procedimento cirúrgico e a atual avaliação, maior o reganho de peso, a insatisfação corporal e o traço de antagonismo (comportamentos que colocam o indivíduo em conflito com os outros, como, por exemplo, a exagerada valorização de si, antipatia e insensibilidade). Essas associações, apesar de apresentarem fraca magnitude,



são clinicamente relevantes, uma vez que o reganho de peso tende a ser mais expressivo a partir de 18 meses após a realização do procedimento cirúrgico (Bastos, et al., 2013; Dalcanale, et al., 2010). Isso, por sua vez, pode refletir em maior insatisfação corporal nesse período, como observado nos achados do presente estudo, entre outros sintomas psicológicos.

O reganho de peso esteve direta e significativamente associado, por sua vez, com a intensidade dos sintomas de depressão, de compulsão alimentar, maior insatisfação corporal, comportamentos de purgação, atitudes negativas em relação à obesidade e traços patológicos da personalidade, em especial desprendimento (evitação de interações interpessoais, experiência afetiva limitada e anedonia) e desinibição (procura de gratificação imediata, que origina comportamentos impulsivos, sem consideração por aprendizagens passadas ou consequências futuras). A magnitude dessas associações foi fraca para todas as variáveis, com exceção da insatisfação corporal, que esteve moderadamente associada com reganho de peso.

Esses resultados acompanham os achados da literatura da área que indicam tendência ao reganho de peso de forma progressiva ao longo do tempo após a cirurgia, especialmente entre 18 e 60 meses da realização do procedimento (Bastos, et al., 2013; Dalcanale, et al., 2010). A literatura também aponta que sinais de psicopatologia podem refletir negativamente na manutenção do peso nesse período. Zwaan et al. (2011) encontrou em seu estudo associação negativa entre a presença de depressão e a perda de peso no pós-operatório, entre 24 e 36 meses após a cirurgia. Venzon e Alchieri (2014), em estudo com 40 participantes que realizaram a cirurgia bariátrica, encontraram associação entre presença de compulsão alimentar e o reganho de peso a partir de dois anos após a intervenção médica. A revisão sistemática da literatura realizada por Williams-Kerver, Steffen e Mitchell (2019), que avaliou 17 estudos empíricos com participantes de até sete anos da realização da cirurgia bariátrica, apontou que a presença de psicopatologia alimentar no pós-operatório tem impacto negativo na perda de peso. Nessa mesma linha, Devlin et al. (2018), em estudo que acompanhou por até sete anos 184 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por meio do EDE-BSV e SF-36, encontrou que a presença de psicopatologia alimentar no pós-operatório tardio se associou direta e significativamente com menor perda de peso, maior reganho de peso e menor qualidade de vida. Em outra revisão sistemática da literatura, relativa à personalidade no pós-operatório (Bordignon, Aparício, Bertoletti & Trentini, 2017), os autores examinaram 16 artigos que avaliaram pacientes com até 48 meses de cirurgia, encontrando que alterações externalizantes no comportamento, bem como o perfil de

personalidade compulsiva e o transtorno de personalidade narcisista, estiveram associados a menor perda de peso em pacientes após a cirurgia bariátrica.

Os achados apontando associação entre reganho de peso e insatisfação com o corpo no momento pós-cirúrgico bariátrico fazem pensar que sentimentos críticos em relação ao tamanho corporal possam existir e perdurar nas vivências pessoais relativas à grave obesidade anterior à cirurgia. Conforme o tempo de cirurgia passa e o reganho de peso é vivenciado, frequentemente emergem queixas de insatisfação com o próprio corpo, que talvez não tenham cessado com a intervenção cirúrgica. Bosc et al. (2022) acompanharam 61 pacientes antes e até cinco anos depois da cirurgia bariátrica, encontrando melhora inicial na imagem corporal até 12-18 meses após a cirurgia. Essa melhora, contudo, não se manteve até cinco anos depois, assim como não houve redução nas preocupações com o excesso de peso. Ainda, identificaram correlações positivas e estatisticamente significativas entre a quantidade de peso perdido e autoavaliação da aparência, entre a perda de peso e a Escala de Satisfação com as Áreas do Corpo, além de associação negativa entre a perda de peso e a preocupação com o excesso de peso. Vale ressaltar que é considerado esperado um reganho de até 20% do peso perdido após dois anos da cirurgia bariátrica. Até os 18 meses, a perda máxima é atingida, com estabilização do peso (ABESO, 2016; Berti, Campos, Ramos, Rossi, Szego & Cohen, 2015). A amostra do presente estudo reganhou, em média, 17,9% do peso após atingir a perda máxima. Por isso, faz-se importante atentar para as expectativas do paciente em torno da imagem corporal idealizada, uma vez que frustrações neste processo tendem a acarretar prejuízos para a saúde mental.

Nesta direção o estudo de Mercier, Fortin, Atto e Lavoie (2023) examinou 15 pacientes no pré-operatório (seis meses antes) e 14 pacientes no pós-operatório recente (seis meses após) da cirurgia bariátrica. Identificaram que as expectativas dos pacientes envolviam a ideia de que a realização da cirurgia impactaria positivamente sua saúde física, porém com metas pessoais irrealisticamente altas quanto à perda de peso. Interessante que seus dados apontaram que essas expectativas idealizadas ocorriam nos pacientes, mas também apareceriam nos profissionais de saúde que os acompanhavam. Os pacientes desse mesmo estudo, quando avaliados no pós-operatório, relataram terem mudado suas expectativas do pré-cirúrgico conforme vivenciaram o pós-cirúrgico. De forma geral, a literatura da área sugere que as expectativas em relação à perda de peso são altíssimas dentre os que realizam o procedimento cirúrgico (Hult et al., 2022) e que grande parte da motivação das pessoas que optam pela cirurgia bariátrica está relacionada com insatisfações vinculadas à imagem corporal (Makarawung et al., 2020).

Nessa mesma linha Perdue, Schreier, Swanson, Neil e Carels (2020) avaliaram 40 pacientes entre 18 e 30 meses da realização da cirurgia bariátrica por meio do *Evolving Self-View After Bariatric Surgery* (ESV), Locus of Control (LOC), Weight Locus of Control (WLOC), *Toronto Alexithymia Survey* (TAS-20) e a Escala de Qualidade de Vida SF-36. Encontraram que a maioria das participantes mantinha uma visão de si mesma como obesas, mesmo após a perda de peso decorrente da cirurgia. Essas mesmas pacientes também apresentaram menor qualidade de vida, com especial propensão para ver situações externas e outras pessoas como poderosas controladoras de seu peso, vivenciando dificuldade para identificar seus sentimentos e menor pontuação nas escalas avaliativas da vitalidade, funcionamento social e saúde mental. Em outro estudo, Perdue e Neil (2020) avaliaram 55 pacientes entre 18 e 30 meses após a realização da cirurgia bariátrica, concluindo que a “cura” física deve ser acompanhada de um ajuste psicológico saudável na transição pós-operatória da visão "eu-obeso" para "eu-ex-obeso", de forma a garantir um resultado positivo da intervenção cirúrgica.

A insatisfação corporal torna-se ainda mais importante em uma amostra composta quase que exclusivamente por mulheres, como a do presente estudo, tendência observada em diversas outras pesquisas na área (Belle, Berk, Chapman, Christian, Courcoulas, Dakin, et al., 2013; Flegal, Carroll, Kit & Ogden, 2012; Hult et al., 2022; Santos, Lima & Souza, 2014). Sabe-se que a população feminina é mais vulnerável a pressões sociais relativas a padrões de beleza corporais, por isso, apresenta maior busca pela cirurgia bariátrica como tratamento (Pearl, et al., 2019; Ribeiro, Giampietro, Belarmino & Salgado-Júnior, 2016). Para Ribeiro, Giampietro, Belarmino e Salgado-Júnior (2016) a maior predisposição genética das mulheres para o acúmulo de gordura e fatores psicossociais, como o sofrimento advindo do estereótipo da beleza feminina associado ao corpo magro, são variáveis determinantes da maior procura feminina pelo tratamento cirúrgico para a obesidade e provavelmente da maior insatisfação corporal, como observado no presente estudo no pós-operatório, quando o reganho de peso é maior.

