



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA**

MARIA CLARA PEREIRA FIALHO

**ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS, CONSUMO DE ÁLCOOL E
COMPULSÃO ALIMENTAR EM IDOSOS SUBMETIDOS À *BYPASS* GÁSTRICO
EM Y DE ROUX**

BRASÍLIA-DF

2020



MARIA CLARA PEREIRA FIALHO

**ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS, CONSUMO DE ÁLCOOL E
COMPULSÃO ALIMENTAR EM IDOSOS SUBMETIDOS À *BYPASS* GÁSTRICO
EM Y DE ROUX**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção ao grau de Mestre em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Einstein Francisco de Camargos

BRASÍLIA

2020

FF438e Fialho, Maria Clara Martins Pereira
Estudo de sintomas depressivos, ansiosos, consumo de
álcool e compulsão alimentar em idosos submetidos à bypass
gástrico em Y de Roux. / Maria Clara Martins Pereira
Fialho; orientador Einstein Francisco de Camargos. --
Brasília, 2020.
83 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências Médicas) --
Universidade de Brasília, 2020.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Idosos. 3. Depressão. 4.
Ansiedade. 5. Compulsões. I. Camargos, Einstein Francisco
de, orient. II. Título.

**ESTUDO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS, CONSUMO DE ÁLCOOL E
COMPULSÃO ALIMENTAR EM IDOSOS SUBMETIDOS À *BYPASS* GÁSTRICO
EM Y DE ROUX**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção ao grau de Mestre em Ciências Médicas.

Aprovada em 08/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Einstein Francisco de Camargos - Orientador
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta
Universidade federal de Ouro Preto – UFOP

Prof.^a. Dr.^a. Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione
Universidade de Brasília - UnB

AGRADECIMENTOS

A meu companheiro de estrada e de vida, José Renato, que foi continência, suporte, ombro amigo, incentivador, minha calma e meu bálsamo em todos os momentos;

Aos meus filhos Miguel e Inácio que acreditam em mim e que enchem de luz, de vida e de esperança, meus dias, meu coração e minha casa;

Aos meus pais, que mesmo distantes fisicamente, são afetivamente disponíveis;

Ao meu orientador, Dr. Einstein Camargos, por aceitar o desafio deste projeto comigo, por ser incentivador e por sua despreziosa generosidade em ensinar;

Ao Dr. Sérgio Arruda, pela crença constante e incentivo neste trabalho, pela generosidade de abrir sua clínica e compartilhar as histórias de vida que por ele passam;

À minha amiga e colega de trabalho Juliana Cunha, com quem dividi angústias, multipliquei esperanças e aprendi, construindo caminhos e uma história para sempre guardada, com muito carinho;

À minha amiga querida Juliana Quintas, que foi tão importante em momentos que pensei mais fácil desistir, por sua energia positiva e capacidade de empatia. E por tantas vezes, ter um olhar atento aos meus pequenos.

Aos pacientes que se disponibilizaram a participar da pesquisa e dividiram suas histórias conosco;

À cada professor com quem tive a oportunidade de aprender;

Aos meus amigos, por tornarem leve e alegre minha vida e de minha família;

A todas as pessoas que direta ou indiretamente estiveram presentes neste período;

A quem, podendo ajudar, dificultou o processo, me fiz mais forte!

*“Os avós eram de carne e osso.
Tinham braços, pernas e cabeça,
artérias, nervos, coração e alma.*

*Humanos como nós, os velhos tauras,
mas de bronze e de ferro nos parecem
esses campeiros que fizeram história.*

*Estátuas vivas de perenidade
Nos pedestais do tempo e da memória.”*

Apparicio Silva Rillo.

RESUMO

Introdução: O número de idosos submetidos a cirurgia bariátrica tem aumentado substancialmente nos últimos anos. Há estudos abordando sintomas de saúde mental em jovens, mas não em idosos pós-procedimento cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar sintomas depressivos e ansiosos, consumo de álcool e compulsão alimentar, por meio de testes e entrevistas padronizadas, em idosos submetidos à cirurgia bariátrica. **Métodos:** Trata-se de estudo analítico que utilizou dados atuais (prontuários, inventários e escalas) com amostra de conveniência de modo a compor estudo transversal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Através da investigação de 74 idosos que foram submetidos a cirurgia bariátrica após os 55 anos de idade e que no momento da pesquisa estavam com 60 anos ou mais, em um centro especializado em cirurgia bariátrica por Y de Roux, em Brasília, DF, Brasil, utilizando como ferramentas o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Identificação de Distúrbios Devido ao uso de Álcool (AUDIT) e Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Variáveis demográficas e clínicas relacionadas ao procedimento cirúrgico (perda de peso, reganho) foram também coletadas. Foram empregados os testes de tendência de Cochran-Armitage ou Qui-quadrado de Pearson e um modelo de regressão linear múltiplo quando pertinente. Considerou-se significativo $p < 0,05$, as análises foram realizadas pelo aplicativo SAS 9.4. **Resultados:** Dos 74 idosos avaliados, a maioria era branca ($n = 65,7\%$), mulher ($n = 78,3\%$), com idade média de $65,8 \pm 3,9$ anos. O tempo médio da cirurgia até a avaliação foi de $75,7 \pm 43,7$ meses. Em sua maioria ($89,2\%$), os idosos apresentam poucos sintomas depressivos (mínimos ou leves), poucos sintomas de ansiedade (mínimos ou leves) ($92,9\%$) e não apresentam consumo abusivo de álcool ($93,2\%$). O reganho de peso não esteve associado à gravidade dos sintomas depressivos ou ao consumo alcoólico de risco, mas foi significativamente associado ($p = 0,034$) a poucos sintomas ansiosos (BAI = mínimo e leve). A perda de excesso de peso não foi associada a nenhuma variável estudada.

Conclusão: Os resultados demonstram uma baixa prevalência de sintomas de sofrimento mental em idosos submetidos à cirurgia bariátrica comparado a dados da literatura de adultos jovens submetidos ao mesmo procedimento.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, idosos, depressão, ansiedade, consumo de bebida alcoólica, compulsão alimentar.

ABSTRACT

Background: The number of older people undergoing bariatric surgery has increased substantially in recent years. Studies are addressing mental health symptoms in young adults, but not in older adults after surgery. **Objectives:** To evaluate depression and anxiety symptoms, alcohol consumption, and binge eating in older adults undergoing bariatric surgery using standardized tests and interviews. **Methods:** This analytical study used current data (from medical records, inventories, and scales) to conduct a cross-sectional study of a convenience sample of patients undergoing bariatric surgery. A total of 74 older adults undergoing Roux-en-Y gastric bypass before 55 years old in a center specialized in the treatment of obesity in Brasilia, Federal District, Brazil, were evaluated by the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and Binge Eating Scale (BES). Demographic and clinical data related to the surgical procedure (weight loss) were also collected. The Cochran-Armitage trend test, Pearson's chi-square test, and a multiple linear regression model were used as needed. Data were analyzed using SAS, version 9.4. A p-value <0.05 was considered significant. **Results:** Of the 74 individuals evaluated, most were white (65.7%) and women (78.3%), with a mean (SD) age of 65.8 (3.9) years. The mean (SD) time elapsed from surgery to evaluation was 75.7 (43.7) months. Most (89.2%), the elderly have few depressive symptoms (minimal or mild), few anxiety symptoms (minimal or mild) (92.9%) and do not have alcohol abuse (93.2%). Weight regain was not associated with depressive symptom severity or risky alcohol consumption, but it was significantly associated ($p = 0.034$) with few anxiety symptoms (BAI score = minimal and mild). Excess weight loss was not associated with any study variable.

Conclusions: The results show a low prevalence of mental suffering symptoms in older adults undergoing bariatric surgery compared to data from the literature on young adults undergoing the same procedure.

Keywords: bariatric surgery, aged, depression, anxiety, alcohol drinking, binge eating.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas da amostra de idosos submetidos à cirurgia bariátrica, Brasília, Brasil (N = 74).	40
Tabela 2 - Resultados de BDI, BAI e AUDIT associados às variáveis de perda e excesso de peso e de ganho de peso.	41
Tabela 3 - Associação de variáveis clínicas com BDI.	41
Tabela 4 - Associação de variáveis clínicas com BAI	43
Tabela 5 - Associação de variáveis clínicas com AUDIT	44
Tabela 6 - Modelo de Regressão Linear múltiplo da % da perda de excesso de peso por variáveis demográficas.....	44
Tabela 7 - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson do Tempo de Cirurgia com os indicadores BDI, BAI e Audit.	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cirurgia de Bypass gástrico - gastroplastia em “Y de Roux”(Adaptado de Neff & Le Roux, 2013).	20
Figura 2 - Prevalência global de transtornos depressivos, por idade e sexo (%), 2015 (fonte dos dados: University of Washington, 2015).	24
Figura 3 - Prevalência global de transtornos de ansiedade, por idade e sexo (%), 2015 (fonte dos dados: University of Washington, 2015).....	26
Figura 4 - Variação do tempo decorrido desde a cirurgia até a avaliação.	41
Figura 5 - Número de indivíduos que apresentaram reganho de peso.	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUD	Transtorno por uso de álcool (alcohol use disorder)
AUDIT	Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BE	Compulsão Alimentar (binge eating)
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DM	Diabetes Mellitus
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – 5ª Edição
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSO	International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders
IMC	Índice de Massa Corpórea
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
LOC	Sensação de perda de controle
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OBE	Compulsão objetiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SÍMBOLOS

kg	Quilogramas
kg/m²	Quilogramas por metro cuadrado
m	Metro
mg/Dl	Miligramas por decilitro
ng/Dl	Nanogramas por decilitro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBESIDADE EM IDOSOS	16
1.2	CIRURGIA BARIÁTRICA	18
1.2.1	Cirurgia bariátrica por bypass gástrico	19
1.2.2	Cirurgia bariátrica em idosos	20
1.3	SOBRE DEPRESSÃO E ANSIEDADE	23
1.4	SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL	27
1.5	SOBRE TRANSTORNOS ALIMENTARES	29
1.6	ACOMPANHAMENTOS PSICOLÓGICOS PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	31
2	OBJETIVOS	34
2.1	OBJETIVO GERAL	34
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	34
3	MÉTODOS	35
3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
3.2	AMOSTRA	35
3.3	PROCEDIMENTOS	36
3.4	MÉTODOS ESTATÍSTICOS	39
4	RESULTADOS	40
5	DISCUSSÃO	46
6	CONCLUSÃO	54
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	APÊNDICES	71
	ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é frequentemente indicada a indivíduos com diagnóstico de obesidade mórbida que podem ter sua qualidade e expectativa de vida diminuídas em decorrência desse agravo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano 2020, dois terços das doenças serão atribuíveis a doenças não transmissíveis, muitas delas relacionadas à alta ingestão calórica e ao consequente aumento de doenças crônicas, uma delas é a obesidade (Duque et al., 2016). Não raro, esses pacientes têm um histórico de insucessos em outros tratamentos contra a obesidade e buscam por meio da cirurgia a desejada perda consistente de peso, almejando melhora da qualidade de vida.

Essa intervenção tem sido o tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida em todas as faixas etárias e é considerada superior ao tratamento clínico-ambulatorial em termos de perda de peso e melhora de comorbidades (Dorman, R. B., Abraham, A. A., Al-Refaie, W. B., Parsons, H. M., Ikramuddin, S., & Habermann, 2012). Entre o público que busca a intervenção cirúrgica, tem-se observado um número crescente de idosos, resultado de um aumento demográfico dessa faixa etária, das percepções sociais positivas sobre a idade e da evolução tecnológica que reduziu significativamente as complicações cirúrgicas. Atualmente um em cada três idosos sofre de obesidade e estima-se que a prevalência de obesidade nessa parcela da população cresça nos próximos anos (Quirante et al., 2017). Pesquisadores argumentam que, ainda que pessoas mais velhas não tenham os mesmos benefícios de um adulto jovem submetido ao mesmo procedimento, a intervenção se mostra suficientemente segura e eficaz na faixa geriátrica e tem se mostrado mais eficiente no tratamento da obesidade mórbida que outros tratamentos médicos (Juliana Bento Cunha et al., 2020; Dorman, R. B., Abraham, A. A., Al-Refaie, W. B., Parsons, H. M., Ikramuddin, S., & Habermann, 2012). Além disso, a incidência de obesidade na população mais velha vem aumentando nos últimos dez anos, com estudos atuais mostrando que pessoas mais velhas avaliadas por um processo multidisciplinar cuidadoso podem realizar a cirurgia de forma segura (Parmar et al., 2017).

A principal preocupação com cirurgias bariátricas em pessoas mais velhas consiste no risco aumentado de morbidade e mortalidade perioperatórias, além da adequação da perda de peso devido à imobilidade relativa dos pacientes mais velhos (Printen, K. J., & Mason, 1977). Existem várias modalidades de cirurgias bariátricas, sem contudo, uma especificamente indicada para essa população (K. O'Keefe et al., 2010). Estudos apontam que dentre as

possíveis interferências da idade no processo de cicatrização de feridas em todos os tecidos, o organismo envelhecido concorreria para maior chance de atrofia, perda progressiva de função, maior vulnerabilidade ao meio ambiente, menor perda de peso devido à diminuição da capacidade metabólica e maior presença de sarcopenia (Giordano & Victorzon, 2015). Em contra partida, sugerem que para além da perda de peso há uma elevação significativa (de 5 a 10 anos) na sobrevida do indivíduo (Arterburn et al., 2015). Nas opções de controle de peso para pessoas com obesidade extrema, a cirurgia bariátrica está entre as poucas estratégias eficazes (Sarwer et al., 2005).

A obesidade extrema está associada também a comorbidades psiquiátricas importantes, dentre elas a depressão, ansiedade, transtorno alimentar e o transtorno de abuso de substâncias, mais comumente, o álcool (Sarwer et al., 2005). Parece que mesmo após o procedimento cirúrgico cerca de 40% dos pacientes tem pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, de acordo com estudo de Yen et al. (2014), que também sugere depressão, ansiedade e compulsão alimentar, como prevalentes entre os candidatos a cirurgia bariátrica.

Cabe salientar, que a maioria dos estudos em pessoas mais velhas que optam pela cirurgia bariátrica avalia aspectos relativos à morbimortalidade pós-procedimento, sobretudo percentual de perda de peso e melhoria de parâmetros metabólicos (J B Cunha et al., 2020). No entanto, praticamente todos tem seguimentos de menos de três anos e poucos desses estudos abordaram elementos de saúde mental, como sintomas depressivos, ansiosos, consumo de álcool e compulsão alimentar no período pós-cirurgia bariátrica (Melissa A. Kalarchian et al., 2008). Há divergência de opiniões sobre a redução ou não desses transtornos após cirurgia bariátrica, pouco se sabe sobre associações entre comorbidades psiquiátricas e perda de peso no pós-operatório da cirurgia bariátrica (De Zwaan et al., 2011; Dawes et al., 2016).

Uma pesquisa (Ertelt et al., 2008) que investigou abuso e dependência de álcool autorreferidos em 70 pacientes pós-cirurgia bariátrica por Y de Roux, com media etária de 49.9 anos, identificou que 83% dos entrevistados consumia álcool após a cirurgia e destes, 84% relatam aumento da sensibilidade aos efeitos do álcool após a cirurgia. Um estudo Sueco de obesos – SOS (Sjöström et al., 2007) com adultos jovens (37 a 60 anos) examinou num período de até 22 anos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e identificou que os indivíduos que passaram por bypass gástrico em Y de Roux, apresentaram maior tendência a risco aumentado de abuso de álcool e risco elevado em ter problemas com álcool.