## **6.2. Estudo II**

O Estudo II teve como objetivo avaliar indicadores de psicopatologia e do funcionamento lógico e afetivo de pacientes de cirurgia bariátrica no pós-cirúrgico tardio (a partir de 24 meses de cirurgia), utilizando adicionalmente o Método de Rorschach (R-PAS). Os resultados desse instrumento fornecem informações que não se baseiam apenas no

autorrelato dos respondentes, mas trazem indicadores indiretos da manifestação de vivências afetivas e do funcionamento cognitivo desses pacientes, sendo uma fonte de informações adicional sobre o funcionamento psicológico. Nesta etapa do trabalho uma parcela (n=27) dos participantes do Estudo I foi, por livre adesão, submetida a um protocolo multimétodo para avaliação de suas características psicológicas, ampliando a compreensão sobre o funcionamento psicológico dos pacientes em pós-cirúrgico tardio.

No que se refere às características clínicas dessa nova amostra, os indicadores de psicopatologia repetem, em sua maioria, os resultados do Estudo I, revelando presença de sintomas de transtorno mental não psicótico, indicadores de depressão e ansiedade leves, compulsão alimentar moderada e medo da COVID-19 também moderado. Não apresentou indicadores de traços patológicos da personalidade. Esse novo grupo difere do Estudo I principalmente em relação à presença de níveis moderados de compulsão alimentar, a partir de informações obtidas pela ECAP. Os participantes do Estudo II (n=27) apresentaram maiores níveis de compulsão alimentar em relação ao Estudo I. Vale ressaltar que 100,0% dos participantes do Estudo II apresentaram reganho de peso, em média de 14,1kg ou 19,9%, no limite do considerado esperado após dois anos de cirurgia. Em um estudo que avaliou a presença de sintomas de compulsão alimentar em 40 pacientes a partir de dois anos da realização da cirurgia por meio da ECAP, Venzon e Alchieri (2014) encontraram alta prevalência de compulsão alimentar, especialmente entre os pacientes com menor perda de peso, em achado semelhante ao aqui descrito.

Quanto aos indicadores do funcionamento lógico e afetivo dos participantes, estes revelaram que os recursos psicológicos adaptativos da personalidade se mostraram majoritariamente dentro da média normativa, com tendência ao limite inferior ou superior da média para algumas variáveis relacionadas à disponibilidade e sofisticação desses recursos. No âmbito do *Comportamento e observações na aplicação*, um dos indicadores sugere uma baixa curiosidade e flexibilidade (CT - rotações do cartão) (Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2017). Pode-se pensar que o formato de aplicação on-line do R-PAS tenha influenciado esse indicador, uma vez que os participantes não estavam manuseando os cartões do Rorschach. Durante as aplicações, alguns participantes refeririam o entendimento de que passariam para o próximo ou para o cartão anterior se utilizassem as setas que, na verdade, eram para rotação dos estímulos. Porém, de forma geral, poucos participantes fizeram questionamentos ou comentários sobre as setas indicativas da possibilidade de mudança de posição do cartão. Futuros estudos sobre o formato on-line de aplicação do

instrumento são necessários para esclarecer os impactos dessa modalidade de administração sobre os comportamentos diante da tarefa.

Para o domínio de *Engajamento e Processamento Cognitivo*, destaca-se o escore *Complexity*, cujo valor denota menor engajamento na atividade proposta, seja por indisponibilidade de recursos, seja por reduzido empenho na atividade. Essa variável é composta por outros elementos cujos valores também se mostraram nessa tendência de redução: respostas com múltiplos determinantes (*Blend*), respostas com síntese de diversos objetos (*Sy*) e respostas com combinação de determinantes de movimento e cor (*MC*). De modo coerente, as respostas determinadas pela forma das manchas (*F%*) revelaram-se tendendo ao limite superior da média, indicando preferência a ater-se aos aspectos mais concretos e formais dos estímulos apresentados. Em conjunto, tais achados refletem um estilo de processamento da informação que tende à simplicidade, o que pode sugerir fragilidade dos recursos psicológicos ou estilo descomprometido de realizar a tarefa. Pode refletir comportamento evitativo diante da atividade proposta, com reatividade e vivacidade limitadas, menor disposição em processar e reagir à emoção e, de forma geral, menor adaptação e força psicológica.

Tais achados corroboram evidências prévias acerca do funcionamento de pessoas com obesidade submetidas à cirurgia bariátrica. Há evidências de que candidatos à cirurgia bariátrica produzem protocolos do Rorschach pouco complexos, com tendência à simplificação das respostas, como um meio para revelar menos de si (Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023; Ribeiro, Santos & Loureiro, 2011). Tal perfil pode estar relacionado a tentativa deliberada de ocultar dificuldades e revelar uma versão de si mesmos que julgam mais aceitável, acompanhando o socialmente desejável. Talvez isso esteja relacionado ao receio de não receberem autorização para a cirurgia bariátrica, caso sejam avaliados negativamente em termos de saúde mental (Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023; Meyer et al., 2011).

Os indivíduos foram avaliados no pós-operatório, quando o risco de um suposto impedimento para a cirurgia não estava mais presente. Ainda assim é possível que esses indivíduos continuem a se sentir vulneráveis ao julgamento externo e tenham motivações pessoais para ocultar aspectos e vivências íntimos que julguem inadequados em termos de adaptação social idealmente esperada (Himmelstein, Knepp & Phelan, 2022; Ulian et al., 2023).

Em estudo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 30 mulheres brasileiras que realizaram a cirurgia bariátrica, Ulian et al. (2023) identificaram que o estigma

relacionado ao peso persistiu para essas mulheres, independentemente da perda de peso. As participantes relataram vivências contínuas de estigmas e julgamentos sociais, evidenciadas por sua constante vigilância (interna e externa) para se distanciarem de seus corpos anteriores. Ademais, relataram sentimentos de crítica dos outros por escolherem um "caminho fácil" para perder peso. Himmelstein, Knepp e Phelan (2022) discutem, em seu artigo teórico, que o estigma após a cirurgia bariátrica não se limita ao tamanho e ao peso corporal, estendendo-se também para o próprio procedimento cirúrgico. Falam das desistências ao acompanhamento pós-operatório pela vergonha diante do reganho de peso e da sua dificuldade em seguir a dieta, passando a evitar os atendimentos pelo receio de receberem mensagens estigmatizantes e críticas. Esses estigmas contribuem para o isolamento social, prejuízos no comportamento alimentar e redução da motivação para atividade física (Bennett, Lawson, Funaro & Ivezaj, 2022; Himmelstein, Knepp & Phelan, 2022).

Outra possibilidade de compreensão para esses achados se refere às evidências de que pessoas com obesidade apresentam maior dificuldade para avaliar e relatar suas emoções, bem como lidar com elas, especialmente afetos negativos, adotando um estilo defensivo de natureza evitativa (Andrei et al., 2018; Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023; Fernandes et al., 2018). Os achados do presente estudo são sugestivos de que esse estilo de funcionamento defensivo, com maiores dificuldades no gerenciamento das emoções, se estende também para o pós-operatório bariátrico tardio, refletindo em respostas simplistas diante da investigação psicológica pelo método projetivo (R-PAS). Pode-se pensar que tal funcionamento psicológico esteja relacionado a componentes distintivos no perfil de pessoas que desenvolvem níveis severos de obesidade. Em outras palavras, é possível que pacientes vulneráveis à grave obesidade tenham perfis psicologicamente frágeis no que diz respeito ao gerenciamento dos recursos cognitivos e afetivos, e que tais características tendem a se perpetuar mesmo após o tratamento cirúrgico.