Contrariamente, estudo de Woodard et al. (2011), avaliou 19 pacientes pré-cirurgia, 3 e 6 meses após procedimento cirúrgico, destes 74% bebiam álcool antes e 44% passaram a consumir álcool, 3 ou 6 meses após o procedimento cirúrgico. Diferentemente, King et al., 2012, estudou 1945 pacientes pós-cirurgia bariátrica e idade média de 47 anos, aplicou o questionário Audit como ferramenta de avaliação do consumo de álcool e não observou diferença de consumo pré-cirurgia e um ano após, porém dois anos após o procedimento cirúrgico, houve um aumento no consumo alcoólico. Entre as variáveis independentes associadas a uma chance aumentada de consumo de álcool, estão: sexo masculino, mais jovens, com consumo regular de álcool antes da cirurgia. Entre os estudos, se sabe que existe uma melhora geral na qualidade de vida e na redução de comorbidades, porém há um aumento na incidência de consumo de álcool e outras substâncias (Bruze et al., 2018; Raaijmakers et al., 2017; Karlsson et al., 2007; Svensson et al., 2013; Neovius et al., 2018).

O consumo excessivo de álcool guarda relação com o consumo de tabaco e de drogas ilícitas, além de contribuir para o surgimento de transtornos psicossociais como depressão, pensamentos de autoextermínio e transtornos comportamentais e pode ser muito presente em pacientes com sobrepeso ou após a perda de peso (Babor et al., 2001). Quanto ao transtorno alimentar, alguns estudos falam do desenvolvimento de uma transferência de dependência, após o procedimento cirúrgico, na impossibilidade do ato de comer, os sujeitos passam a desenvolver uma compulsão alcóolica (Steffen et al., 2015).

Acerca da ansiedade, investigações em adultos jovens mostram que não existe impacto significativo na redução da ansiedade pós-cirurgia, ainda que ela possa estar associada a maiores perdas de peso (Karlsson et al., 2007). Por outro lado, alguns estudos sugerem que a ansiedade influencia negativamente a perda de peso pós-cirurgia bariátrica (Legenbauer et al., 2009; Legenbauer et al., 2011; Kalarchian et al., 2008; Semanscin-Doerr et al., 2010; De Zwaan et al., 2011).

Todos os elementos discorridos até aqui, serão tratados ao longo da dissertação com mais detalhes, considerando serem as variáveis pesquisadas neste estudo em idosos que optaram pela cirurgia bariátrica, baseados na escassa literatura sobre eles nesta população.

1.1 OBESIDADE EM IDOSOS

Há uma tendência global de aumento da prevalência de obesidade, alcançando

proporções epidêmicas no contexto da saúde do adulto mais velho. Nos Estados Unidos, o *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* 2009-2010, identificou que um em cada três homens com mais de 60 anos é obeso e essa proporção aumenta substancialmente entre as mulheres chegando a 42,3%, notadamente mulheres negras não-hispânicas (55,5%) (Flegal et al., 2012). Na Europa houve um aumento de 17,5% em 2005 para 19,2% em 2013. Entre dez países avaliados, apenas na Espanha houve significativa redução do número de obesos ao longo dos anos (Peralta et al., 2018). Uma metanálise iraniana que envolvendo 18 estudos, mostra prevalência de obesidade de 21,4% entre os indivíduos com mais de 50 anos de idade daquele país (Vaisi-Raygani et al., 2019).

A obesidade no idoso, além de estar associada à piora de doenças relacionadas à síndrome metabólica e transtornos osteoarticulares, aumenta o risco de quedas, síndrome de fragilidade, depressão e demência, com consequente perda de funcionalidade (Haywood & Sumithran, 2019; Jantaratnotai et al., 2017; Samper-Ternent & Al Snih, 2012; Starr, Kathryn N Porter; McDonald & Bales, 2014).

Como guarda relação com quadros depressivos, dentre as hipóteses, um estudo desenvolvido em Amsterdam, com 26.628 participantes, 59,1% do sexo feminino sendo 11.837 portadores de transtorno depressivo maior e 14.791 indivíduos no grupo de controle, avaliou a relação entre obesidade e o quadro de transtorno depressivo maior. A hipótese é de que pacientes com depressão e aumento do apetite e/ou peso (aproximadamente 15% dos casos) carregam um maior número de variantes de risco genético para índice de massa corporal e níveis de proteína C reativa e leptina. Sugere, ainda, que o transtorno depressivo maior pode começar com uma inflamação generalizada que prejudica a produção ou transmissão de hormônios envolvidos na regulação do humor e do metabolismo. Níveis elevados de PCR e outras citocinas pró-inflamatórias podem levar a um hipotálamo hiperativo, que é a região do cérebro que rege a produção de precursores de neurotransmissores (como a serotonina), que comumente estão fora de equilíbrio nos distúrbios depressivos. O hipotálamo também controla a sinalização da leptina, cuja desregulação tem sido associada ao aumento do apetite e menor saciedade após as refeições. Os pesquisadores identificaram que distúrbios na sinalização de leptina influencia a regulação do humor, mas sinalizam que outras pesquisas a respeito precisam ser desenvolvidas (Milaneschi et al., 2017).

Diante de tantos elementos a serem estudados especificamente sobre a obesidade e suas implicações, o tratamento da obesidade deve ser multifatorial, tanto para adultos jovens, como

para adultos mais velhos, envolvendo mudanças de estilo de vida, controle de aspectos psicológicos e comportamentais e se necessário utilização de terapia farmacológica ou cirúrgica com acompanhamento multiprofissional adequado (Schutz et al., 2019) .

É de suma importância discutir e implementar medidas para o tratamento do sobrepeso e obesidade entre idosos em todos os níveis de atenção em saúde, a fim de reduzir comorbidades, custos associados e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

A cirurgia bariátrica é ao longo dos anos cada vez mais indicada para indivíduos com maior idade, em razão do aumento da expectativa de vida e do aprimoramento das técnicas, com redução da mortalidade perioperatória e da morbidade associada aos procedimentos (Gebhart et al., 2015).

1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

Como opção de tratamento da obesidade a cirurgia começou a ser testada na década de 1950, sem sucesso, posteriormente em 1966 pelo Dr. Edward Mason, nos Estados Unidos, com o conceito de restrição gástrica, quando percebeu que pacientes gastrectomizados por doença ulcerosa péptica tendiam a perder peso e tinham dificuldade em ganhar peso posteriormente (Tavares et al., 2011). Ao longo das décadas, outras técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas e aperfeiçoadas, para o tratamento não apenas da obesidade, mas também das doenças associadas ao excesso de peso.

Em 2013 foram realizadas 468.609 cirurgias bariátricas no mundo (95,7% via laparoscópica) e 86.840 no Brasil (Angrisani et al., 2015). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), houve um aumento de 42,7% no número de cirurgias realizadas no país (de 72 mil em 2012 para 105 mil em 2017)(Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2018). A maior parte dos procedimentos ocorre na rede privada, muito embora as cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tenham aumentado.

No Brasil o número de cirurgias bariátricas cresce ano a ano. Essa cirurgia é indicada, conforme OMS e o Ministério da Saúde, para pacientes com IMC igual ou maior 35 Kg/m² que tenham complicações como apneia do sono, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e doenças articulares degenerativas, ou para pacientes com IMC igual ou maior que 40 Kg/m²

que não tenham obtido sucesso na perda de peso após dois anos de tratamento clínico (incluindo o uso de medicamentos) (Ministério da Saúde, 2013).

Em 2015, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.131/15, ampliando o rol de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com IMC $\geq 35 \text{Kg/m}^2$. Foram incluídas: doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, *cor pulmonale* e síndrome de hipoventilação), asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias disciais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Em 2017, o CFM reconheceu a cirurgia metabólica como opção terapêutica para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com IMC entre 30 kg/m^2 e 34,9 kg/m^2 e doença não controlada com tratamento clínico (Conselho Federal de Medicina, 2017).

A cirurgia bariátrica é recomendada para indivíduos bem informados, motivados e gravemente obesos (Melissa A. Kalarchian et al., 2008).

1.2.1 CIRURGIA BARIÁTRICA POR BYPASS GÁSTRICO

A cirurgia de *bypass* gástrico, também chamada de *bypass* gástrico em Y de Roux, ocorre em duas etapas. Primeiro, o estômago é grampeado em sua porção superior, criando uma pequena bolsa, que será o novo estômago com capacidade menor (cerca de 30ml). Na sequência, a primeira porção do intestino delgado é seccionada e sua parte inferior conectada ao estômago reduzido (Figura 1). A área ignorada (estômago e parte superior do intestino delgado) é então conectada mais inferiormente ao intestino delgado, de forma que os ácidos e enzimas digestivas possam se misturar aos alimentos, auxiliando na digestão. Esse procedimento reduz o tamanho do estômago e ignora parte do intestino delgado para restringir a quantidade de alimentos consumidos e a absorção de nutrientes. O desvio do fluxo de alimentos produz alterações nos hormônios intestinais que promovem a saciedade e suprimem a fome. O paciente submetido à cirurgia perde de 60% a 80% do excesso de peso inicial. O procedimento pode levar a deficiências de vitaminas e minerais a longo prazo. É o tipo de

cirurgia mais estudada e realizada no mundo. (Elder & Wolfe, 2007; Khwaja & Bonanomi, 2010; Neff & Le Roux, 2013).

Dados de um inquérito da *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* - IFSO que descreveu informações de pacientes de 31 países submetidos à cirurgia bariátrica entre 2013 e 2015 mostram que o *bypass* gástrico foi realizado em 49,4% dos casos, gastrectomia vertical em 40,7%, banda gástrica em 5,5% e os demais procedimentos em menos de 1% (Welbourn et al., 2018). Apesar das complicações registradas em ambos os procedimentos, não parece haver dados suficientemente claros que apontem para uma ou outra técnica cirúrgica como muito superior.



Figura 1 - Cirurgia de Bypass gástrico - gastroplastia em "Y de Roux" (Adaptado de Neff & Le Roux, 2013).

1.2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA EM IDOSOS

Entre as pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, os idosos representam uma parcela de 6 a 10% (Dorman et al., 2012; Gebhart et al., 2015; Kaplan et al., 2018; Ritz et al., 2014). Os critérios de indicação de cirurgia bariátrica em idosos são os mesmos já estabelecidos para indivíduos com menos de 60 anos, e a idade não é um fator excludente. Entretanto, é importante, na avaliação pré-operatória, levar em consideração os processos biológicos relacionados à senescência, como: a redução da reserva fisiológica de órgãos e sistemas, avaliação de comorbidades, medicamentos em uso, nutrição, status funcional, expectativa de vida, escolha

do procedimento mais adequado, com foco em melhorar qualidade de vida, sem aumento de morbidade e sem prejuízo da funcionalidade (Bales & Buhr, 2008; Baquero & Rich, 2015; Batsis et al., 2017; Horie et al., 2010).

Segundo os estudos, as complicações da cirurgia bariátrica em idosos, comparadas a adultos jovens, estão relacionadas ao procedimento cirúrgico, com os seguintes sintomas: vômitos, oclusão, abscesso, estenose e sangramento (Cunha et al., 2020). Entre as complicações não cirúrgicas, aparecem o tromboembolismo venoso, anemia, desnutrição e infecção (Gebhart et al., 2015; Pajecki et al., 2015; Pechman et al., 2019; Ritz et al., 2014). Contrariamente, estudo que analisou dados de 48.378 pacientes, entre eles 1.994 com 65 anos ou mais, evidenciou que a idade maior que 65 anos não prediz aumento dos eventos adversos significativos, apesar de uma tendência ao aumento da mortalidade nessa população (1,0% contra 0,15% na amostra total) (Dorman et al., 2012). A maioria das complicações está associada ao procedimento de *bypass* gástrico em Y de Roux (precocemente) e à banda gástrica ajustável (tardiamente). Não há relato de complicações típicas de pacientes idosos (Zaveri et al., 2016).

Quanto ao tempo de hospitalização por cirurgia em idosos, a literatura é divergente. Em uma revisão incluindo 15 estudos, com um total de 6.588 adultos maiores de 60 anos, nove deles reportaram resultados em relação ao tempo de internação para cirurgia entre idosos (Caceres et al., 2015). Estudo americano, que avaliou banco de dados de 136 centros que realizaram cirurgia bariátrica em um período de 5 anos no país, comparou os registros dos pacientes jovens (de 18 a 60 anos) com os idosos (maiores de 60 anos), mostrando que, embora estatisticamente significativo, a diferença entre o tempo de internação foi de 2,3 versus 2,6 dias, entre jovens e idosos, respectivamente (Gebhart et al., 2015). Cinco estudos mostram aumento significativos do tempo de internação entre os idosos (Dorman et al., 2012; Leivonen et al., 2011; Tiwari et al., 2011; Varela et al., 2006; Willkomm et al., 2010) e quatro estudos não mostraram diferenças (Alhamdani et al., 2012; Hallowell et al., 2007; Sosa et al., 2004; St Peter et al., 2005). Parece não haver aumento no tempo de hospitalização de idosos quando se comparam apenas procedimentos laparoscópicos, entretanto Dorman e colaboradores demonstraram que houve prolongamento do tempo de estadia no hospital de 21% entre indivíduos de 50 a 64 anos e 50% entre os com 70 anos ou mais que foram submetidos a cirurgias abertas (Dorman et al., 2012).

No tocante à mortalidade pós-cirúrgica, estudo de O'Keefe e colaboradores, não observou aumento de mortalidade em 30 dias, e apenas ínfimo aumento para 0,01% após um

ano do procedimento em maiores de 60 anos (K. L. O’Keefe et al., 2010). Uma série na *Mayo Clinic* mostrou que a mortalidade em 30 dias foi <1% e a mortalidade em 5 anos foi de 5% entre idosos, sugerindo a segurança e eficácia do procedimento quando realizado em um centro de alto volume cirúrgico em extremos de idade (Fatima et al., 2006). Outro estudo de caso-controle realizado no Chile mostrou que a idade maior que 60 anos não aumenta a mortalidade em cirurgia bariátrica (Martín et al., 2019). Achados semelhantes foram encontrados na revisão de Victorzon e Giordano (Giordano & Victorzon, 2015) que avaliou 26 estudos, incluindo 8.149 pacientes idosos e mostrou mortalidade em 30 dias da cirurgia de 0,01%. No geral, os índices de mortalidade em idosos provocada pela cirurgia bariátrica é baixo, não diferindo significativamente de outras populações. No entanto, estudo brasileiro com 46 pacientes mostrou uma taxa de mortalidade muito acima das observadas em outros estudos (12,5%) nos indivíduos com 65 anos ou mais, muito possivelmente por serem incluídos nesse estudo apenas resultados de procedimentos realizados por laparotomia, sem indicação de maior ou menor gravidade de seus quadros clínicos (Pajewski et al., 2015).

Sobre os benefícios clínicos da cirurgia bariátrica, vários estudos publicados nos últimos anos têm agregado evidências à literatura e são convergentes na maioria dos efeitos positivos. Estudo longitudinal multicêntrico que acompanhou por sete anos 1.738 pacientes (com mediana de idade de 45 anos) submetidos à derivação gástrica em Y de Roux, demonstrou significativo impacto na perda de peso (redução média de 28,4%), baixa taxa de recuperação do peso após três anos (3,9%), controle da dislipidemia, redução da prevalência de diabetes e hipertensão arterial sistêmica (Courcoulas et al., 2018). Um estudo prospectivo sueco, também mostrou maior perda de peso, e controle de comorbidades (exceto hipercolesterolemia), além de aumento no número de indivíduos fisicamente ativos a longo prazo entre os obesos graves que se submeteram à cirurgia, quando comparados com o tratamento convencional para obesidade (Sjöström et al., 2004). Arterburn, Olsen, Smith, Livingston, Van Scoyoc, Yancy Jr, et al. (2015) demonstraram que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam menor mortalidade por todas as causas em cinco e dez anos após o procedimento que os pacientes do grupo controle e esse efeito é visto principalmente entre os mais. Entretanto, uma coorte norueguesa com 1888 participantes mostrou aumento do risco de depressão, de início do uso de opioides e do risco de se submeter ao um novo procedimento cirúrgico em obesos de qualquer idade nos pacientes submetidos a *bypass* gástrico quando comparados aos pacientes submetidos a tratamento clínico (Jakobsen et al., 2018).

O *bypass* gástrico é a cirurgia mais antiga, com os melhores resultados na manutenção e perda de peso e na melhora de comorbidades. No entanto, a literatura ainda é limitada em avaliar esses desfechos na população brasileira que realizou esse tipo de cirurgia com idade mais avançada, sendo comuns estudos em populações jovens.

1.3 SOBRE DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Globalmente, estima-se que 4,4% da população mundial sofre de transtorno depressivo e 3,6% de transtorno de ansiedade. De acordo com a OPAS e a OMS (Organização Mundial da Saúde, 2017), a depressão é um transtorno mental frequente e em todo o mundo estima-se que há 322 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno, com prevalência maior entre as mulheres. O novo relatório mostra ainda que a depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577 casos) e transtornos relacionados à ansiedade afetam 9,3% (18.657.943 casos) das pessoas que vivem no Brasil.

A depressão é a principal causa incapacitante e contribui de forma importante para a carga global de doenças, mulheres são mais afetadas que homens e a doença pode levar ao suicídio. O transtorno depressivo maior é o transtorno psiquiátrico mais comum em populações de cirurgia bariátrica (Sarwer et al., 2004). A depressão está entre as doenças mentais que mais atinge idosos, com taxas de prevalência que alcançam 7,5% nas mulheres e 5,5% nos homens, ambos com idades entre 55-74 anos (Figura 2) (Organização Mundial da Saúde, 2017)

A prevalência de depressão varia de acordo com o estilo de vida, estímulos, background genético, perfil cognitivo, *status* social, quadros demenciais, limitações físicas, perdas de pessoas e outras condições. Entre os idosos que vivem com a família e em comunidade a depressão atinge cerca de 15% desta população, a depender dos instrumentos utilizados (Newmann et al., 1991).

Comumente as manifestações sintomáticas mais comuns de depressão nos idosos são queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio. As pessoas mais velhas deprimidas tem o risco de suicídio duas vezes maior que os não deprimidos (Pearson & Brown, 2000).

Segundo Stella et al. (2002), as causas de depressão no adulto mais velho configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes, entre eles: fatores genéticos, eventos vitais,

como luto e abandono e doenças incapacitantes. Frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida, associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves, enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimento de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho, ainda, o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social, do investimento escolar e a aposentadoria que interferem nos recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o adulto mais velho ao desenvolvimento de depressão (Pacheco, 2002). Uma metanálise de Luppino et al. (2010) constatou que a obesidade aumenta o risco de depressão e que a depressão é preditiva de desenvolvimento de obesidade. Ademais, há ainda um estado inflamatório associado à obesidade, pois o ganho de peso parece ativar vias inflamatórias, que por sua vez, estariam associadas à depressão. Outro estudo de Rutledge et al. (2011), com 60 adultos que realizaram cirurgia bariátrica antes dos 65 anos de idade, sugere que pacientes com dois ou mais diagnósticos psiquiátricos foram significativamente mais propensos a parar de perder peso ou recuperar o peso após 1 ano da cirurgia bariátrica.

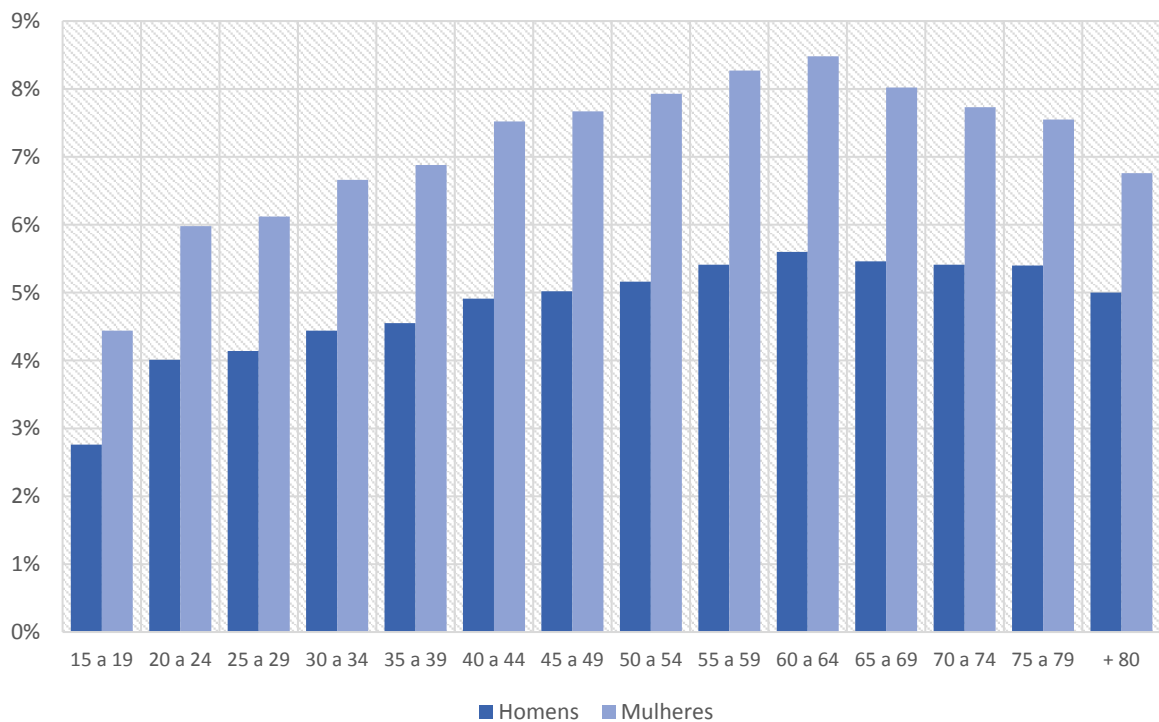


Figura 2 - Prevalência global de transtornos depressivos, por idade e sexo (%), 2015 (fonte dos dados: University of Washington, 2015).

É importante registrar que a depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica, pois é subdiagnosticada e subtratada, consiste mais em sintomas somáticos e alterações cognitivas do que sintomas afetivos e os idosos atribuem seus sintomas a doenças fisiológicas, dificultando o diagnóstico (Ferraz, 2014). 60% a 70% dos idosos com quadros depressivos tem comorbidades com problemas clínicos não psiquiátricos, dentre as quais destacam-se: infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus, neoplasias, transtorno tireoidiano, hipertensão, obesidade, problemas reumatológicos e Parkinson (OMS, 2019). Henrickson et al. (2009) fala sobre a importância de identificar estressores únicos dos idosos, que podem levar a quadros depressivos, o fato de idosos serem mais propensos que indivíduos jovens a cuidarem de cônjuges e pais idosos, os tornam mais vulneráveis a quadros depressivos, diante disto sugere, que a mobilidade (resultado da perda de peso) dará melhor qualidade de vida e autonomia, podendo protegê-los destes estressores.

Cerca de 30 a 50% de casos de depressão não são diagnosticados em serviços de atenção primária, tendo como motivadores: preconceito com diagnósticos e descrença em tratamentos; falta de treinamento médico para o reconhecimento dos sintomas e crenças de que sintomas depressivos são compreensíveis em idosos (De Almeida Fleck et al., 2003).

Estudos demonstram que entre os candidatos à cirurgia, sintomas depressivos maiores foram tipicamente encontrados em candidatos mais jovens, mulheres e pessoas com imagem corporal ruim (Dixon et al., 2003), comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde (Fabricatore et al., 2003) ou histórico de compulsão alimentar intensa (Sarwer et al., 2004).

Por outro lado, parece que a cirurgia bariátrica melhora sintomas depressivos. Os participantes do Estudo Sueco sobre Obesos (SOS) apresentaram reduções significativas nas queixas relacionadas à depressão e ansiedade um ano após a cirurgia, essas melhorias são observadas até 4 anos após cirurgia (Karlsson et al., 1998).

A ansiedade é outro transtorno psiquiátrico comum na sociedade moderna. De acordo com a OMS, 264 milhões de pessoas sofrem de ansiedade no mundo e estimava-se em 2015, 3,6% da população com sintomas ansiosos. Assim como na depressão, os transtornos de ansiedade são mais comuns entre mulheres do que homens (4,6% em mulheres e 2,6% em homens em todo o mundo, Figura 3). Na Região das Américas, estima-se que até 7,7% da

população feminina e 3,6% dos homens sofram de transtorno de ansiedade. Ainda de acordo com o relatório da OMS para depressão e outros transtornos, as taxas de prevalência não variam substancialmente entre grupos de idade, embora haja uma tendência observável para menor prevalência entre grupos de idade mais avançada.

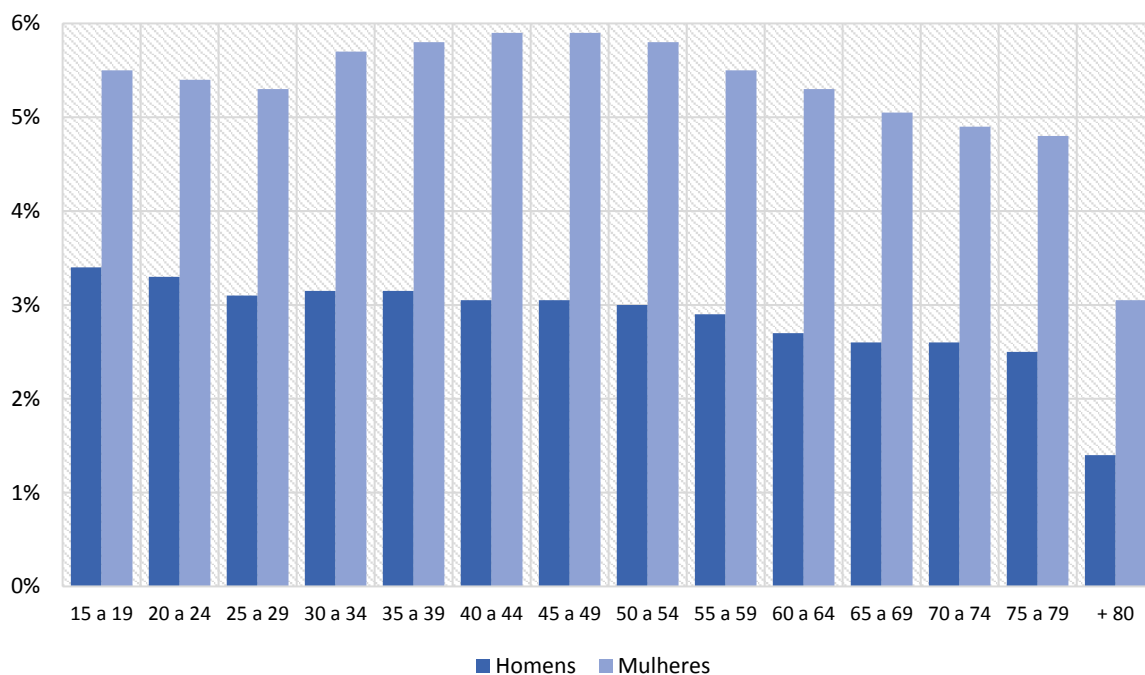


Figura 3 - Prevalência global de transtornos de ansiedade, por idade e sexo (%), 2015 (fonte dos dados: University of Washington, 2015).

O transtorno de ansiedade generalizada é uma situação comum, caracterizada por preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada a tensão aumentada. É o transtorno mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns em consulta. Caracteriza-se por irritação e sintoma físicos, como inquietação, fadiga fácil e tensão muscular. Pode incluir problemas de concentração e de sono. Para fazer um diagnóstico, os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses e causar desconforto clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. Um aspecto essencial é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos, os receios mais frequentes são: medo de adoecer, medo de que algo negativo aconteça com seus familiares, medo de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, são comuns a preocupação e a mudança de foco. É especialmente comum entre donas de casa, entre os homens é mais comum entre os solteiros/separados e desempregados (SUS, 2014).

Parece que em jovens, sintomas de depressão e ansiedade melhoram após a perda de peso proporcionada pela cirurgia bariátrica, ainda que os estudos tenham amostras pequenas e apresentem altas taxas de desistência nos pontos de avaliação pós-operatórios, bem como desenhos retrospectivo em sua maioria (De Zwaan et al., 2011; Karlsson et al., 2007; J E Mitchell et al., 2001). A importância do trabalho multiprofissional, especialmente psicológico em pessoas idosas que farão ou foram submetidas a cirurgia bariátrica tem sido demonstrada em estudos, mas há escassez na literatura, de protocolos de atuação das equipes para atendimento desse público (De Zwaan et al., 2011; Kalarchian et al., 2008; Henrickson et al., 2009; Maurício, 2010).

Existem números crescentes de estudos sobre o valor preditivo da ansiedade pré-cirúrgica e transtornos depressivos no resultado da perda de peso a curto e longo prazo após a cirurgia bariátrica (De Zwaan et al., 2011). Justifica-se, assim, a investigação desses elementos neste estudo.

1.4 SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL

O uso abusivo de álcool, representa 5% da carga global de doenças no mundo, mais de 3 milhões de pessoas morreram em decorrência do uso nocivo do álcool em 2016, em sua maioria, homens (Organização Mundial da Saúde, 2018). De acordo com a (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020) o uso nocivo de álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões, em geral, 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool, conforme calculado em termos de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY, sigla em inglês). O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida, na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. Existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões.

Porém, o impacto do consumo excessivo de álcool por idosos no Brasil ainda permanece desconhecido (J. B. De Oliveira et al., 2011). Dados do primeiro levantamento sobre os padrões de consumo de álcool em idosos no Brasil demonstraram que 12,0% dos idosos bebiam pesado (mais de 7 doses por semana), 10,4% bebiam em excesso (mais de 3 doses em uma ocasião) e 2,9% dependiam do álcool (Castro-Costa et al., 2008). Prais et al. (2008) indicam através de amostras regionais, que existe uma prevalência de uso prejudicial de álcool em idosos de 4,3%

em ambos os sexos e 27% entre os homens. Um estudo transversal, realizado com 10.537 pessoas mais velhas, aponta que entre pessoas com mais de 60 anos, 10,4% relataram beber três ou mais drinks por ocasião e 2,9% eram dependentes de álcool (Castro-Costa et al., 2008). Na Coreia, Kim et al. (2009) estudou 741 idosos, com média de 72,2 anos, em sua maioria (63.8%), mulheres, observou o consumo de álcool abusivo, objeto alvo de preocupação, considerando o aumento do consumo de álcool na população idosa.