No domínio de *Representação de Si e Outros* mereceu destaque o leve aumento de respostas com conteúdo de anatomia (An), que sugerem preocupações com o corpo e vulnerabilidade ou fragilidade em termos de imagem do corpo ou do mundo interno (psique). A literatura da área indica que autoavaliações negativas e preocupações com avaliações interpessoais negativas são fatores de risco importantes para o sucesso da cirurgia (Adams, Myers, Barbera & Brantley, 2011; Ivezaj, 2017; Marchesini, 2010; Perdue, Schreier, Swanson, Neil & Carels, 2020; Sousa et al., 2014). De fato, toda a amostra do Estudo II apresentou algum reganho de peso, insatisfação corporal pela EPSI e compulsão alimentar

pela ECAP e pela EPSI. A compulsão alimentar apresentada pode estar relacionada com o reganho de peso (Devlin, et al., 2018; Venzon & Alchieri, 2014) e o reganho, por sua vez, com a insatisfação corporal. No entanto, maiores níveis de insatisfação corporal também podem estar relacionados com o aumento de episódios de compulsão alimentar (Gordon et al., 2022).

Vale destacar que foi observada grande variabilidade nos escores brutos obtidos para cada variável do Rorschach R-PAS (observados pelo DP e pelos valores de máximo e mínimo na tabela 14). Isso indica que cada trajetória no contexto da cirurgia bariátrica será única e as avaliações pré e pós-operatórias devem considerar a singularidade de cada paciente, de forma a oferecer os cuidados adequados para suas necessidades particulares. Nesse sentido, faz-se necessário observar o estilo de resposta de cada caso nessa avaliação, bem como suas motivações e comportamentos expressos no contexto da investigação psicológica (Colombaroli, Giromini & Pasian, 2023). Sabe-se que um estilo de funcionamento defensivo e pouco permeável pode refletir na menor adesão às recomendações médicas (Butt et al., 2021).

O Estudo II também objetivou verificar a força da associação entre os indicadores do funcionamento lógico e afetivo (a partir do Rorschach R-PAS), o tempo de pós-operatório e o reganho de peso. Verificou-se que quanto maior o tempo de pós-operatório, maior a desorganização do pensamento (TP-Comp), as autoavaliações negativas (V), a forma irrealista de encarar a si mesmo e aos outros (NPH/SumH), as distorções da percepção (FQ-% e WD-%), e menor o interesse e a consciência interpessoais (SumH). Nessa linha, o estudo de Duarte-Guerra et al. (2022), que avaliou longitudinalmente sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar em uma amostra de 155 participantes, revelou que a passagem do tempo contribuiu para emergirem sintomas psiquiátricos no pós-cirúrgico bariátrico.

O nosso estudo II, revelou, ainda, que o reganho de peso esteve significativa e diretamente associado a distorções e avaliações errôneas (FQ-%), fragilidades da autoimagem e preocupações com o corpo (An), além de menor vitalidade, vivacidade, adaptação e força psicológica (WSumC). Tais achados sugerem que componentes adaptativos da personalidade, como a percepção preservada da realidade e a qualidade dos recursos psicológicos e da autopercepção, podem ser indicadores relevantes na resposta dos pacientes ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Destaca-se, ainda, que a associação de magnitude moderada entre reganho de peso e vulnerabilidade na autoimagem corroboram adicionalmente os achados no Estudo I quanto à associação entre o reganho de peso e a insatisfação corporal, indicando que processos de autoimagem tem um papel relevante nos desfechos de longo

prazo da cirurgia bariátrica. Ao contrário das nossas expectativas, contudo, nessa amostra não foram encontradas associações particularmente relevantes entre psicopatologia e o reganho de peso, o que também contradiz evidências empíricas de outros estudos da área (Bordignon, Aparício, Bertolotti & Trentini, 2017; Devlin et al., 2018; Venzon & Alchieri, 2014; Williams-Kerver, Steffen & Mitchell, 2019; Zwaan, et al., 2011). Não obstante, a inconsistência dessa associação é um fato já descrito em estudo de revisão anterior, que avaliou a presença de psicopatologia geral e reganho de peso em pacientes após a cirurgia bariátrica (Mauro et al., 2019).

De forma geral, os resultados obtidos por meio do Estudo II indicam um estilo de funcionamento psicológico que tende à simplicidade, preocupações com o corpo e fragilidades em termos de imagem corporal. No entanto, os indicadores do funcionamento lógico e afetivo da personalidade se mostraram majoritariamente dentro da média normativa. Em estudo que avaliou 50 pacientes de cirurgia bariátrica no pré-operatório usando o R-PAS, os indicadores de complexidade também se revelaram reduzidos, estando, naquele caso, mais de 1,5 desvio-padrão abaixo da média normativa ( $M=84,2$ ;  $DP=13,1$ ) (Colombaroli, Giromini & Pasian, 2023). Isso sugere que possa acontecer um processo de adaptação do funcionamento psicológico desses pacientes após a cirurgia bariátrica, aproximando-os das expectativas normativas, porém mantendo um perfil psicológico defensivo, marcado pela simplicidade das operações cognitivas e menor disponibilidade de recursos empenhados na tarefa do Rorschach.

Por outro lado, os achados de ambos os estudos (I e II) revelaram relato de sintomas psiquiátricos e de preocupações com o corpo após a cirurgia bariátrica, o que diverge dos dados revelados por pacientes no pré-operatório (Colombaroli, Giromini & Pasian, 2023). Pode-se pensar que as questões emocionais parecem se tornar mais evidentes após a perda de peso, emergindo dificuldades na autoimagem e desconforto com o tamanho corporal. Na medida em que o tempo da intervenção cirúrgica passa e o reganho de peso é experimentado, começam a aparecer, de forma mais evidente e concreta, as limitações da cirurgia em sanar demandas psicológicas latentes relacionadas à obesidade de pacientes com obesidade grau III.

Esses resultados tendem a confirmar evidências da literatura da área apontando benefícios da cirurgia bariátrica em períodos mais breves de tempo e maiores dificuldades com o passar do tempo após o procedimento cirúrgico, especialmente quando há reganho de peso. O efeito imediato de perda de peso decorrente da cirurgia parece refletir em melhora das principais comorbidades, maior satisfação corporal, qualidade de vida no geral e até mesmo no melhor enfrentamento das dificuldades do pós-cirúrgico (Castanha et al., 2018;



Efthymiou et al., 2015; McLeod, Beban, Sanderson, McKillop & Jull, 2012; Nickel et al., 2017; Youssef et al., 2020). Contudo, a longo prazo, a manutenção desses efeitos positivos se torna mais custosa, pois a cirurgia não reflete mais em perda de peso nesse momento, e aumentam os riscos de acréscimo de quilogramas (reganho de peso) e, conseqüentemente, de retornarem ou de surgirem novos sintomas psicológicos (Alvarez et al., 2016; Amundsen, Strømmen & Martins, 2017; Bastos et al., 2013; Bordignon, Aparício, Bertoletti & Trentini, 2017; Dalcanale et al., 2010; Devlin et al., 2016 e 2018; Ivezaj, 2017; Sousa et al., 2014; Venzon & Alchieri, 2014; Williams-Kerver, Steffen & Mitchell, 2019; Zwaan et al., 2011).

Reforça-se, assim, a necessidade de avaliações psicológicas e acompanhamento com intervenções multidisciplinares de longo prazo em casos de cirurgia bariátrica, mesmo após a perda de peso, em especial no que se refere às questões emocionais que cercam a relação com o próprio corpo na vivência da obesidade (Mendes, Lotufo Neto, Queiroga, de Lima, Abrantes & Fonseca, 2021; Ribeiro, Giapietro, Belarmino & Salgado-Júnior, 2018). Ademais, cabe destacar a importância da realização de avaliações multimétodo nesse contexto, reunindo informações relevantes e diversificadas, que expandam a compreensão do caso a partir de ferramentas que não se limitem ao autorrelato, o qual parece ser fortemente influenciado pelo estilo social de resposta (Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023). Adicionalmente, o adequado planejamento individualizado do acompanhamento do caso pela equipe multidisciplinar é essencial para aumentar a eficácia da intervenção, e prevenir agravos à saúde após a realização da cirurgia (Rutledge, Ellison & Phillips, 2020).



## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou evidências empíricas cuidadosamente delineadas indicando que, no pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, foram comuns autorrelato de sintomas psicológicos, problemas alimentares e a vivência do reganho de peso. Em relação ao funcionamento da personalidade os achados apontaram o predomínio de uma forma simplista de operação cognitiva, mas com ganhos em relação a dados do pré-cirúrgico (Colombarolli, Giromini & Pasian, 2023), indicando qualidade dos recursos psicológicos nesse período tardio após cirurgia bariátrica. O funcionamento afetivo da personalidade indicou menor reatividade às emoções, associado a vulnerabilidades na forma de avaliação de si e dos outros, tendendo a atribuir características negativas, sobretudo no tocante às preocupações com a autoimagem e o próprio corpo. A mobilização emocional relativa à autoimagem pareceu se intensificar na direta medida do aumento do tamanho corporal e reganho de peso após a passagem de mais de 24 meses da cirurgia bariátrica. Esses achados reforçam a necessidade de acompanhamento multidisciplinar de longo prazo nos casos de cirurgia bariátrica, e enfatizam a importância de avaliações psicológicas na abordagem multimétodo, que permite aprofundar os fatores individuais que representam risco para desfechos desfavoráveis da cirurgia.

Os atuais achados confirmam evidências anteriores de que dificuldades psicológicas e emocionais de indivíduos com grave obesidade e que realizam cirurgia bariátrica não parecem se esgotar com o procedimento cirúrgico. Dados de pesquisas anteriores sugerem melhora em indicadores de saúde mental nos primeiros dois anos de cirurgia bariátrica, quando a perda de peso tende a ser maior. Isto tende a não se sustentar após esse período, emergindo com frequência o reganho de peso associado a insatisfação corporal e episódios de compulsão alimentar, como demonstraram os resultados deste atual trabalho.

Como contribuição, o presente estudo amplia o conhecimento da literatura científica da área ao apresentar avaliação psicológica multimétodo realizada em pós-operatório tardio bariátrico, sendo escassas as evidências referentes a esse período. Além disso, a investigação realizada não se limitou ao autorrelato, se estendendo para o uso de método projetivo (Rorschach), reforçando a importância de compor avaliações multimétodo, com a finalidade de análise também do estilo de resposta e de aspectos do funcionamento do paciente que não estão limitados a sua autopercepção e relato consciente. Essa abordagem se revela útil para incrementar evidências de validade sobre a investigação psicológica e diminuir efeitos da desejabilidade social e do estilo defensivo na interpretação dos achados (Bornstein, 2011).

Por sua vez, isso permite melhorar o cuidado multiprofissional oferecido em cada caso, na medida em que este pode ser individualizado para as necessidades expressas e identificadas pela cuidadosa investigação psicológica. Por fim, o estudo possui um caráter inovador pela realização da coleta de dados informatizada, em um contexto em que houve limitação dos recursos avaliativos por conta das restrições sociais impostas como medidas sanitárias para enfrentar a pandemia de COVID-19. A aplicação do método projetivo Rorschach (R-PAS) por meio remoto, pelo aplicativo desenvolvido pela equipe internacional do R-PAS e cedido para este estudo, revela o potencial de estratégias tecnológicas avançadas para expandir o acesso e a qualidade das avaliações psicológicas.

Esses achados devem ser considerados à luz de algumas limitações, inerentes a qualquer trabalho de pesquisa científica. Especificamente, o modo de recrutamento dos participantes pode ser fonte de vieses de seleção amostral, difíceis de serem controlados. A participação no presente estudo foi voluntária, após divulgação da pesquisa em redes sociais, e pode estar associada a características individuais, como, por exemplo, pessoas psicologicamente vulneráveis que aceitaram o convite pela expectativa de algum tipo de apoio psicológico. Devido às adaptações necessárias do estudo para execução durante o período de pandemia de COVID-19, o trabalho também se limitou a um único grupo clínico, sem comparação da amostra investigada com uma amostra de referência da população geral. Além disso, a maioria dos dados foram baseados apenas no autorrelato dos participantes, havendo a impossibilidade de acesso a informações sistemáticas sobre seu histórico de saúde. Há que se destacar ainda que a coleta de dados remota, apesar de inovadora no campo da avaliação psicológica, permitiu o acesso somente a possíveis voluntários de maior nível econômico, com recursos e equipamentos de informática, não refletindo a maioria dos indivíduos do Brasil. Além disso, o delineamento multimétodo utilizado envolveu método projetivo de avaliação psicológica, tornando limitada a inclusão de maior número de participantes para a segunda parte do estudo, visto ter sido realizado apenas por uma pesquisadora, o que poderá ser ampliado em novos trabalhos na área. Por fim, vale ressaltar que o Método de Rorschach pelo sistema R-PAS ainda se encontra em fase de estudos para validação no formato on-line, mesmo que com experiências muito positivas nesta direção como a do atual trabalho. É necessário lembrar que o contexto de avaliação psicológica virtual pode ter impactado a produção das respostas e, por conseguinte, a interpretação dos protocolos do Rorschach, constituindo um desafio metodológico a ser superado em momento futuro.

Destaca-se, por fim, a necessidade de mais estudos na área, ampliando o alcance amostral e investigando, especialmente, o pós-cirúrgico bariátrico tardio em conjunto com informações precisas e confiáveis sobre o histórico de saúde pré-cirúrgico, e em comparação com grupo não clínico. Recomenda-se fortemente o investimento em pesquisas com delineamento longitudinal e a ampliação das investigações utilizando abordagem multimétodo, que tem se provado cada vez mais necessária para oferecer informações relevantes sobre o perfil e funcionamento psicológico desses pacientes. Notado seu estilo mais defensivo de responder por meio do autorrelato, pode-se pensar que evitem expressar informações importantes sobre si, com temor de julgamento e crítica social, exigindo do profissional de psicologia o aperfeiçoamento técnico e científico de seu aparato metodológico para acesso às reais demandas dos indivíduos, podendo, assim, melhorar o acompanhamento psicológico a ser elaborado no contexto da cirurgia bariátrica.



## 8. REFERÊNCIAS

- Adams, C., Myers, V., Barbera, B., & Brantley, P. (2011). The Role of Fear of Negative Evaluation in Predicting Depression and Quality of Life Four Years after Bariatric Surgery in Women. *Psychology*, 2(3), 150-154. doi:10.4236/psych.2011.23024
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP*, 13(1), 197-216. doi:10.1590/S0103-65642002000100010
- Agüera, Z., García-Ruiz-de-Gordejuela, A., Vilarrasa, N., Sanchez, I., Baño, M., Camacho, L., ... Menchón, J. M. (2015). Psychological and personality predictors of weight loss and comorbid metabolic changes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 509-16. doi:10.1002/erv.2404.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1537-1545. doi:10.1007/s11469-020-00270-8
- Almandoz, J. P., Xie, L., Schellinger, J. N., Mathew, M. S., Bismar, N., Ofori, A., Kukreja, S., Schneider, B., Vidot, D., & Messiah, S. E. (2021). Substance use, mental health and weight-related behaviours during the COVID-19 pandemic in people with obesity. *Clinical Obesity Wiley*, 1–10. Advance online publication. doi: 10.1111/cob.12440
- Alosco, M. L., Galioto, R., Spitznagel, M. B., Strain, G., Devlin, M., Cohen, R., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & Gunstad, J. (2014). Cognitive function after bariatric surgery: evidence for improvement 3 years after surgery. *American Journal of Surgery*, 207(6), 870-6. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.05.018
- Alvarez, V., Carrasco, F., Cuevas, A., Valenzuela, B., Muñoz, G., Ghiardo, D., Burr, M., Lehmann, Y., Leiva, M. J., Berry, M., & Maluenda, F. (2016). Mechanisms of long-term weight regain in patients undergoing sleeve gastrectomy. *Nutrition*, 32(3), 303-8. doi:10.1016/j.nut.2015.08.023
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Amundsen, T., Strømmen, M., & Martins, C. (2017). Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery-Postoperative Status of Energy Intake, Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. *Obesity Surgery*, 27(5), 1316-1323. doi:10.1007/s11695-016-2475-7020-05213-9
- Andersen, J., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V., & Natvig, G. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 52–52. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-52>
- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Reggiani, G. M., & Trombini, E. (2018). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry Research*, 269(August), 191–198. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.015
- Assimakopoulos, K., Karaivazoglou, K., Panayiotopoulos, S., Hyphantis, T., Iconomou, G., & Kalfarentzos, F. (2011). Bariatric Surgery is Associated with Reduced Depressive Symptoms and Better Sexual Function in Obese Female Patients: A One-Year Follow-Up Study. *Obesity Surgery*, 21(3), 362–366. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0303-z>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade* (4ª ed.). São Paulo: ABESO.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2021). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A. & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(1), 26–32. doi:10.1590/s0102-67202013000600007
- Belle, S. H., Berk, P. D., Chapman, W. H., Christian, N. J., Courcoulas, A. P., Dakin, G. F.,... Yanovski, S. Z. (2013). Baseline characteristics of participants in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2 (LABS-2) study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(6), 926–935. doi:10.1016/j.soard.2013.01.023
- Bellicha, A., Lassen, P. B., Poitou, C., Genser, L., Marchelli, F., Aron-Wisnewsky, J., Ciangura, C., Jacques, F., Moreau, P., NutriOmics Investigators, Clément, K., & Oppert,