Cabe salientar, que pessoas mais velhas são mais vulneráveis aos efeitos do álcool no organismo se comparados a adultos mais jovens, em função de alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, como: diminuição do volume de água corporal, diminuição da capacidade funcional dos rins e do fígado, aumento de risco de comorbidades e de interações medicamentosas (Oslin, 2000; Vestal et al., 1977).

Quando estudamos cirurgia bariátrica e consumo de álcool, há algumas pesquisas que investigam essa relação, entre elas, estudo de coorte realizado por King et al. (2012) que avaliou a prevalência de uso de álcool antes e após a cirurgia bariátrica em 1845 adultos e observou uma prevalência de transtorno por uso de álcool (AUD, do inglês *alcohol use disorder*) maior no segundo ano pós-operatório do que no ano anterior à cirurgia ou no primeiro ano pós-operatório, estando mais frequentemente associado ao sexo masculino, menor idade, variáveis pré-operatórias (tabagismo, consumo regular de álcool, uso recreativo de drogas e menor apoio interpessoal) e ao procedimento de bypass gástrico em Y de Roux.

Na mesma linha, estudo qualitativo de Spadola et al. (2018), n=69, e média etária de 28,2 anos, que examinou adultos jovens pós-cirurgia bariátrica, identificou quatro principais fatores que levam ao uso de álcool após cirurgia bariátrica: aumento de sensibilidade à intoxicação alcóolica; utilização do álcool como mecanismo auto calmante de reposição de alimentos; aumento da socialização e utilização do álcool como mecanismo de enfrentamento.

Outro estudo de Hasin et al. (2007), com entrevistas face a face, amostra representativa de adultos (entre 18 e 65 anos) dos Estados Unidos (n = 43.093), identificou que o abuso de álcool foi mais prevalente entre homens, brancos e indivíduos mais jovens e solteiros, enquanto as taxas de consumo de álcool ao longo da vida foram mais altas entre americanos de meia-idade. É possível que alguns aspectos comportamentais levem ao consumo excessivo de álcool após a cirurgia bariátrica, como a transferência de compulsão, que pode ocorrer pela

intensificação da vida social, pela intolerância alimentar ou pela manutenção de comportamento compulsivo.

Ainda assim, a transferência de compulsão é mais comum em adultos jovens e idosos tendem a evitar comportamentos abusivos, pois de acordo com estudo de Steffen et al. (2012), pacientes bariátricos mais velhos podem ter uma boa integridade do ego, de maneira realista acreditam que a qualidade psicossocial e física de sua vida seria melhorada com uma dramática perda de peso e tendem a aderir melhor a tratamentos pós-cirurgia que adultos jovens.

1.5 SOBRE TRANSTORNOS ALIMENTARES

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, o transtorno de compulsão alimentar atinge em torno de 2,6% da população do mundo e o Brasil tem uma das taxas mais altas de ocorrências, 4,7% dos brasileiros. Um estudo de Lent & Swencionis (2012), sobre personalidade aditiva e comportamentos alimentares inadequados em adultos que procuram cirurgia bariátrica, sugere que os comportamentos de compulsão alimentar se assemelham a outros comportamentos viciantes e de jogos de azar. Outros autores comparam as vias de recompensa neural do consumo de alimentos com as vias de recompensa implicadas na dependência de substâncias (Avena et al., 2008; Blumenthal & Gold, 2010; Volkow & Wise, 2005).

Ainda, Gold et al. (2003) incluem como paralelo entre dependência de substâncias e compulsão alimentar, o consumo excessivo e ingestão de quantidades maiores do que o pretendido, apesar do conhecimento das consequências potencialmente negativas. Da mesma forma, sentimento de culpa e ciclos de recuperação e recaída também são identificados em ambas condições (Davis et al., 2008; Davis & Claridge, 1998).

Dentre os transtornos alimentares, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é o segundo transtorno psiquiátrico mais comum em populações submetidas à cirurgia bariátrica (Sarwer et al., 2004). Atualmente, o TCAP - perda de controle sobre o quê e quanto se come, pelo menos dois dias por semana e não acompanhada de comportamentos compensatórios - é considerado um transtorno alimentar distinto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5) e se caracteriza por episódios recorrentes de compulsão objetiva (OBE): que ocorrem na ausência de comportamentos compensatórios, por exemplo, o vômito autoinduzido (American Psychiatric Association, 2013,

in Conceição et al., 2015). Esse caracteriza-se pela ingestão de quantidades objetivamente grandes de alimentos que é acompanhada por uma sensação de perda de controle (LOC). A quantidade de comida que é ingerida em um período relativamente curto de tempo (por exemplo, 2 horas) é maior do que o que a maioria das pessoas comeria no mesmo período ou situação.

Porém, o DSM-5 não distingue entre o diagnóstico de transtorno alimentar em pacientes com cirurgia bariátrica e o transtorno alimentar na população geral (Conceição et al., 2015), há um crescente corpo de evidências que sugere que transtornos alimentares (DEs) e comportamentos alimentares problemáticos (EBs) são comuns em pacientes bariátricos e podem ter um impacto significativo nos resultados da cirurgia bariátrica (van Hout et al., 2005), ainda que o desenvolvimento de DEs após a cirurgia bariátrica permaneça pouco estudada e compreendida.

É importante registrar que a literatura ainda é controversa no tema sobre compulsão alimentar e perda de peso após cirurgia bariátrica. Alguns estudos, em sua maioria com população de adultos jovens, mostram a associação entre compulsão alimentar pré-operatória e a melhor perda de peso (Boan et al., 2004), enquanto outros relacionam a compulsão alimentar com a pior perda de peso (Dymek et al., 2001; Green et al., 2004; Melissa A. Kalarchian et al., 2008). Entretanto, há escassez de literatura sobre a prevalência de transtornos alimentares após a cirurgia bariátrica em pessoas mais velhas, razão pela qual investigamos essa variável no estudo em questão.

Há poucos estudos sobre o impacto da cirurgia bariátrica, entre eles, uma meta análise de Herpertz et al. (2003), avaliou adultos com idades entre 18 e 46,5 anos e os impactos psicossociais da cirurgia bariátrica com especial consideração para comorbidade psiquiátrica, psicopatologia, funcionamento psicossocial, dados econométricos e qualidade de vida geral. Observou-se que a saúde mental e o status psicossocial, incluindo as relações sociais e as oportunidades de emprego, melhoram para a maioria das pessoas após a cirurgia bariátrica, levando a uma melhora na qualidade de vida. As comorbidades psiquiátricas, transtornos predominantemente afetivos e sintomas psicopatológicos diminuem após a cirurgia; uma porcentagem substancial (10 a 50%) dos candidatos a cirurgia bariátrica sofre de transtorno da compulsão alimentar periódica ou sintomas de compulsão alimentar (Glinski et al., 2001; Sarwer et al., 2005); os efeitos da cirurgia bariátrica no resultado dos sintomas da compulsão alimentar dependem muito do tipo de operação e por fim, sugere que, com exceção de pacientes

com comorbidade psiquiátrica grave, não encontrou relação entre a cirurgia da obesidade e o fortalecimento de sintomas psíquicos, levando a redução da qualidade de vida.

Considerando o sucesso global do indivíduo que passa por cirurgia bariátrica e a importância do suporte de equipes multiprofissionais, cabe citar estudo que sugere que, cerca de 20% das pessoas submetidas a cirurgia bariátrica deixam de perder uma quantidade significativa de peso e que falhas na perda de peso ou recuperação nos dois anos seguintes a cirurgia, se devem a baixa adesão a dietas pós-operatória. (Sugerman et al., 1987; Sugerman et al., 1989; Brodin et al., 1994). Outros estudos acrescentam ainda, que eventos adversos com vômito e *dumping* gástrico, resultado de consumo alimentar excessivo ou ingestão de alimentos ricos em açúcar são comuns em um a dois terços das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, demonstrando que, para além do procedimento cirúrgico, aspectos psicossociais e comportamentais, devem ser considerados como importante influência no sucesso global do indivíduo à cirurgia e ganhos de qualidade de vida posterior (J E Mitchell et al., 2001; Pories et al., 1987, 1995).

1.6 ACOMPANHAMENTOS PSICOLÓGICOS PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Existem algumas poucas variações entre as intervenções psicológicas pré e pós-cirurgia bariátrica, para o público mais velho são ainda mais raras e suas variações são menos evidentes. Estudos, em sua maioria, indicam que a abordagem pré e pós-cirurgia exige a atuação de uma equipe multiprofissional no manejo da saúde dos candidatos a cirurgia bariátrica e sugerem a importância do acompanhamento psicológico de seguimento, contudo, poucos deles falam dessa relação para pessoas idosas que optam por essa intervenção. O que a literatura aponta, está indicado por alguns autores a seguir.

Yen et al, 2014, em uma revisão de literatura, identificam a psicoterapia cognitivo comportamental como aliada para melhora de sintomas depressivos após cirurgia bariátrica, podendo levar a perdas de peso ideais. Um estudo do programa de TCC, desenvolvido por três meses, com doze sessões de 2 horas, com candidatos pré-cirurgia bariátrica, identificou melhora na auto estima, em quadros depressivos e especialmente nos sintomas de transtorno alimentar (Abilés et al., 2013).

Ainda, sobre a intervenção psicológica com pessoas candidatas a cirurgia bariátrica ou após procedimento, o estudo longitudinal de Stephan Herpertz et al. (2015), incluindo

candidatos a cirurgia e pós-cirurgia bariátrica (n= 152), candidatos em tratamento convencional e grupo controle, contou com a execução de grupos semanais de acompanhamento, incluindo: modificação comportamental, aconselhamento nutricional, substitutos líquidos para refeições. Além dos grupos, foram realizadas avaliações clínicas e aplicação de inventários e escalas e como resultado, ao contrário do estudo sueco de obesos (SOS), este não identificou relação entre redução de peso com melhoria contínua de saúde mental. Mas sim uma melhoria inicial que se deteriorou entre 4 e 9 anos pós-cirúrgicos, ficando o indivíduo psicologicamente igual ou pior que antes da cirurgia. Sugerem que a deterioração do humor, pode estar relacionada a expectativas irreais que foram frustradas, mudanças no comportamento alimentar e medo de recuperar o peso.

Outro estudo sugere uma abordagem centrada no paciente, que inclui: avaliação do conhecimento sobre a cirurgia, histórico de dietas e perdas de peso, padrões de alimentação e atividade, status social, psicológico e planos pré e pós-cirúrgicos. Porém, não existe uma padronização entre as práticas de psicólogos, permitindo muitas variabilidades entre critérios de inclusão, fatores de preocupação e contra indicações (Bauchowitz et al., 2005; Thomas A Wadden & Sarwer, 2006). Quanto a população de pessoas mais velhas que se candidata a cirurgia bariátrica há raras orientações

Existe uma sugestão de diretrizes para avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, que foram estabelecidas pela Conferência de Desenvolvimento de Consenso, que recomenda uma avaliação multiprofissional de todo e qualquer candidato a cirurgia, afim de compreender o conhecimento do procedimento e fatores que podem impactar na adesão e resultados (*NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel.,1991*).

Já a revisão de literatura de Henrickson et al (2009) indica tópicos específicos que devem ser abordados com pessoas mais velhas candidatas a cirurgia bariátrica, quais sejam: avaliação de fatores do desenvolvimento, avaliação de fatores psicossociais, avaliação de aspectos e funcionamento cognitivo. Quanto a avaliação pós-cirúrgica, o mesmo artigo sugere a importância de manter o acompanhamento para monitorar possíveis declínios e fornecer intervenções apropriadas. Holsinger et al. (2007) enfatiza a importância de uma entrevista e avaliação neuropsicológica, para além de entrevista e triagem, quando pessoas mais velhas com algum grau de comprometimento cognitivo, considerando a capacidade de adesão às mudanças no estilo de vida, a capacidade de aprendizagem de novos modelos comportamentais e a

capacidade de manter confiança em seus padrões comportamentais aprendidos e apreendidos anteriormente, como elementos importantes para boa evolução pós-cirurgia bariátrica.

Contudo, apesar da percepção de benefícios e indicação de acompanhamento multiprofissional com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, parece que na prática isso não tem ocorrido. Apenas um em cinco dos pacientes em cirurgia bariátrica relataram tratamento de um profissional de saúde mental no momento da cirurgia (Larsen, 1990; Sarwer et al., 2004) e 12% a 38% relataram usar medicamentos psiquiátricos, poucos estudos avaliam essas variáveis. Por outro lado, entre 3% e 20% dos candidatos à cirurgia foram excluídos do tratamento cirúrgico por complicações psiquiátricas, o que demonstra a importância desse acompanhamento pré e pós-operatório (Gertler & Ramsey- Stewart, 1986; Hafner et al., 1987; Kinzl et al., 2001; Powers et al., 1997; Sarwer et al., 2004, 2008).

Há registros de pacientes que passaram por uma avaliação psicológica completa no pré-operatório, eram psiquiatricamente estáveis no momento da cirurgia e receberam tratamento psiquiátrico concomitante durante o curso pós-operatório (Sarwer et al., 2008; T A Wadden & Foster, 2000; Thomas A. Wadden et al., 2001). Entre os estudos que abordam questões psicológicas e psiquiátricas é dado comum pacientes que farão cirurgia bariátrica com histórico psiquiátrico e / ou uso de medicamentos psicotrópicos (Lang T, 2002; Larsen, 1990; Sarwer et al., 2004). Há participantes das pesquisas que realizam psicoterapia, acompanhamento psicológico e/ou avaliação psicológica pré-cirurgia, mas, é mais comum não realizarem tratamentos ou abandonarem.

Existe uma escassez particular de literatura sobre considerações psicológicas e preditores de resultados para o público mais velho que opta pela cirurgia bariátrica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar sintomas depressivos e ansiosos, consumo de álcool e compulsão alimentar em idosos após cirurgia bariátrica.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Comparar resultados de inventários e testes com variáveis demográficas e clínicas, tais como: % (frequência) de perda de excesso, reganho, tempo de cirurgia, frequência em tratamentos psicológicos e psiquiátricos em idosos que passaram por cirurgia bariátrica;
- Avaliar o valor preditivo da ansiedade e depressão pós cirurgia bariátrica;
- Avaliar a manifestação de compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica;
- Avaliar o comportamento de consumo alcóolico após a cirurgia bariátrica.

3 MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico, observacional, transversal, realizado com indivíduos que optaram pela cirurgia de *bypass* gástrico, por via laparoscópica em clínica especializada de Brasília, Distrito Federal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (parecer 2.761.922.3) (Anexo A).

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Sujeitos que realizaram cirurgia por *bypass* gástrico em Y-de-Roux, operados pelo mesmo cirurgião;
- Que no início da pesquisa estavam 60 anos ou mais;
- Que tinham realizado o procedimento de cirurgia bariátrica após 55 anos de idade;
- Que aceitaram realizar novos testes e avaliação geriátrica e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).
- Foram excluídos idosos que
- Foram excluídos idosos com 60 anos ou mais que realizaram a cirurgia bariátrica dos 55 anos de idades e que não quiseram participar das entrevistas.

Vale ressaltar que a idade de 60 anos ou mais é a faixa etária definida como idosos no Brasil (Brasil, 2013)

3.2 AMOSTRA

No período de outubro de 2018 a fevereiro de 2020, um total de 250 idosos foram inicialmente selecionados do banco de dados do centro de pesquisa. Desses, 126 foram submetidos à cirurgia antes dos 55 anos e não foram incluídos. Dos 124 que foram contatados por correio, e-mail ou telefone, 74 indivíduos participaram do estudo (Figura 4).

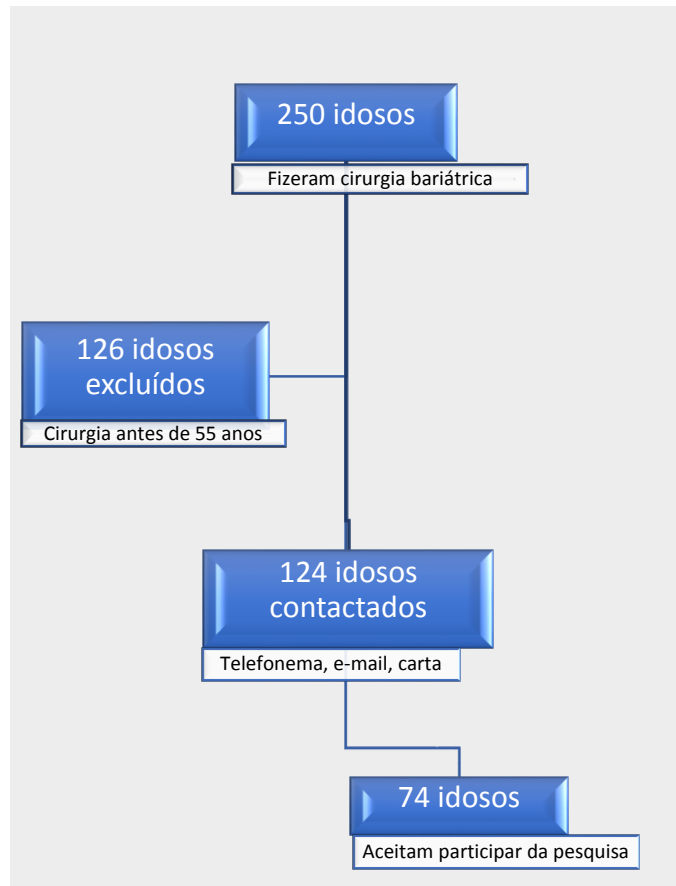


Figura 4 – Fluxograma da seleção dos indivíduos.

3.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, contactamos a clínica Sergio Arruda, manifestando nosso interesse em estudar seu público. A clínica é um centro de cirurgia bariátrica, localizada em área central de Brasília, conta com cirurgião, nutricionista, psicóloga e recepcionista, atende exclusivamente pessoas com interesse em realizar cirurgia bariátrica.

Em seguida, fizemos busca ao banco de dados e sistema da clínica, a fim de identificar os participantes. Estudamos o banco, estudamos ferramentas que utilizaríamos, criamos uma planilha cadastrada com dados sociodemográficos, discutimos todos os instrumentos com nosso grupo de pesquisa.

Após identificação dos possíveis participantes (n=124), criamos uma planilha com nome, idade, telefone, endereço e observações. Essa planilha era alimentada por ambas as pesquisadoras, registrando data, hora e evolução do contato (se participaria ou não da pesquisa, se preferia que ligássemos outra hora, se iriam pensar sobre participar da entrevista, se não

conseguimos contato) realizamos no mínimo três contatos telefônicos em horários e dias distintos para garantir o maior número de pessoas possível na entrevista, após os contatos telefônicos, enviamos e-mails e cartas aos que não atenderam as ligações telefônicas, aguardamos seu retorno, ao final das buscas, contamos com n=74.

Ao contato com os participantes, agendamos as entrevistas de acordo com disponibilidade de horários desses, cada entrevista com psicólogo contava com 40 minutos e com geriatra 30 minutos. Nos dias das entrevistas, uma técnica de enfermagem recebia os participantes e oferecia água, café e lanche, em seguida, cada idoso era recebido por uma das profissionais, que explicava novamente o objetivo da coleta de dados, todos liam e assinavam o consentimento livre e esclarecido, para posterior início das entrevistas.

Nas entrevistas, coletamos informações por meio de questionário estruturado (Apêndice A) e aplicamos inventários e testes (apêndice C, D, E, F). Os indivíduos passavam pela entrevista com ambas as profissionais no mesmo dia, entre os meses de outubro de 2018 a fevereiro de 2020.

As entrevistas, em sua maioria foram realizadas em consultório, porém alguns participantes receberam nossa visita em seus domicílios, porque tinham interesse em participar, mas dificuldade em deslocar-se até o local das entrevistas.

As informações sociodemográficas: sexo, idade (em anos completos), estado civil (casado, viúvo, solteiro, divorciado ou outro), escolaridade (em anos completos) e tempo de cirurgia (em meses);

As informações clínicas: altura (em metros), peso antes da cirurgia, peso mínimo alcançado após o procedimento e peso atual (em quilogramas); número de medicamentos utilizados antes do *bypass* gástrico e em uso atualmente e suas respectivas indicações, comorbidades antes e após o procedimento, assim como os resultados (antes e após cirurgia) de exames bioquímicos, como colesterol total (mg/dL), LDL-colesterol (mg/dL), HDL-colesterol (mg/dL), triglicerídeos (mg/dL), glicose (mg/dL), hemoglobina glicada fração A1C (%) e dosagem de vitamina B12 (ng/L). Estes dados foram compilados e avaliados pela pesquisadora geriatra.

Inventários e escalas: BDI (Inventário de Depressão de Beck) (J. A. Cunha, 2001; Gomes-Oliveira et al., 2012); BAI (Inventário de Ansiedade de Beck) (J. A. Cunha, 2001);

AUDIT (Identificação de Desordens Devido ao uso de Álcool) (dos Santos et al., 2012), ECAP (Escala de Compulsão Alimentar Periódica) (Freitas et al., 2001; Gormally et al., 1982).

O Inventário de depressão de Beck (BDI) foi utilizado para medir a intensidade dos sintomas depressivos. A versão utilizada é composta de 21 itens relacionados aos sintomas depressivos, como desesperança, irritabilidade, sentimento de culpa ou de estar sendo punido, como também, sintomas físicos de fadiga, perda de peso e diminuição da libido, escalonados em: depressão mínima (0-11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderada (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos) (J. A. Cunha, 2001; Gomes-Oliveira et al., 2012).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), composto por 21 itens, foi utilizado para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade na última semana, considerando: ansiedade mínima (0 a 10 pontos), leve (11 a 19 pontos), moderada (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos) (J. A. Cunha, 2001).

O Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (AUDIT) (versão com 10 perguntas) foi utilizado para investigar o comportamento de consumo de álcool, para caracterização do consumo como de baixo risco ou abstinência (0 a 7 pontos), consumo de risco (8 a 15 pontos), uso nocivo ou consumo de alto risco (16 a 19 pontos) e provável dependência alcoólica (20 – 40 pontos) (dos Santos et al., 2012). A Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) (Gormally et al., 1982) adaptada ao Brasil, foi utilizado para categorização do comportamento alimentar de cada participante como sem compulsão (≤ 17 pontos), com compulsão moderada (18-26 pontos) ou com compulsão grave (≥ 27 pontos) (Freitas et al., 2001).

A Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) é um questionário autoaplicável, desenvolvido por Gormally et al. (1982). O instrumento é adaptado e validado para o Brasil e considerado adequado para uso clínico e ambulatorial. É composto por 13 grupos com 3 ou 4 afirmações, o participante lê ou pede que leiam para ele, assinalando a afirmação com que mais se identifica, ao final existe um espelho de respostas, utilizado pelo examinador para registro dessas, que serão categorizadas em: sem compulsão, compulsão moderada, compulsão grave (Bruze et al., 2018).

Os instrumentos são autoaplicáveis, mas contaram com orientação sobre sua forma de responsividade e ambiente adequados à melhor execução dos instrumentos. Todos os inventários e escalas escolhidos são traduzidos e adaptados à população brasileira e possuem

respaldo na comunidade científica, podendo ser utilizados em pesquisas (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

3.4 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Nas associações das variáveis clínicas com sintomas depressivos, ansiosos, compulsão alimentar e consumo alcoólico, foram empregados os testes de tendência de Cochran-Armitage ou de qui-quadrado de Pearson. Um modelo de regressão linear múltiplo foi utilizado para se avaliar a relação de variáveis demográficas com o % da perda de excesso de peso. O coeficiente de correlação linear de Pearson foi empregado para se avaliar a correlação do tempo de cirurgia com sintomas depressivos, ansiosos, compulsão alimentar e consumo alcoólico. A hipótese nula foi rejeitada em cada teste estatístico quando $p < 0,05$. As análises foram realizadas pelo aplicativo SAS 9.4.

4 RESULTADOS

A amostra de 74 idosos foi constituída majoritariamente por mulheres ($n = 58, 78,3\%$) com idade média de $65,8 \pm 3,9$ anos, escolaridade média de $13,2 \pm 4,2$ anos e etnia autodeclarada como branca ($n = 48, 65,7\%$) (Tabela 1).

O tempo médio decorrido desde a cirurgia até a avaliação consistiu-se em $75,7 \pm 43,7$ meses (Figura 5). No momento das entrevistas todos os participantes tinham 60 anos ou mais ($65,8 \pm 3,9$)

Tabela 1- Características sócio demográficas da amostra de idosos submetidos à cirurgia bariátrica, Brasília, Brasil (N = 74).

Variáveis		
Sexo	Feminino	58 (78,4%)
	Masculino	16 (21,6%)
Cor / Raça	Branca	48 (64,8%)
	Parda	20 (27,0%)
	Negra	3 (4,1%)
	Amarela	1 (1,4%)
	Indígena	1 (1,4%)
	Não informado	1 (1,4%)
Estado Civil	Casado	48 (64,8%)
	Separado / Divorciado	11 (14,9%)
	Viúvo	9 (12,2%)
	Solteiro	5 (6,7%)
	Não informado	1 (1,4%)
Idade (anos completos)	Média	$65,8 \pm 3,9$
	Variação	60 – 76
Escolaridade (anos de estudo)	Média	$13,3 \pm 4,3$
	Variação	5 – 22
Tempo de cirurgia (meses)	Média	$75,7 \pm 43,7$
	Variação	15 – 168

Das 74 pessoas mais velhas, 92,2% ($n = 47$) apresentavam depressão mínima a leve, enquanto 96,1% ($n = 49$) apresentavam ansiedade mínima a leve, 92,2% ($n = 47$) apresentam consumo alcóolico de baixo risco e nenhum adulto mais velho apresentou comportamento alimentar compulsivo. Da amostra, 73,0% ($n = 54$) nunca realizou acompanhamento psiquiátrico ao passo que 13,5% ($n = 10$) estavam sob tratamento psiquiátrico no momento da pesquisa. A prática de psicoterapia foi declarada por 16,2% ($n = 12$) dos participantes no momento da pesquisa, enquanto 39,2% ($n = 29$) declararam nunca ter se passado por qualquer intervenção psicoterápica.

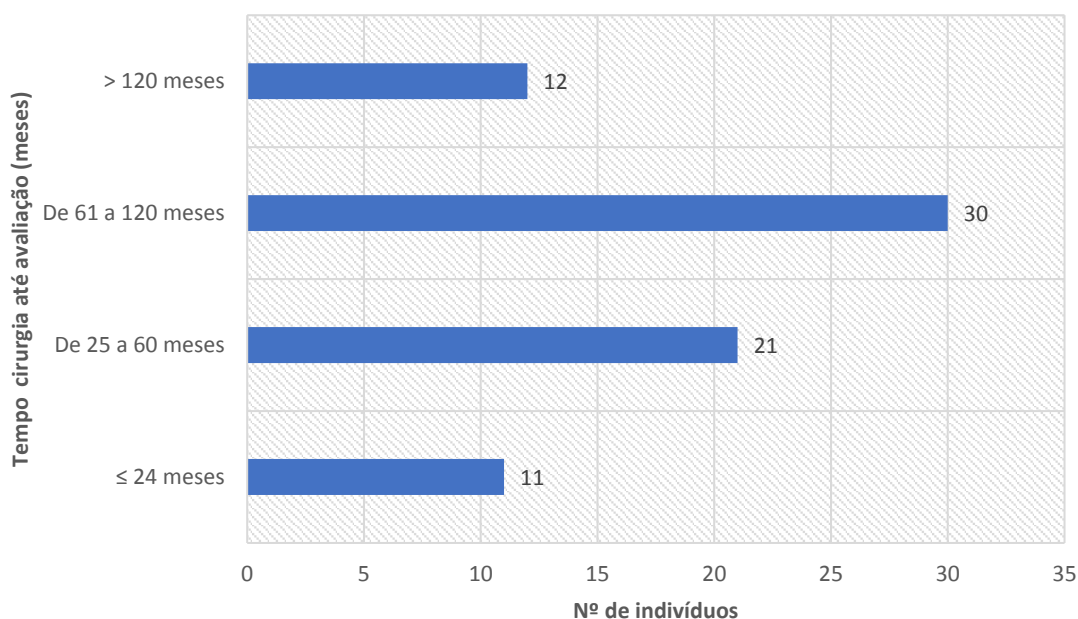


Figura 5 - Variação do tempo decorrido (em meses) desde a cirurgia até a avaliação.

O reganho de peso não esteve associado à gravidade dos sintomas depressivos, ao acompanhamento psiquiátrico, ao acompanhamento psicológico ou ao consumo alcoólico de risco. No entanto, o reganho foi significativamente associado ($p = 0,034$) a poucos sintomas ansiosos. A perda de excesso de peso não foi associada a nenhuma variável estudada (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados de BDI, BAI e AUDIT associados às variáveis de perda e excesso de peso e de reganho de peso.

Escala	Reganho de peso		p valor	% de Perda de Excesso de Peso		p valor
	Sim (n%)	Não (n%)		< 80 %	≥ 80 %	
BDI						
Mínimo/Leve	47 (92,2)	19 (90,5)	1,000	33 (86,8)	34 (97,2)	0,201
Moderado/Grave	4 (7,8)	2 (9,5)		5 (13,2)	1 (2,8)	
BAI						
Mínimo/Leve	49 (96,1)	17 (80,9)	0,034	33 (86,8)	34 (97,1)	0,201
Moderado/Grave	2 (3,9)	4 (19,1)		5 (13,2)	1 (2,9)	
AUDIT						
Risco Baixo	47 (92,2)	20 (95,2)	1,000	37 (97,4)	31 (88,6)	0,187
Risco Moderado a Grave	4 (7,8)	1 (4,8)		1 (2,6)	4 (11,4)	

BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Identificação de Desordens Devido ao uso de Álcool; p value: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

A porcentagem de pacientes com BDI de moderado a grave aumenta significativamente à medida que aumenta a frequência no tratamento psiquiátrico ($p = 0,0044$). Ou seja, pacientes

que fazem atualmente tratamento psiquiátrico apresentam uma proporção na escala BDI de moderado a grave (40,00 %) significativamente maior do que aqueles que nunca fizeram tratamento psiquiátrico (3,77 %). Não existe associação significativa da frequência de tratamento psicológico, de ganho de peso e da porcentagem de perda de excesso de peso com o indicador BDI ($p = 0,0,2313$, $p = 1,0000$ e $p = 0,2014$, respectivamente) (Tabela 3).