- J. M. (2022). Effect of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity, Eating Behavior, Body Weight and Psychological Outcomes in a Post-Bariatric Cohort. *Obesity Surgery*, 32(7), 1-9. doi: 10.1007/s11695-022-06069-x
- Bennett, B. L., Lawson, J. L., Funaro, M. C., & Ivezaj, V. (2022). Examining weight bias before and/or after bariatric surgery: A systematic review. *Obesity Reviews*, 23(11), e13500. <https://doi.org/10.1111/obr.13500>
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. doi:10.1590/S1415-52732005000100008
- Berti, L. V., Campos, J., Ramos, A., Rossi, M., Szego, T., & Cohen, R. (2015). Position of the SBCBM - Nomenclature and Definition of Outcomes of Bariatric and Metabolic Surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 28, 02–02. <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500S100002>
- Bordignon, S., Aparício, M. J. G., Bertolotti, J. & Trentini, C. M. (2017). Personality characteristics and bariatric surgery outcomes: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 124-134. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0016
- Bornstein, R. F. (2015). Personality Assessment in the Diagnostic Manuals: On Mindfulness, Multiple Methods, and Test Score Discontinuities. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 446-455. doi: 10.1080/00223891.2015.1027346
- Bornstein, R. F., & Hopwood, C. J. (2014). Introduction to Multimethod Clinical Assessment. In: C. J. Hopwood & R. F. Bornstein (Eds.) *Multimethod Clinical Assessment*. USA: The Guilford Press.
- Bornstein, R. F. (2011). Toward a Process-Focused Model of Test Score Validity: Improving Psychological Assessment in Science and Practice. *Psychological Assessment*, 23, 532–544. <https://doi.org/10.1037/a0022402>
- Bosc, L., Mathias, F., Monsaingeon, M., Gronnier, C., Pupier, E. & Gatta-Cherifi, B. (2022). Long-term changes in body image after bariatric surgery: An observational cohort study. *PLoS ONE* 17(12): e0276167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276167>

- Brito, V. C. A., Bello-Corassa, R., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V., Dahl, C. M., & Viana, M. C. (2022). Prevalence of self-reported depression in Brazil: National Health Survey 2019 and 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *31*(spe1). doi: 10.1590/SS2237-9622202200006.especial
- Butt, M., Wagner, A., & Rigby, A. (2021). Associations of social desirability on psychological assessment outcomes for surgical weight loss patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *28*(2), 384–393. doi: 10.1007/s10880-020-09725-5
- Bužgová, R., Bužga, M., Holéczy, P., & Zonča, P. (2016). Evaluation of Quality of Life, Clinical Parameters, and Psychological Distress after Bariatric Surgery: Comparison of the Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and Laparoscopic Greater Curvature Plication. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, *11*(4), 169–176. <https://doi.org/10.1089/bari.2016.0022>
- Carter, J., Chang, J., Birriel, T. J., Moustarah, F., Sogg, S., Goodpaster, K., Benson-Davies, S., Chapmon, K., & Eisenberg, D. (2021). ASMBS position statement on preoperative patient optimization before metabolic and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, *17*(12), 1956-1976. doi: 10.1016/j.soard.2021.08.024.
- Castanha, C. R., Álvaro, A. B. F., Castanha, A. R., Belo, G. Q. M. B., Lacerda, R. M. R., & Vilar, L. (2018). Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, *45*(3). doi:10.1590/0100-6991e-20181864
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Colombarolli, M., Giromini, L., & Pasian, S. (2023). Self-Reports Do Not Tell the Whole Story: A Study of Candidates for Bariatric Surgery Using A Multimethod Approach. *Psychological Injury and Law*, 1-15. doi: 10.1007/s12207-023-09477-1
- Coniglio, K. A., Becker, K. R., Tabri, N., Keshishian, A. C., Miller, J. D., Eddy, K. T. & Thomas. J. J. (2018). Factorial integrity and validation of the Eating Pathology

- Symptoms Inventory (EPSI). *Eating Behaviors*, 31, 1-7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.07.004.
- Costa, F. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brilmann, M., Friedman, R. & Nunes, M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 287-293. doi:10.1590/S1413-73722009000200009
- Costa, R. C., Yamaguchi, N., Santo, M. A., Riccioppo, D., & Pinto-Junior, P. E. (2014). Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass. *Arq Gastroenterol.*, 51(3), 165-70. doi:10.1590/s0004-28032014000300002
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Dalcanale, L., Oliveira, C. P., Faintuch, J., Nogueira, M. A., Rondó, P., Lima, V. M.,...Carrilho, F. J. (2010). Long-term nutritional outcome after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 20(2), 181-187. doi:10.1007/s11695-009-9916-5
- Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Shekelle, P. G. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*, 315(2), 150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118.
- de Panfilis, C., Cero, S., Torre, M., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Adorni, A. & Maggini, C. (2006). Utility of the temperament and character inventory (TCI) in outcome prediction of laparoscopic adjustable gastric banding: preliminary report. *Obesity Surgery*, 16(7), 842-7. doi:10.1381/096089206777822278
- Devlin, M. J., King, W. C., Kalarchian, M. A., Hinerma, A., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z. & Mitchell, J. E. (2018). Eating pathology and associations with long-term changes in

- weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1322-1330. doi: 10.1002/eat.22979.
- Devlin, M. J., King, W. C., Kalarchian, M. A., White, G. E., Marcus, M. D., Garcia, L., Yanovski, S. Z. & Mitchell, J. E. (2016). Eating pathology and experience and weight loss in a prospective study of bariatric surgery patients: 3-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1058-1067. doi: 10.1002/eat.22578.
- Duarte-Guerra, L. S., Coêlho, B. M., Santo, M. A. & Wang, Y. P. (2015). Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews. *Obesity Surgery*, 25(5), 830-837. doi:10.1007/s11695-014-1464-y
- Duarte-Guerra, L. S., Kortchmar, E., Maraviglia, E. C. S., Costa, T. D. S., Lasmar, C. M., Morin, R. M. R., Grossi, I. O., Villares, J. F., Cremonesi, M. C., Watanuki, H. M., Santo, M. A., Lotufo-Neto, F., & Wang, Y. P. (2022). Longitudinal patterns of comorbidity between anxiety, depression and binge eating symptoms among patients with obesity: A path analysis. *Journal of affective disorders*, 303, 255–263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.030>
- Efthymiou, V., Hyphantis, T., Karaivazoglou, K., Gourzis, P., Alexandrides, T. K., Kalfarentzos, F., & Assimakopoulos, K. (2015). The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity Surgery*, 25(2), 310-318. doi: 10.1007/s11695-014-1384-x
- Eid, M., & Diener, E. (2006). *Handbook of Multimethod Measurement in Psychology*. American Psychological Association (APA).
- Eisenberg, D., Shikora, S. A., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R. V., De Luca, M., Faria, S. L., Goodpaster, K. P. S., Haddad, A., Himpens, J. M., Kow, L., Kurian, M., Loi, K., Mahawar, K., Nimeri, A., O'Kane, M., Papasavas, P. K., Ponce, J., Pratt, J. S. A., ... Kothari, S. N. (2022). 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for obesity and related disease: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 18(12), 1345–1356. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013>