A porcentagem de pacientes com BDI de moderado a grave aumenta significativamente à medida que aumenta a frequência no tratamento psiquiátrico ($p = 0,0044$). Ou seja, pacientes que fazem atualmente tratamento psiquiátrico apresentam uma proporção na escala BDI de moderado a grave (40,00 %) significativamente maior do que aqueles que nunca fizeram tratamento psiquiátrico (3,77 %). Não existe associação significativa da frequência de tratamento psicológico, de ganho de peso e da porcentagem de perda de excesso de peso com o indicador BDI ($p = 0,0,2313$, $p = 1,0000$ e $p = 0,2014$, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação de variáveis clínicas com BDI.

Variáveis*	BDI		p-valor#
	Mínimo/Leve	Moderado/Grave	
Frequência no Tratamento Psiquiátrico			0,0044
Nunca Fez	51 (96,23)	2 (3,77)	
Já Fez	11 (100,00)	0 (0,00)	
Faz Atualmente	6 (60,00)	4 (40,00)	
Frequência Tratamento Psicológico			0,2313
Nunca Fez	27 (93,10)	2 (6,90)	
Já Fez	32 (96,97)	1 (3,03)	
Faz Atualmente	9 (75,00)	3 (25,00)	
Reganho de Peso			1,0000
Sim	47 (92,16)	4 (7,84)	
Não	19 (90,48)	2 (9,52)	
% de Perda de Excesso de Peso			0,2014
< 80 %	33 (86,84)	5 (13,16)	
≥ 80 %	34 (97,14)	1 (2,86)	

* valores expressos em frequência (%)

p – valor calculado pelo teste de tendência de Cochran-Armitage ou Qui-quadrado de Pearson

A porcentagem de pacientes com BAI de moderado a grave aumenta significativamente à medida que aumenta a frequência no tratamento psicológico ($p = 0,0436$). Ou seja, pessoas mais velhas que fazem atualmente tratamento psicológico apresentam uma proporção na escala BAI de moderado a grave (25,00 %) significativamente maior do que aqueles que nunca fizeram tratamento psicológico (3,45 %).

A porcentagem de pessoas com BAI de mínimo a leve é significativamente maior ($p = 0,00348$) entre aqueles que tiveram ganho de peso (96,08 %) do que entre aqueles que não tiveram ganho de peso (80,95 %).

Não existe associação significativa da frequência de tratamento psiquiátrico e da porcentagem de perda de excesso de peso com o indicador BAI ($p = 0,0536$ e $p = 0,2014$, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação de variáveis clínicas com BAI

Variáveis*	BAI		p-valor#
	Mínimo/Leve	Moderado/Grave	
Frequência no Tratamento Psiquiátrico			0,0396
Nunca Fez	50 (94,34)	3 (5,66)	
Já Fez	11 (100,00)	0 (0,00)	
Faz Atualmente	7 (70,00)	3 (30,00)	
Frequência Tratamento Psicológico			0,0536
Nunca Fez	28 (96,55)	1 (3,45)	
Já Fez	31 (93,94)	2 (6,06)	
Faz Atualmente	9 (75,00)	3 (25,00)	
Reganho de Peso			0,0348
Sim	49 (96,08)	2 (3,92)	
Não	17 (80,95)	4 (19,05)	
% de Perda de Excesso de Peso			0,2014
< 80 %	33 (86,84)	5 (13,16)	
≥ 80 %	34 (97,14)	1 (2,86)	

* valores expressos em frequência (%)

p – valor calculado pelo teste de tendência de Cochran-Armitage ou Qui-quadrado de Pearson

Não existe associação significativa da frequência de tratamento psicológico, psiquiátrico, de ganho de peso e da porcentagem de perda de excesso de peso com o indicador AUDIT ($p = 0,3129$, $p = 0,6424$, $p = 1,0000$ e $p = 0,11875$, respectivamente) (Tabela 05).

Do ajuste do modelo de regressão linear múltiplo obteve-se uma correlação negativa e significativa ($p = 0,0015$) da idade com o % da perda de excesso de peso. No sentido de que para cada aumento de um ano na idade ocorre uma perda média de excesso de peso de 2.22%. Não se observou uma correlação significativa do sexo, estado civil e anos de estudo com o % da perda de excesso de peso ($p = 0,4262$, $p = 0,7772$ e $p = 0,6178$, respectivamente) (Tabela 6 - Modelo de Regressão Linear múltiplo da % da perda de excesso de peso por variáveis demográficas.).

Tabela 5 - Associação de variáveis clínicas com AUDIT

Variáveis*	AUDIT		p-valor#
	Risco Baixo	Risco Moderado a Grave	
Frequência no Tratamento Psiquiátrico			0,3129
Nunca Fez	48 (90,57)	5 (9,43)	
Já Fez/Faz Atualmente	21 (100,00)	0 (0,00)	
Frequência Tratamento Psicológico			0,6424
Nunca Fez	28 (96,55)	1 (3,45)	
Já Fez/Faz Atualmente	41 (91,11)	4 (8,89)	
Reganho de Peso			1,0000
Sim	47 (92,16)	4 (7,84)	
Não	20 (95,24)	1 (4,76)	
% de Perda de Excesso de Peso			0,1875
< 80 %	37 (97,37)	1 (2,63)	
≥ 80 %	31 (88,57)	4 (11,43)	

* valores expressos em frequência (%)

p – valor calculado pelo teste de Qui-quadrado de Pearson

Tabela 6 - Modelo de Regressão Linear múltiplo da % da perda de excesso de peso por variáveis demográficas.

Variável	β – Coeficiente de Regressão	Erro Padrão	P – Valor
Intercepto	225,35	44,16	< 0,0001
Sexo (Masculino x Feminino)	5,56	6,94	0,4262
Idade	-2,22	0,67	0,0015
Estado Civil (Casado x Não Casado)	2,07	5,49	0,7071
Anos de Estudos	-0,32	0,64	0,6178

O tempo de cirurgia não apresentou correlação significativa com sintomas ansiosos (BAI), depressivos (BDI) ou consumo alcoólico de risco (AUDIT) ($p = 0,5384$; $p = 0,4988$; e $p = 0,9071$; respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7 - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson do Tempo de Cirurgia com os indicadores BDI, BAI e Audit.

Variável	Indicador	N	Estimativa de Correlação	95% Limites de Confiança	p Value
TempCir	BDI	56	0.07240	-0.158729 0.295998	0.5384
TempCir	BAI	56	-0.07956	-0.302558 0.151697	0.4988
TempCir	AUDIT	56	-0.01375	-0.241488 0.215427	0.9071

TempCir: tempo de cirurgia; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Identificação de Desordens Devido ao uso de Álcool; p value: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

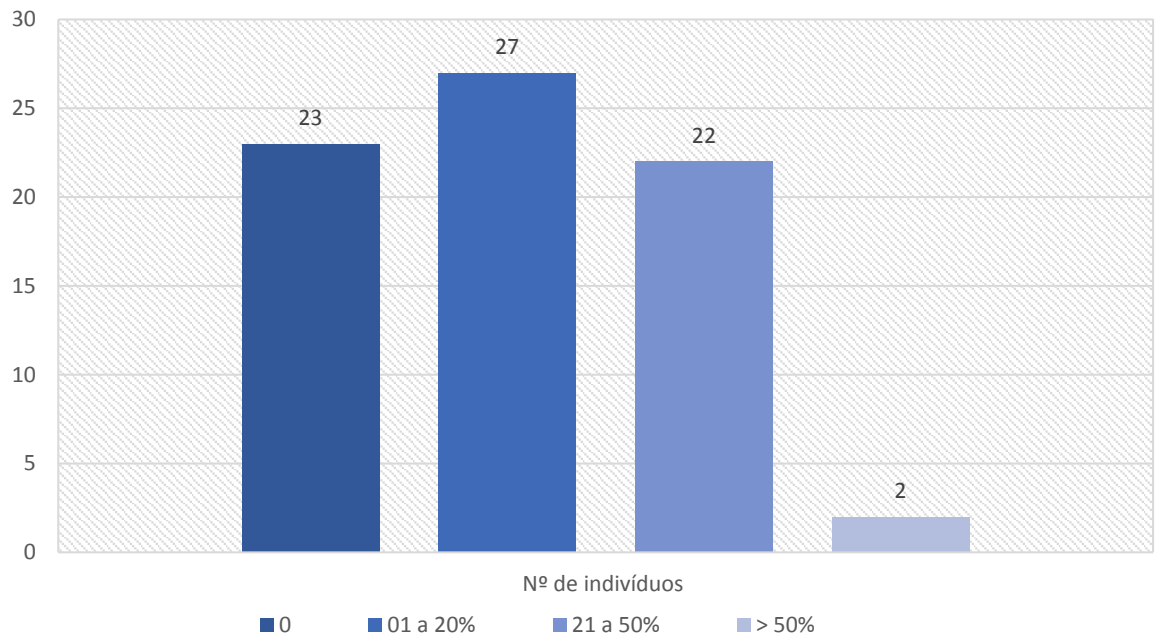


Figura 6 - Número de indivíduos que apresentaram ganho de peso.

5 DISCUSSÃO

Esse estudo, realizado com 74 idosos que optaram por procedimento de redução do estômago por *bypass* gástrico, demonstrou que em uma média de 6 anos após o procedimento as pessoas, em sua maioria (89,2%), apresentam poucos sintomas depressivos (mínimos ou leves), poucos sintomas de ansiedade (mínimos ou leves) (92,9%) e não apresentam consumo abusivo de álcool (93,2%). Nenhum deles apresentou comportamento de compulsão alimentar. O tempo decorrido de cirurgia, não foi significativo para aumento ou diminuição de sintomas depressivos, ansiosos ou consumo de álcool. Não existem estudos que avaliaram transtornos psicológicos em pessoas idosas após a cirurgia bariátrica. Além disso, os poucos estudos que avaliaram essas variáveis foram feitos em população mais jovem, visto que a cirurgia bariátrica em idosos é um procedimento relativamente recente.

Transtornos psicológicos anteriores ao procedimento de cirurgia bariátrica têm sido frequentemente relatados em pesquisas com adultos jovens, sobretudo distúrbios do eixo I (depressão, ansiedade, transtorno alimentar ou uso de substâncias), e de alguma forma parecem levar a piores resultados na perda de peso pós-procedimento (Melissa A. Kalarchian et al., 2008). Por outro lado, alguns poucos estudos mostraram que tais transtornos psiquiátricos tendem a melhorar após a cirurgia. Estudo sueco prospectivo com adultos jovens (média de idade de 48 anos) observou significativa redução na frequência de sintomas depressivos e ansiosos após um ano da cirurgia, melhoria essa que se manteve até quatro anos após o procedimento (Dorman, R. B., Abraham, A. A., Al-Refaie, W. B., Parsons, H. M., Ikramuddin, S., & Habermann, 2012; Sjöström et al., 2004). Na mesma linha, amostra em hispânicos americanos com média de idade de 44,5 anos encontrou melhora significativa do humor deprimido (Petasne Nijamkin et al., 2013). Parece que a melhora dos sintomas depressivos pode ocorrer de 24 a 36 meses após a cirurgia (De Zwaan et al., 2011), Infelizmente, nesta pesquisa não temos a avaliação prévia desses sintomas, o que impede inferências acerca de mudança de *status* em nossos pacientes. Da mesma forma, em nossa pesquisa, a diferença de tempo decorrido desde a cirurgia, não marca uma redução ou intensificação de sintomas depressivos. Outro aspecto que pode justificar a baixa frequência de sintomas depressivos é o uso de antidepressivos no grupo de sujeitos, que foi de 14,8%. Considerando que a prevalência de sintomas depressivos clinicamente significantes em idosos brasileiros pode alcançar 39% dos pacientes (Barcelos-Ferreira et al., 2010; Stahnke et al., 2020), é possível que a cirurgia

bariátrica tenha apresentado um impacto positivo na redução desses sintomas depressivos na nossa amostra, pois apenas 10,8% apresentaram sintomas moderados a grave e apenas um indivíduo apresentou no momento da pesquisa quadro depressivo grave com ideação de auto extermínio sem planejamento, dado relatado pelo participante.

Um estudo de Klapow et al. (2002), com população Brasileira, que investigou transtornos psicológicos (depressão, ansiedade, pânico, uso/abuso de álcool, transtornos alimentares) em pacientes adultos da atenção primária, com amostra de 534 idosos, concluiu que idosos, são menos propensos a transtornos psicológicos (5% vs 17% em adultos jovens), têm sintomas menos graves (4,7% vs 8,0% em adultos jovens) e apresentam menos estressores psicossociais (2,3% vs 4,7% em adultos jovens). Entre os estressores mais comuns na população mais velha, destacaram-se as preocupações com saúde, as preocupações com peso e um evento ruim recente.

Outra pesquisa, com população brasileira (Minghelli et al., 2013) avaliou a depressão e a ansiedade em 72 idosos e comparou idosos ativos com idosos sedentários, com idades entre 65 e 96 anos. Concluiu que idosos ativos estão menos expostos a desenvolver sintomas de depressão e ansiedade (23,5% vs 92,1% em idosos sedentários). Em João Pessoa (PB) 240 idosos pesquisados, com 60 anos ou mais, avaliou depressão autorreferida e identificou que 24,2% apresentam depressão leve ou severa e 78,2% não apresentam depressão (M. F. de Oliveira et al., 2012). No Sul do Brasil, estudo com 552 idosos identificou uma prevalência de sintomas depressivos em 20% da população, ambos sugerem que há maior prevalência de sintomas depressivos entre pacientes do sexo feminino, solteiros, com menor renda familiar, fumantes e com rede social restrita (Gulich et al., 2016). Assim, parece que nossa amostra de idosos após 6 anos de cirurgia bariátrica apresentam menor frequência de sintomas depressivos. Infelizmente, o impacto da cirurgia nesses sintomas só poderá ser elucidado com um estudo controlado prospectivo.

Há uma variedade de hipóteses para melhoras dos transtornos mentais após o procedimento bariátrico nos idosos. Henrickson et al. (2009) sugerem que pacientes bariátricos mais velhos podem ressignificar a vida por acreditar que no passado a obesidade os impediu de alcançar fases do desenvolvimento, dificultando relações sociais, o emprego e muitos outros marcos significativos que proporcionariam a sensação de bem-estar e ajuste de uma pessoa. É possível que tanto em jovens como em idosos a perda de peso decorrente da cirurgia bariátrica represente uma chance de vivenciar experiências que não experimentaram antes da cirurgia, por

questões relacionadas a crenças pessoais, autoimagem, autoestima ou limitações físicas, apresentando, desta forma, maior adesão ao cuidado e maior autocuidado apoiado. De fato, em uma observação qualitativa nas entrevistas realizadas (dados não apresentados), observamos que os pacientes se mostravam mais estruturados emocionalmente, tendo retomado, ou retomando planos e redefinido objetivos de vida, alguns falando inclusive sobre a melhora de vida sexual.

Nesta pesquisa, 8,1% (n = 6) da amostra apresentou sintomas ansiosos clinicamente significativos após a cirurgia bariátrica. Por outro lado, foi justamente a maioria das pessoas com sintomas mínimos a leves de ansiedade que apresentou maior reganho de peso (p = 0,034). Esse foi um resultado inesperado para nós. No entanto, a literatura parece controversa acerca dessa associação mesmo em adultos jovens. Contrariamente ao observado na nossa amostra, estudo de Kalarchian et al. (2008), mostrou que transtornos de humor e ansiedade no eixo I costumam apresentar piores resultados para reganho de peso 6 meses após o bypass gástrico. De acordo com o estudo de revisão de Yen et al. (2014), a perda de peso melhora funções cognitivas e sintomas depressivos, mas não melhora ansiedade, o que corrobora o resultado encontrado nesta pesquisa. Parece que a cirurgia apresenta mais benefícios no controle da ansiedade que a perda de peso por dieta. Estudo brasileiro de (Zotesso, 2017) avaliou melhora de sintomas de ansiedade em adultos jovens (18 a 60 anos) comparando o procedimento de redução de estômago e o controle dietético, concluindo que as primeiras tiveram maior redução de ansiedade. No entanto, ao nosso conhecimento, em idosos não há registros anteriores aos desta pesquisa.

Diferentemente do observado em nosso estudo, o consumo de álcool é um importante problema apontado em alguns estudos com pessoas jovens que foram submetidas à cirurgia bariátrica. Um estudo de coorte prospectivo realizado com 2.458 adultos, com média de idade de 47 anos e submetidos a cirurgia bariátrica em vários centros médicos dos Estados Unidos, observou que a prevalência de transtorno por uso de álcool foi maior no segundo ano pós-operatório do que no ano anterior à cirurgia ou no primeiro ano pós-operatório. No mesmo estudo o transtorno de abuso de álcool foi associado ao sexo masculino, a menor idade, a inúmeras variáveis pré-operatórias (tabagismo, consumo regular de álcool, transtorno de abuso de álcool, uso recreativo de drogas e suporte interpessoal mais baixo) e à cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux (King et al., 2012). Ele também sugere que pior saúde mental e tratamentos de transtornos psiquiátricos e emocionais pós-operatórios foram significativamente

associados à transtorno por uso de álcool. Parece que a idade mais avançada está realmente associada a um menor consumo abusivo de álcool (Lent et al., 2013). Em nosso estudo, o tempo passado de cirurgia não teve significância para redução ou aumento de consumo de álcool.

Apesar de não dispormos de dados pré-cirurgia, podemos supor que os idosos da nossa pesquisa não desenvolveram significativo aumento do consumo de álcool, pois 92,2% dos idosos apresentam consumo alcóolico de baixo risco. Um relato dos que manifestaram um consumo maior de álcool associam esse aumento com a intensificação da vida social propiciada após o procedimento e a perda de peso. Estudo que avaliou o consumo de álcool em 10.537 idosos brasileiros (Noronha et al., 2019), observou que os padrões de uso leve ou de risco, são inversamente associados à idade, quanto mais velhos, menos bebem (entre 60 e 69 anos, 67,5% uso leve ou moderado de álcool e 79,9% consumo de risco, enquanto entre idosos de 70 a 79 anos, esses valores baixam para 21,4% e 17,2% respectivamente), mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticam atividade física, sinalizam ainda que apenas um terço da população começa a beber após os 60 anos, a maioria segue comportamentos adquiridos durante o início da juventude. Em nossa pesquisa, embora essas informações não tenham sido formalmente colhidas, não houve nenhum relato de início tardio do hábito de beber, todos que bebem hoje já bebiam antes da cirurgia. Nossa pesquisa contou com 78,4% de mulheres e 21,6% de homens, destes, 5,4% (n = 4) mulheres apresentaram consumo de risco ou alto risco e 1,3% (n=1) homem apresentou consumo de risco, como viés, podemos contar com a omissão da informação sobre o consumo de álcool e sua intensidade. Outros estudos brasileiros apontam para uma taxa de uso de risco de cerca de 5% (Barbosa et al., 2018). E, consonante a nossa pesquisa, estudo de Noronha et al, 2019 , estudo da Alemanha com idoso de 75 anos ou mais e estudo da Coreia com idosos a partir de 60 anos, encontrar prevalência para o consumo de risco de 4,6%, 6,5% e 5,4% respectivamente (Kim et al., 2009; Noronha et al., 2019; Weyerer et al., 2009).

É importante registrar que consumo excessivo de álcool guarda relação com o consumo de tabaco e de drogas ilícitas, além de contribuir para o surgimento de transtornos psicossociais como depressão, pensamentos de autoextermínio e transtornos comportamentais e pode ser muito presente em pacientes com sobrepeso ou após a perda de peso, considerando que a vida social tende a ficar mais intensa (Babor et al., 2001). Em nossa pesquisa não houve depoimentos sobre o uso de tabaco ou outras drogas. Novamente, não existem estudos ao nosso

conhecimento que avaliaram o consumo de álcool em idosos brasileiros que foram submetidos a cirurgia bariátrica. Há uma lacuna a ser preenchida nesse campo de estudo.

A compulsão alimentar, citada como fato importante no pré-operatório desses pacientes, não foi observada no presente estudo. Esse é um achado que pode ter algumas explicações. Primeiro, os idosos que apresentam no pós-cirúrgico um consumo alcóolico de risco podem ter trocado uma compulsão por outra. Segundo, alguns idosos podem ter omitido a informação sobre compulsão alimentar, por desconforto em assumir o comportamento ou mesmo por falta de percepção do comportamento compulsivo. Por último, em decorrência de um estômago de menor tamanho, há naturalmente uma limitação no consumo de alimentos de modo exagerado.

Estudo brasileiro, baseado em revisão de literatura (Gordon et al., 2011), registra que entre os transtornos mais prevalentes na população que faz cirurgia bariátrica, está o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), citado acima, que se relaciona com menor perda ponderal e pior qualidade de vida, especialmente quando presente no pós-operatório. Embora a maioria dos pacientes apresente adequado controle ponderal e melhora na qualidade de vida em médio e longo prazo, alguns desenvolvem alterações relativas ao comportamento alimentar, abuso de álcool e outras substâncias e complicações associadas a comportamento impulsivo. Esta mesma revisão sugere ainda, que foi encontrada uma frequência 58% maior de mortes associadas a acidentes e/ou suicídio no seguimento de aproximadamente 8 mil indivíduos pós-cirúrgicos comparados aos controles não cirúrgicos.

Nosso estudo não permitiu uma associação entre compulsão alimentar pré-operatória e a melhor ou pior perda de peso, considerando a falta de registros anteriores à cirurgia sobre o comportamento alimentar dos participantes. É comum, nas falas dos participantes da pesquisa, o relato de que não conseguem responder questões sobre compulsão alimentar, considerando que *“sabem o momento de parar e não conseguem continuar comendo, nem que quisessem”*, mas quando abordados sobre seu desejo, relatam que, se pudessem, comeriam mais. Mais uma vez, a literatura carece de estudos sobre transtorno de compulsão alimentar e suas implicações pós-cirurgia bariátrica em pessoas idosas.

Aspectos psicológicos, com manifestações de sintomas de ansiedade, depressão, comportamentos compulsivos, podem se manifestar em estratégias pouco saudáveis de enfrentamento e cuidado pós-cirúrgico e, por consequência, a menor perda de peso. Entretanto, como em nosso estudo as melhores perdas de peso foram associadas a indivíduos mais ansiosos,

inferimos que talvez esse fato se deva ao medo de reganho de peso, conforme sugerido por alguns indivíduos.

Apesar de não ter sido objetivo do nosso estudo, observamos que nas entrevistas nenhum de nossos pesquisados relatou decepção de expectativas irreais sobre o tratamento ou insatisfação com a imagem corporal atual, seja por excesso de pele, por dificuldade de auto percepção ou persistência de problemas atribuídos a obesidade, comum em outros estudos (Stephan Herpertz et al., 2015; James E Mitchell et al., 2013, 2014; Modarressi et al., 2013; Sheets et al., 2015). Por outro lado, é possível que algumas pessoas que não quiseram participar do estudo possam ter recuperado o peso e não ficaram confortáveis na participação. Corroborando outras pesquisas já citados anteriormente, parece que idosos, no geral, são mais conscientes e aderentes aos cuidados pós-cirúrgicos, tem maior clareza da qualidade de vida adquirida e relatam voltar a ter autonomia, outra fala comum entre os indivíduos de nossa amostra. Na mesma linha, foi frequente nos discursos dos pacientes a sinalização de melhora da qualidade de vida, com resgate de autoestima, de autonomia e da atividade sexual, algo não encontrado em nenhum estudo com populações mais velhas que passaram por cirurgia bariátrica.

Dos participantes da pesquisa, 13,5% mantinham acompanhamento psiquiátrico no momento da pesquisa, 16,2% estavam em psicoterapia no momento da pesquisa, 73% nunca realizaram acompanhamento psiquiátrico e 39,2% nunca passaram por consulta com psicólogo em nenhum momento de sua vida. Esses dados podem ter alguns vieses, pois alguns indivíduos podem ter esquecido que passaram por avaliação psicológica pré-cirúrgica, outros podem preferir omitir essa informação por preconceito ou por preocupações com a percepção de terceiros sobre tratamentos psicológicos e psiquiátricos, considerando ainda haver certo grau de julgamento social à busca destes profissionais.

Por fim, embora nossa pesquisa registre que 10,8% dos idosos fazem acompanhamento psicológico e psiquiátrico e a análise estatística mostrar que esse acompanhamento não foi significativo na perda de peso, estudos sugerem a importância de manter acompanhamento psicoterápico ou por profissional de saúde mental, pré e pós-cirúrgico, para garantir adesão ao tratamento e ao novo estilo de vida e manter melhores índices de saúde (De Zwaan et al., 2011; Henrickson et al., 2008; Stephan Herpertz et al., 2015; Yen et al., 2014). Uma pesquisa sobre satisfação com serviços psicológicos, encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o número total de tratamentos psicológicos e comportamentais pós-operatórios concluídos e

uma maior porcentagem de perda de excesso de peso e manutenção de peso (Peacock & Zizzi, 2011). Outros estudos sugerem que a função cognitiva pós-cirurgia pode prever perda de peso e que a psicoterapia comportamental, bem como a psicoterapia de abordagem centrada na pessoa, pode melhorar sintomas depressivos, levando a uma perda de peso mais ideal (Peacock & Zizzi, 2012; Petasne Nijamkin et al., 2013; Spitznagel et al., 2013; Yen et al., 2014).

Apesar de não existirem diretrizes ou protocolos específicos para a população de idosos no que se refere ao acompanhamento psicológico no pré-operatório de cirurgia bariátrica, há, sim, orientações mínimas (Henrickson et al., 2008) sugeridas pela Conferência de Desenvolvimento de Consenso, recomendando que os profissionais que participam da abordagem do indivíduo a ser submetido a cirurgia bariátrica mantenham acompanhamento amigável no pré e pós-cirúrgico nos elementos que são importantes no manejo clínico, como: avaliação do desenvolvimento, apoio social, espiritualidade e cultura, avaliações de comprometimento cognitivo, avaliação de funcionamento cognitivo, avaliação da percepção da cirurgia e das fantasias a cerca dela. Tudo isso com a intenção de dar o necessário suporte psicológico para o adequado enfrentamento da situação de cirurgia e melhor capacidade de adesão aos cuidados necessários, considerando que o sobre peso é responsável por vários agravos e possível limitador de autonomia. A obesidade, independentemente da idade, está associada a déficits cognitivos e disfunções cognitivas, como formação de novos conceitos, desempenho de tarefas sequencias que exigem mais atenção e memória prejudicada; outros sugerem que indivíduos obesos tem duas veze mais chances de desenvolver Alzheimer e idosos tem maior prevalência de condições médicas relacionadas a idade e a obesidade – diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca crônica e apneia do sono (Chelune et al., 1986; J. Gunstad et al., 2006; John Gunstad et al., 2007; Kivipelto et al., 2005). Todos os possíveis agravos em saúde no idoso, somados ao possível comprometimento cognitivo gerado pela obesidade, não podem ser ignorados quando percebemos os benefícios da cirurgia bariátrica para um idoso obeso.

O reganho de peso é uma variável frequentemente abordada nos estudos de cirurgia bariátrica e de significativa importância para os pacientes e os médicos. Em nossa pesquisa, o reganho de peso não esteve associado à gravidade dos sintomas depressivos, ao acompanhamento psiquiátrico/psicológico ou ao consumo alcoólico de risco. Quadros depressivos pós-operatórios estão associados negativamente à perda de peso (Cunningham et al., 2012; De Zwaan et al., 2011; M A Kalarchian et al., 2013). Possivelmente, o resultado

positivo em perda de peso em nossa pesquisa pode estar associado a estruturação dos idosos que optaram pela cirurgia bariátrica e que apresentaram, em sua maioria, poucos sintomas depressivos e ansiosos. Nosso estudo apresenta algumas limitações, primeiramente, o desenho transversal não permite avaliação de sintomas depressivos, ansiosos, consumo alcóolico de risco ou compulsão alimentar antes da cirurgia, limitando análises de causa-efeito. Segundo, podemos considerar que o tamanho amostral, a realização do procedimento por um único cirurgião e um único tipo de procedimento cirúrgico (Y de Roux) limitam generalizações dos resultados para outros serviços e países. Terceiro, os instrumentos são ferramentas complementares a análises e diagnósticos e são auto aplicáveis, dando margem para vieses, embora os idosos tenham sido recebidos em *setting* adequado à aplicação dos instrumentos e tenham passado por adequado rapport. Ademais, o momento, lembranças distorcidas ou esquecidas sobre os questionamentos, necessidade de omitir informações, entre outras variáveis, podem ter interferido nos resultados. Por fim, a negativa de participação por muitos pacientes que preenchem os critérios de inclusão pode ter influenciado os resultados obtidos, subestimando a prevalência das comorbidades avaliadas. Uma pesquisa de Peterhänsel et al. (2013) refere que pacientes que ganharam peso têm vergonha de manter acompanhamento médico, não fizeram acompanhamento adequado e não confiam no cirurgião. Porém, acreditamos que algumas fortalezas do estudo devem ser mencionadas, como a média de idade dos pacientes (65,8 anos), o tempo decorrido da cirurgia (média de 6 anos) e escalas e questionários validados para mensuração dos transtornos pesquisados.

Para estudos futuros, deve-se considerar as múltiplas variáveis a serem investigadas, antes e após a cirurgia bariátrica. Cabe desenvolver e fortalecer as investigações sobre transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), com prevalência de $\pm 30\%$ na população bariátrica; bem como outros transtornos alimentares, como a síndrome do comer noturno e a hiperfagia associada a estados ansiosos/depressivos ou ao estresse e uso de medicações associadas com ganho de peso. São fundamentais o diagnóstico e o tratamento de transtornos psiquiátricos que estão associados com baixa adesão ao seguimento multidisciplinar, como transtornos ansiosos, depressão e abuso de substâncias (Gordon et al., 2011). Recomendamos que estudos futuros avaliem a aplicação de questionários como a escala de Estima Corporal (Mendelson et al., 1997), o questionário Multidimensional de Relações Eu-Corpo, questionário de qualidade de vida, escalas de ajuste diádico (satisfação conjugal) e instrumentos que avaliem a sexualidade (Sarwer, 2015), bem como investigação de uso de tabaco e/ou outras drogas.

6 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo apontam para que após 6 anos em média da cirurgia bariátrica, idosos estão em sua maioria psicologicamente bem, com baixa prevalência de sintomas depressivos, ansiosos, de consumo abusivo de álcool, sem comportamento de compulsão alimentar e sem manifestações de transtornos psiquiátricos ativos ou sintomas significativos.

Com o aumento do número de cirurgias bariátricas realizadas em indivíduos acima dos 60 anos, torna-se importante a realização de novas pesquisas, preferencialmente longitudinais de longo prazo, abordando aspectos de saúde mental e de qualidade de vida nesse grupo etário.

Ainda não sabemos se variáveis clínicas, como por exemplo déficits vitamínicos, podem em algum momento depois da cirurgia, impactar negativamente na saúde mental desses indivíduos.