- Faro, A., Silva, L. S., Nunes, D. S. & Feitosa, A. L. B. (2020). Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19. *Scielo Preprint*. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/898>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2018). Emotional processing in obesity: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(1), 111–120. doi: 10.1111/obr.12607
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*, 307(5), 491–497. doi:10.1001/jama.2012.39
- Forbush, K. T., et al. (2013). Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). *Psychological Assessment*, 25(3), 859-78. doi: 10.1037/a0032639.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W. & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista brasileira de psiquiatria*, 23(4), 215-20. doi:10.1590/S1516-44462001000400008
- Gordon, E. L., Terrill, A. L., Smith, T. W., Ibele, A. R., Martinez, P., & McGarrity, L. A. (2022). Overvaluation of Shape and Weight (Not BMI) Associated with Depressive Symptoms and Binge Eating Symptoms Pre- and Post-bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 32(10), 2272-2279. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06062-4>
- Gormally J., Black S., Daston S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 7(1), 47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M. & Sullivan, M. A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity research*, 13(2), 244-249. doi:10.1038/oby.2005.33
- Himmelstein, M. S., Knepp, K. A., & Phelan, S. M. (2022). The role of weight stigma in weight regain in bariatric surgery. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 1076696. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1076696>

- Hult, M., te Riele, W., Fischer, L., Röstad, S., Orava, K., Heikkinen, T., Sandbu, R., Juuti, A., & Bonn, S. E. (2022). Women's Reasons to Seek Bariatric Surgery and Their Expectations on the Surgery Outcome — a Multicenter Study from Five European Countries. *Obesity Surgery*, 32(9), 3722-3731. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06280-w>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro (RJ), 113 p.
- Ivezaj, V., Kessler, E. E., Lydecker, J. A., Barnes, R. D., White, M. A., & Grilo, C. M. (2017). Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. *Surg Obes Relat Dis.*, 13(3), 392-398. doi: 10.1016/j.soard.2016.09.028
- Krueger, R. F., Derringer J., Markon K. E., Watson D. & Skodol A. E. (2013). *PID-5 - Adult (Full Version)*. USA: American Psychiatric Association (APA).
- Lanyon, R. I. & Maxwell, B. M. (2007). Predictors of outcome after gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 17(3), 321-328. doi:10.1007/s11695-007-9059-5
- Lier, H. O., Biringer, E., Stubhaug, B. & Tangen, T. (2013). Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: the role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(2), 89-96. doi:10.3109/08039488.2012.684703
- Lluch, A., Herbeth, B., Méjean, L., & Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *International Journal of Obesity*, 24(11), 1493–1499. doi:10.1038/sj.ijo.0801425
- Machado, C. E., Zilberstein, B., Cecconello, I. & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 21(4), 185-191. doi: 10.1590/S0102-67202008000400007
- Makarawung, D. J. S., Montpellier, V. M., van den Brink, F., Woertman, L., Zijlstra, H., Mink van der Molen, A. B., van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2020). Body Image as a Potential Motivator for Bariatric Surgery: a Case-Control Study. *Obesity Surgery*, 30(9), 3768-3775. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04685-z>

- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R., & Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry*, 55(2), 248-59. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.021.
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.*, 23(2), 108-113. doi:10.1590/S0102-67202010000200010
- Marino J. M., Ertelt T. W., Lancaster K., Steffen K., Peterson L., de Zwaan M. & Mitchell J. E. (2012). The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications. *Int J Eat Disord*, 45(2), 179-84. doi: 10.1002/eat.20891.
- Mauro, M. F. F. P., Papelbaum, M., Brasil, M. A. A., Carneiro, J. R. I., Coutinho, E. S. F., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2019). Is weight regain after bariatric surgery associated with psychiatric comorbidity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(10), 1413–1425. <https://doi.org/10.1111/obr.12907>
- McLeod, B., Beban, G., Sanderson, J., McKillop, A., & Jull, A. (2012). Bariatric surgery makes dramatic difference to health-related quality of life. *New Zealand Medical Journal*, 125(1363), 46-52.
- Mendes, J. M. S., Lotufo Neto, F., Queiroga, M. C., de Lima, A. B. A. C., Abrantes, M. S. A. P., & Fonseca, E. N. R. da. (2021). Psychopathological profile of late bariatric individuals and its association with weight regain. *Research, Society and Development*, 10(11), e521101119872. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19872>
- Mercier, L. A., Fortin, A., Atto, E. J., & Lavoie, K. L. (2023). The nature of expectations of bariatric surgery in patients during the pre- and post-operative period: A unicentric, qualitative study of patient perspectives. *Clinical Obesity*, e12621. <https://doi.org/10.1111/cob.12621>
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E & Erdberg, P. (2017). *Rorschach sistema de avaliação por desempenho manual de aplicação, codificação e interpretação*

*e manual técnico*. Trad. Danilo Rodrigues Silva e Fabiano Koich Miguel. 1ª ed. São Paulo (SP): Hogrefe.

Meyer, G. J., & Eblin, J. J. (2012). An Overview of the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS). *Psychological Injury and Law*, 5, 107–121. <https://doi.org/10.1007/s12207-012-9130-y>

Meyer, G. J., Erard, R. E., Erdberg, P., Mihura, J. L., & Viglione, D. J. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. USA: Rorschach Performance Assessment System LLC.

Ministério da Saúde. (2022). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília, DF, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.

Ministério da Saúde. (2020). *Brasileiros buscaram suporte profissional durante a pandemia*. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10658>

Moraes, J. M., Caregnato, R. C. & Schneider, D. S. (2014). Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(2), 157-164. doi:10.1590/1982-0194201400028

Mühlhans, B., Horbach, T., & de Zwaan, M. (2009). Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(5), 414-21. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.05.004.

Murtha, J. A., Alagoz, E., Breuer, C. R., Eierman, L., Jawara, D., Farrar-Edwards, D., Voils, C. I., & Funk, L. M. (2023). Impact of COVID-19 on the Postoperative Bariatric Surgery Patient Experience. *Annals of Surgery*, 277(4), e745-e751. doi: 10.1097/SLA.0000000000005446

Nickel, F., Schmidt, L., Bruckner, T., Büchler, M. W., Müller-Stich, B. P., & Fischer, L. (2017). Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-



efficacy within 6 and 24 months - a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(2), 313-319. doi: 10.1016/j.soard.2016.08.017

Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Bessel, M., Brunoni, A. R., Kemp, A. H., Benseñor, I. M., Chor, D., Barreto, S., Schmidt, M. I. (2016). Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(2), 91-97. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1714

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1994). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021a). *Obesity fact sheet*. Recuperado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021b). *Global Health Observatory Data - Overweight and obesity*. Recuperado de: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=en>

Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A. S. & Loureiro, S. R. (2009). Study of discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Pearl, R. L., Wadden, T. A., Walton, K., Allison, K. C., Tronieri, J. S., & Williams, N. N. (2019). Health and appearance: Factors motivating the decision to seek bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(4), 636-642. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.015>

Perdue, T. O., Schreier, A., Swanson, M., Neil, J., & Carels, R. (2020). Majority of female bariatric patients retain an obese identity 18-30 months after surgery. *Eat Weight Disord.*, 25(2), 357-364. doi:10.1007/s40519-018-0601-3

Perdue, T. O., Neil, J. A. (2020). 'Shopping for a new body': descriptions of bariatric post-operative adjustment. *Eat Weight Disord*, 25, 1499-1505. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00783-9>

- Peterhänsel, C., Linde, K., Wagner, B., Dietrich, A., & Kersting, A. (2017). Subtypes of Personality and 'Locus of Control' in Bariatric Patients and their Effect on Weight Loss, Eating Disorder and Depressive Symptoms, and Quality of Life. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 397–405. <https://doi.org/10.1002/erv.2534>
- Ribeiro, G. A. N. de A., Giapietro, H. B., Belarmino, L. B., & Salgado-Junior, W. (2018). Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: problems that remain. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 31(01), e1356. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1356>
- Ribeiro, G. A. N. A., Giampietro, H. B., Belarmino, L. B., & Salgado-júnior, W. (2016). Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 29(1), 27-30. doi:10.1590/0102-6720201600s10008
- Ribeiro, G. A. N. A., Santos, J. E. & Loureiro, S. R. (2011). Perfil Psicológico de Mulheres e a Cirurgia Bariátrica: Estudo Exploratório. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(2), 169-176.
- Rutledge, T., Ellison, J. K., & Phillips, A. S. (2020). Revising the bariatric psychological evaluation to improve clinical and research utility. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(4), 660–665. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00060-1>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M. & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214–222. doi:10.1590/S0102-311X2009000100023
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., Pinho, P. S. & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544-560. doi:10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P., Silva, N. T. B., Tams, B., Patella, A. M. & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543. doi: 10.1590/0102-311X00144612

- Santos, H. N., Lima, J. M. S. & Souza, M. F. C. (2014). Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5), 1359-1365. doi: 10.1590/1413-81232014195.04232013
- Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magee, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., Rosato, E. F., Williams, N. N., & Wadden, T. A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 14(9), 1148-56. doi: 10.1381/0960892042386922.
- Schmitz, C. (2022). *LimeSurvey Manual*. Disponível em: [https://manual.limesurvey.org/index.php?title=Installation\\_security\\_hints&oldid=172297](https://manual.limesurvey.org/index.php?title=Installation_security_hints&oldid=172297)
- Silva, W. A. D., Brito, T. R. S., Dantas, L. G. F. & Simeão, S. S. S. (2020). Características psicométricas da versão brasileira da Fear of COVID-19 Scale. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(3), 5-18. <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2020v72i3p.5-18>
- Sisto, A., Vicinanza, F., Tuccinardi, D., Watanabe, M., Gallo, I. F., D'Alessio, R., Manfrini, S. & Quintiliani, L. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on patients included in a bariatric surgery program. *Eating and Weight Disorders*, 1737-1747. doi:10.1007/s40519-020-00988-3
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2019). *Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018*. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>
- Sousa, P., Bastos, A. P., Venâncio, C., Vaz, A. R., Brandão, I., Costa, J. M., Machado, P., Conceição, E. (2014). Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: o papel do peso, da alimentação e da imagem corporal [Understanding depressive symptoms after bariatric surgery: the role of weight, eating and body image]. *Acta Med Port.*, 27(4), 450-7. doi:10.20344/amp.4907
- Suen, P. J. C., Bacchi, P. S., Razza, L., Dos Santos, L. A., Fatori, D., Klein, I., Passos, I. C., Smoller, J. W., Bauermeister, S., Goulart, A. C., de Souza Santos, I., Bensenor, I. M., Lotufo, P. A., Heeren, A., & Brunoni, A. R. (2022). Examining the impact of the COVID-19 pandemic through the lens of the network approach to psychopathology:

- Analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Health (ELSA-Brasil) cohort over a 12-year timespan. *Journal of Anxiety Disorders*, 85, 102512. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102512
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed., Vol. 5). USA: Pearson.
- Ulian, M. D., Unsain, R. F., Franco, R. R., Santo, M. A., Brewis, A., Trainer, S., SturtzSreetharan, C., Wutich, A., Gualano, B., & Scagliusi, F. B. (2023). Weight stigma after bariatric surgery: A qualitative study with Brazilian women. *PloS One*, 18(7), e0287822. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287822>
- Van Hout, G. C. M., Hagendoren, C. A., Verschure, S. K. & Van Heck, G. L. (2009). Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 19(6), 701-707. doi:10.1007/s11695-008-9446-6
- Venzon, C. N. & Alchieri, J. C. (2014). Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *Revista de Psicologia de Porto Alegre*, 45(2), 239–249. doi: 10.15448/1980-8623.2014.2.14806
- Wedin, S., Byrne, K., Morgan, K., Lepage, M., Goldman R., Crowley N., ... Borckardt, J. J. (2012). Presurgical weight is associated with pain, functional impairment, and anxiety among gastric bypass surgery patients. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-5, doi:10.1155/2012/412174
- Weineland, S., Lillis, J., & Dahl, J. (2013). Measuring experiential avoidance in a bariatric surgery population--psychometric properties of AAQ-W. *Obes Res Clin Pract.*, 7(6), e464-75. doi:10.1016/j.orcp.2012.06.002
- Williams-Kerver, G. A., Steffen, K. J. & Mitchell, J. E. (2019). Eating Pathology After Bariatric Surgery: an Updated Review of the Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 86. doi: 10.1007/s11920-019-1071-7.
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision – ICD-11*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficed%2fentity%2f149403041>

- Youssef, A., Cassin, S. E., Wnuk, S., Leung, S., Jackson, T., & Sockalingam, S. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on bariatric patients' self-management post-surgery. *Appetite, 162*, 105166. doi: 10.1016/j.appet.2021.105166
- Youssef, A., Keown-Stoneman, C., Maunder, R., Wnuk, S., Wiljer, D., Mylopoulos, M., & Sockalingam, S. (2020). Differences in physical and mental health-related quality of life outcomes 3 years after bariatric surgery: a group-based trajectory analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 16*(11), 1837-1849. doi: 10.1016/j.soard.2020.06.014
- Zatti, C., Oliveira, S. E. S., Guimarães, L. S. P., Calegari, V. C., Benetti, S. P. C., Serralta, F. B. & Freitas, L. H. M. (2020). Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory – Brief Form (PID-5-BF). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 42*(4), 291-301. doi:10.1590/2237-6089-2019-0073
- Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller O., ... Müller, A. (2011). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders, 133*(1-2), 61-68. doi:10.1016/j.jad.2011.03.025



**APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto****Departamento de Psicologia - Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP)**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**, que tem por objetivo examinar indicadores relativos às emoções, aos pensamentos e aos estilos de comportamento alimentar de indivíduos que fizeram cirurgia bariátrica há pelo menos 24 meses (dois anos). Esta pesquisa está sendo desenvolvida como atividade de Mestrado da psicóloga Letícia Altheman Loureiro, com orientação da Profa Dra. Sonia Regina Pasian, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), na Universidade de São Paulo (USP).

Você está sendo convidado a acessar um formulário on-line, onde irá responder a alguns instrumentos de avaliação psicológica, estimando-se um tempo de 30 minutos para as atividades. Essas atividades solicitam respostas a perguntas sobre seu desenvolvimento e sua vida após a realização da cirurgia bariátrica. Ao final, você também será convidado a participar de mais uma atividade, em um momento diferente, em chamada de vídeo conferência com a pesquisadora, ficando a seu critério a participação ou não. Essa atividade serve para compreender sua forma de pensar e sentir no cotidiano, sendo tarefa comum de nossa vida. Estima-se para essa atividade cerca de 60 minutos. Caso haja interesse, um novo dia e horário será agendado com a pesquisadora para realização da atividade por chamada de vídeo conferência.

Para participar dessa pesquisa você precisará de rede de internet e um equipamento, computador ou *tablet*, com acesso à internet. A participação nessas atividades poderá trazer alguma lembrança desconfortável, mas nada diferente de sua vida. Consideramos que o risco em participar desta pesquisa é mínimo. Enquanto pesquisadora responsável pelo estudo, estou à sua disposição para quaisquer questões e, caso algum desconforto lhe ocorra, você pode falar abertamente comigo, de modo que buscarei as medidas mais adequadas para resolver essa situação. Da mesma forma, os cuidados referentes ao ambiente virtual também serão tomados por mim para assegurar confidencialidade aos dados fornecidos por você.

Se você aceitar participar da pesquisa não estará obtendo benefícios diretos. Ao participar você estará contribuindo para o conhecimento científico sobre o tema do tratamento da obesidade pela cirurgia bariátrica. Você não terá nenhuma despesa ou custos financeiros para participar desta pesquisa e também não receberá nenhuma remuneração por participar desse estudo. Caso haja qualquer gasto ou despesas decorrentes da sua participação, você será ressarcido por mim. Você tem direito à indenização em caso de dano decorrente da pesquisa, conforme as leis vigentes no país.

Você pode desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois das atividades, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Para isso, você pode enviar um e-mail no seguinte endereço: [psilealtheman@gmail.com](mailto:psilealtheman@gmail.com). Você não terá qualquer consequência negativa em deixar de participar do estudo, caso assim julgue mais adequado. Também poderá não responder a qualquer pergunta do estudo sem prejuízos ou consequências negativas para você.

Os dados obtidos por meio do formulário on-line serão arquivados em banco de dados dos servidores da FFCLRP-USP, tendo acesso limitado. Os dados obtidos por meio da chamada de vídeo com a pesquisadora formarão um banco de dados de acesso restrito, armazenados em computador e HD externo próprios da pesquisadora ou do seu laboratório de pesquisa. Não serão utilizadas

plataformas de “nuvem” ou de compartilhamento de dados disponíveis na internet. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados de forma global, procurando-se características comuns entre os participantes. Por isso, sua identidade não será divulgada, sendo garantido o anonimato e sigilo de suas respostas mesmo quando os dados forem publicados. Caso deseje informações sobre os resultados, poderemos agendar uma conversa para apresentar seus principais achados.

Coloco-me disponível para eventuais dúvidas e necessidades, por meio do telefone (16) 99637-0480 e e-mail: [psilealtheman@gmail.com](mailto:psilealtheman@gmail.com). Além disso, em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP**. Avenida Bandeirantes, 3900 – Bloco 1 – Prédio da Administração – Sala 07 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil, Fone: (16) 3315-4811, Atendimento de 2<sup>a</sup>. a 6<sup>a</sup>. feiras das 13:30 às 17:30 horas - E-mail: [coetp@listas.ffclrp.usp.br](mailto:coetp@listas.ffclrp.usp.br)

Uma via deste documento será disponibilizada para você. É importante que você guarde essa via com você em seus arquivos.

Desde já agradecemos, contamos com sua participação nesta pesquisa.

---

**Letícia Altheman Loureiro**  
Psicóloga / Pesquisadora responsável  
CRP: 06/149418

---

**Profa. Dra. Sonia Regina Pasian**  
Orientadora  
CRP: 06/24018

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) participante

Pesquisadoras Responsáveis:

**Letícia Altheman Loureiro** (CRP 06/149418), psicóloga, pesquisadora responsável e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP / E-mail: [psilealtheman@gmail.com](mailto:psilealtheman@gmail.com)

**Profa. Dra. Sonia Regina Pasian** – Orientadora, Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP - Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico – Departamento de Psicologia – Faculdade de Ciências e Letras – Universidade de São Paulo | Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre – Ribeirão Preto (SP) – CEP: 14.040-901 / E-mail: [srpasian@ffclrp.usp.br](mailto:srpasian@ffclrp.usp.br)



**APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE****DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de nascimento (cidade e estado): \_\_\_\_\_

Local onde reside no momento (cidade e estado): \_\_\_\_\_

Anos de Escolaridade (considerar 11 anos até o Ensino Médio - incluir cursinho se houver):  
\_\_\_\_\_ anos

Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

**DADOS DE SAÚDE**

Data da realização da cirurgia bariátrica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de realização da cirurgia (clínica e/ou serviço hospitalar):  
\_\_\_\_\_

Cidade e Estado onde realizou a cirurgia: \_\_\_\_\_

Maior peso antes da cirurgia na idade adulta (acima de 18 anos): \_\_\_\_\_ kg

Peso imediatamente antes da cirurgia: \_\_\_\_\_ kg

Menor peso após a cirurgia: \_\_\_\_\_ kg / Quando? \_\_\_\_\_ (meses após a  
cirurgia)Maior peso após a cirurgia: \_\_\_\_\_ kg / Quando? \_\_\_\_\_ (meses após a  
cirurgia)

Peso atual: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m

Desde o início da pandemia, foi diagnosticado com COVID-19? \_\_\_\_\_

Desde o início da pandemia, teve sintomas de COVID-19? \_\_\_\_\_



## APÊNDICE C: CONVITE À PESQUISA DIVULGADO EM MÍDIAS SOCIAIS

“Boa tarde, pessoal! Meu nome é Letícia, sou psicóloga e pesquisadora de mestrado da USP. Gostaria de convidá-los para participar da minha pesquisa com o objetivo de compreender melhor as emoções, pensamentos e alimentação de quem fez a cirurgia bariátrica há dois anos ou mais. *LINK PARA PARTICIPAR:* <https://limesurvey.ffclrp.usp.br/index.php?r=survey/index&sid=8&newtest=Y&lang=pt-BR>

A sua participação contribui para melhorar os cuidados oferecidos a quem fez ou fará a cirurgia! Muito obrigada!”.

# CONVITE

---

## PESQUISA ONLINE CIRURGIA BARIÁTRICA




**OBJETIVO: COMPREENDER COMO ESTÃO AS EMOÇÕES, PENSAMENTOS E ALIMENTAÇÃO DE QUEM FEZ A CIRURGIA BARIÁTRICA.**

**PÚBLICO ALVO: SE VOCÊ TEM ENTRE 18 E 65 ANOS E FEZ A CIRURGIA BARIÁTRICA HÁ DOIS ANOS OU MAIS, VENHA COLABORAR COM ESSA PESQUISA!**

**CONTAMOS COM SUA PARTICIPAÇÃO!**

**PARA PARTICIPAR, ACESSE O LINK DISPONÍVEL NA MENSAGEM ACIMA QUE ACOMPANHA ESSA IMAGEM!**

**CONTATO PARA ESCLARECIMENTO:**  
LETÍCIA ALTHEMAN LOUREIRO  
(16)99637-0480  
LETICIA.LOUREIRO@USP.BR





PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO  
EM PSICOLOGIA  
FFCLRP  
USP



FFCLRP



USP  
Universidade  
de São Paulo



## **APÊNDICE D: IMAGEM DA TELA DO PRIMEIRO INSTRUMENTO DO FORMULÁRIO ON-LINE**



Os itens a seguir servem para avaliar a *classificação socioeconômica* da sua família.

**\* Assinale a quantidade de cada item que pode ser encontrada no seu domicílio:**

	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de banheiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de geladeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de lavadora de louças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO NO CEP**



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

---

OF.76/CEP/FFCLRP/USP/23.06.2021

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que a emenda ao projeto de pesquisa intitulado “**Funcionamento psicológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**” foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 216ª Reunião Ordinária, realizada em 17.06.2021, e enquadrada na categoria: **APROVADA** (CAAE nº 30200320.7.0000.5407).

De acordo com a Resolução nº466 de 12.12.2012, devem ser entregues **relatórios semestrais** e, ao término do estudo, um **relatório final**, sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

**Profa. Dra. Sylvia Domingos Barrera**  
Coordenadora

Ilma. Sra.  
Leticia Altheman Loureiro  
Programa de Pós-graduação em Psicobiologia da FFCLRP-USP