Cabe reforçar a importância de manter acompanhamento multiprofissional, com estabelecimento de protocolos bem estabelecidos e padronizados para as equipes multiprofissionais, pré, peri e pós cirurgia bariátrica aos idosos interessados no procedimento.

Como sugestão, seria muito rico para o público brasileiro o desenvolvimento de um ambulatório de acompanhamento e seguimento pré, peri e pós cirurgia bariátrica, composto por equipe multiprofissional: geriatras, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas.

Este estudo, permite que novas pesquisas, agora longitudinais se efetivem para o público brasileiro em questão, tão carente de ser estudado.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Obispo, A., Gandara, N., Luna, V., & Fernández-Santaella, M. C. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1523–1529. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6699>.
- Alhamdani, A., Wilson, M., Jones, T., Taqvi, L., Gonsalves, P., Boyle, M., Mahawar, K., Balupuri, S., & Small, P. K. (2012). Laparoscopic adjustable gastric banding: A 10-year single-centre experience of 575 cases with weight loss following surgery. *Obesity Surgery*, 22(7), 1029–1038. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0645-9>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.).
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Formisano, G., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2015). Bariatric surgery worldwide 2013. *Obesity Surgery*, 25(10), 1822–1832. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1657-z>.
- Arterburn, D. E., Olsen, M. K., Smith, V. A., Livingston, E. H., Van Scoyoc, L., Yancy Jr, W. S., Eid, G., Weidenbacher, H., & Maciejewski, M. L. (2015). Association Between Bariatric Surgery and Long-term Survival. *JAMA*, 313(1), 62–70. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16968>.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*.
- Bales, C. W., & Buhr, G. (2008). Is obesity bad for older persons? A systematic review of the pros and cons of weight reduction in later life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 302–312. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.01.006>.
- Baquero, G. A., & Rich, M. W. (2015). Perioperative care in older adults. *Journal of Geriatric Cardiology*, 12(5), 465–469. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.05.018>.
- Barbosa, M. B., Pereira, C. V., Cruz, D. T. da, & Leite, I. C. G. (2018). Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. In *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (Vol. 21, pp. 123–133). scielo.
- Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. C. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 712–726. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1041610210000463>.
- Batsis, J. A., Miranda, W. R., Prasad, C., Collazo-Clavell, M., Sarr, M., Somers, V. K., & Lopez-Jimenez, F. (2017). Effect of bariatric surgery on cardiometabolic risk in elderly subjects:

- a population-based study. *Geriatrics and Gerontology International*, 133(1), 48–61. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017472>.Critical.
- Bauchowitz, A. U., Gonder-Frederick, L. A., Olbrisch, M.-E., Azarbad, L., Ryee, M.-Y., Woodson, M., Miller, A., & Schirmer, B. (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 825–832. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174173.32271.01>.
- Blumenthal, D. M., & Gold, M. S. (2010). Neurobiology of food addiction. In *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32833ad4d4>.
- Boan, J., Kolotkin, R. L., Westman, E. C., McMahon, R. L., & Grant, J. P. (2004). Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14(3), 341–348. <https://doi.org/10.1381/096089204322917864>.
- Brolin, R. E., Robertson, L. B., Kenler, H. A., & Cody, R. P. (1994). Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of Surgery*, 220(6), 782–790. <https://doi.org/10.1097/00000658-199412000-00012>.
- Bruze, G., Holmin, T. E., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. M. S., & Svensson, P. A. (2018). Associations of bariatric surgery with changes in interpersonal relationship status results from 2 swedish cohort studies. *JAMA Surgery*, 153(7), 654–661. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215>.
- Caceres, B. A., Moskowitz, D., & O'Connell, T. (2015). A review of the safety and efficacy of bariatric surgery in adults over the age of 60: 2002-2013. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(7), 403–410. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12235>.
- Castro-Costa, E., Ferri, C. P., Lima-Costa, M. F., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2008). Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addictive Behaviors*, 33(12), 1598–1601. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.004>.
- Chelune, G. J., Ortega, D., Linton, J. C., & Boustany, M. M. (1986). Personality and cognitive findings among patients electing gastroplasty for morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 701–712. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198605\)5:4<701::AID-EAT2260050409>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198605)5:4<701::AID-EAT2260050409>3.0.CO;2-7).
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: Characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 417–425. <https://doi.org/10.1002/erv.2397>.
- Conselho Federal de Medicina. (2016). Resolução Nº 2.131, de 12 de Novembro de 2015. *Diário Oficial Da União*, 8, 66. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=13/01/2016&pagina=66>.

- Conselho Federal de Medicina. (2017). Resolução N° 2.172, de 27 de dezembro de 2017. *Diário Oficial Da União*, 247, 205–206. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/12/2017&jornal=515&pagina=205&totalArquivos=212>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução CFP nº 9, de 25 abril de 2018*. 29. <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-CFP-nº-09-2018-com-anexo.pdf>.
- Courcoulas, A. P., King, W. C., Belle, S. H., Berk, P., Flum, D. R., Garcia, L., Gourash, W., Horlick, M., Mitchell, J. E., Pomp, A., Pories, W. J., Purnell, J. Q., Singh, A., Spaniolas, K., Thirlby, R., Wolfe, B. M., & Yanovski, S. Z. (2018). Seven-year weight trajectories and health outcomes in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS) study. *JAMA Surgery*, 153(5), 427–434. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.5025>.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck* (1st ed.). Casa do Psicólogo.
- Cunha, J B, Fialho, M. C. M. P., Arruda, S. L. M., Nóbrega, O. T., & Camargos, E. F. (2020). Clinical and Metabolic Improvement after Bariatric Surgery in Older Adults: A 6-Year Follow-Up. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(8), 865–869. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1406-4>.
- Cunha, Juliana Bento, Fialho, M. C. P., Arruda, S. L. D. M., Nóbrega, O. T., & Camargos, E. (2020). Bariatric surgery as a safe and effective intervention for the control of comorbidities in older adults. *Geriatrics Gerontology and Aging*, 14(3), 207–212.
- Cunningham, J. L., Merrell, C. C., Sarr, M., Somers, K. J., McAlpine, D., Reese, M., Stevens, S. R., & Clark, M. M. (2012). Investigation of antidepressant medication usage after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 22(4), 530–535. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0517-8>.
- Davis, C., & Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive Behaviors*, 23(4), 463–475. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00009-4).
- Davis, C., Levitan, R. D., Carter, J., Kaplan, A. S., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., & Kennedy, J. L. (2008). Personality and eating behaviors: a case-control study of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 243–250. <https://doi.org/10.1002/eat.20499>.
- 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 - Journal of the American Medical Association*, 315(2), 150–163. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18118>.
- De Almeida Fleck, M. P., Lafer, B., Botelho Sougey, E., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114–122. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000200013>.

- De Oliveira, J. B., Santos, J. L. F., Kerr-Corrêa, F., Simão, M. O., & Lima, M. C. P. (2011). Instrumentos de detecção do uso de álcool em homens idosos: Um estudo populacional na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 1–6.
- de Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. do S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(8), 2191–2198. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>.
- De Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller, O., Mitchell, J. E., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.025>.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in Association With Severe Obesity. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.17.2058>.
- Dorman, R. B., Abraham, A. A., Al-Refai, W. B., Parsons, H. M., Ikramuddin, S., & Habermann, E. B. (2012). Bariatric surgery outcomes in the elderly: an ACS NSQIP study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(1), 35–44.
- Dorman, R. B., Abraham, A. A., Al-Refai, W. B., Parsons, H. M., Ikramuddin, S., & Habermann, E. B. (2012). Bariatric surgery outcomes in the elderly: an ACS NSQIP study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(1), 35–44. <https://doi.org/10.1007/s11605-011-1749-6>.
- dos Santos, W. S., Gouveia, V. V., Fernandes, D. P., de Souza, S. S. B., & Grangeiro, A. S. de M. (2012). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): Exploring its psychometric parameters. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 117–123. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300001>.
- Duque, H., Nury, T., Maya, S., & María, Á. (2016). La cirugía bariátrica : una vivencia espinosa pero satisfactoria Bariatric surgery : a thorny but satisfying experience. *Enfermería Global*, 15(43), 212–227.
- Dymek, M. P., Le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2001). Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric Bypass: A brief report. *Obesity Surgery*. <https://doi.org/10.1381/096089201321454088>.
- Elder, K. A., & Wolfe, B. M. (2007). Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*, 132(6), 2253–2271. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.03.057>.
- Ertelt, T. W., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Crosby, R. D., Steffen, K. J., & Marino, J. M. (2008). Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 4(5), 647–650. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.01.004>.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T., Sarwer, D., & Faith, M. S. (2003). Depressive symptoms as a

function of body mass index and health-related quality of life in the treatment seeking obese adults. *Obesity Research*, *11*, A10.

- Fatima, J., Houghton, S. G., Iqbal, C. W., Thompson, G. B., Que, F. L., Kendrick, M. L., Mai, J. L., Collazo-Clavel, M. L., & Sarr, M. G. (2006). Bariatric surgery at the extremes of age. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *10*(10), 1392–1396. <https://doi.org/10.1016/j.gassur.2006.08.014>.
- Ferraz, P. M. (2014). Depressão e Envelhecimento. In *Universidade de Coimbra*.
- Flegal, K. M., Carroll, 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. *Journal of the American Medical Association*, *307*(5), 491–497. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr*, *23*(4), 215–220.
- Gebhart, A., Young, M. T., & Nguyen, N. T. (2015). Bariatric surgery in the elderly: 2009-2013. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *11*(2), 393–398. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.04.014>.
- Gertler, R., & Ramsey-Stewart, G. (1986). PRE-OPERATIVE PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF PATIENTS PRESENTING FOR GASTRIC BARIATRIC SURGERY (SURGICAL CONTROL OF MORBID OBESITY). *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, *56*(2), 157–161. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1986.tb01874.x>.
- Giordano, S., & Victorzon, M. (2015). Bariatric surgery in elderly patients : a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, *10*, 1627–1635.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, *11*(5), 581–588. <https://doi.org/10.1381/09608920160557057>.
- Gold, M. S., Frost-Pineda, K., & Jacobs, W. S. (2003). Overeating, binge eating, and eating disorders as addictions. In *Psychiatric Annals*. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20030201-08>.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validação da versão Brasileira em Português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(4), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>.
- Gordon, P. C., Kaio, G. H., & Sallet, P. C. (2011). Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico : revisão Aspects of psychiatric care for obese patients under bariatric treatment : a review. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *38*(4), 148–154.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, *7*(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7).

- Green, A. E. C., Dymek-Valentine, M., Pytluk, S., Le Grange, D., & Alverdy, J. (2004). Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obesity Surgery*. <https://doi.org/10.1381/0960892041719590>.
- Gulich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: Um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *19*(4), 691–701. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.
- Gunstad, J., Paul, R. H., Cohen, R. A., Tate, D. F., & Gordon, E. (2006). Obesity is associated with memory deficits in young and middle-aged adults. *Eating and Weight Disorders*, *11*(1), 15–19. <https://doi.org/10.1007/BF03327747>.
- Gunstad, John, Paul, R. H., Cohen, R. A., Tate, D. F., Spitznagel, M. B., & Gordon, E. (2007). Elevated body mass index is associated with executive dysfunction in otherwise healthy adults. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(1), 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.05.001>.
- Hafner, R. J., Watts, J. M. K., & Rogers, J. (1987). Psychological status of morbidly obese women before gastric restriction surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*(5), 607–612. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90039-0](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90039-0).
- Hallowell, P. T., Stellato, T. A., Schuster, M., Graf, K., Robinson, A., & Jasper, J. J. (2007). Avoidance of complications in older patients and medicare recipients undergoing gastric bypass. *Archives of Surgery*, *142*(6), 506–510. <https://doi.org/10.1001/archsurg.142.6.506>.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, *64*(7), 830–842. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>.
- Haywood, C., & Sumithran, P. (2019). Treatment of obesity in older persons - A systematic review. *Obesity Reviews*, *20*(4), 588–598. <https://doi.org/10.1111/obr.12815>.
- Henrickson, H. C., Ashton, K. R., Windover, A. K., & Heinberg, L. J. (2008). Psychological considerations for bariatric surgery among older adults. *Obesity Surgery*, *19*(2), 211–216. <https://doi.org/10.1007/s11695-008-9768-4>.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W., & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. In *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802410>.
- Herpertz, Stephan, Müller, A., Burgmer, R., Crosby, R. D., De Zwaan, M., & Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *11*(6), 1361–1370. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.04.008>.
- Holsinger, T., Deveau, J., Boustani, M., & Williams, J. W. J. (2007). Does this patient have dementia? *JAMA*, *297*(21), 2391–2404. <https://doi.org/10.1001/jama.297.21.2391>.
- Horie, N. C., Cercato, C., Mancini, M. C., & Halpern, A. (2010). Long-term pharmacotherapy

- for obesity in elderly patients: A retrospective evaluation of medical records from a specialized obesity outpatient clinic. *Drugs and Aging*, 27(6), 497–506. <https://doi.org/10.2165/11536660-000000000-00000>.
- Jakobsen, G. S., Småstuen, M. C., Sandbu, R., Nordstrand, N., Hofsfø, D., Lindberg, M., Hertel, J. K., & Hjelmesæth, J. (2018). Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities. *Journal of the American Medical Association*, 319(3), 291–301. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21055>.
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity Research and Clinical Practice*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003>.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Courcoulas, A. P., Cheng, Y., & Levine, M. D. (2013). Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: initial results from a randomized, controlled trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(2), 254–260. <https://doi.org/10.1002/oby.20069>.
- Kalarchian, Melissa A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Soulakova, J. N., Courcoulas, A. P., & Wisinski, M. S. C. (2008). Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(4), 544–549. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.03.003>.
- Kaplan, U., Penner, S., Farrokhyar, F., Andruszkiewicz, N., Breau, R., Gmora, S., Hong, D., & Anvari, M. (2018). Bariatric surgery in the elderly is associated with similar surgical risks and significant long-term health benefits. *Obesity Surgery*, 28(8), 2165–2170. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3160-9>.
- Karlsson, J., Sjöström, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) - An intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity*, 22(2), 113–126. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800553>.
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1248–1261. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>.
- Khwaja, H. A., & Bonanomi, G. (2010). Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 21(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2009.10.005>.
- Kim, K. W., Choi, E. A., Lee, S. B., Park, J. H., Lee, J. J., Huh, Y., Youn, J. C., Jhoo, J. H., Choo, I. H., Kim, M.-H., Lee, D. Y., & Woo, J. I. (2009). Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1420–1428. <https://doi.org/10.1002/gps.2280>.
- King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., Courcoulas, A. P., Pories, W. J., & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use

- disorders before and after bariatric surgery. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 307(23), 2516–2525. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.6147>.
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W., & Aigner, F. (2001). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery*, 11(4), 455–458. <https://doi.org/10.1381/096089201321209323>.
- Kivipelto, M., Ngandu, T., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Kåreholt, I., Winblad, B., Helkala, E.-L., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Nissinen, A. (2005). Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 62(10), 1556–1560. <https://doi.org/10.1001/archneur.62.10.1556>.
- Klapow, J., Kroenke, K., Horton, T., Schmidt, S., Spitzer, R., & Williams, J. B. W. (2002). Psychological disorders and distress in older primary care patients: A comparison of older and younger samples. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 635–643. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000021942.35402.C3>.
- Lang T, H. R. (2002). Impact of LGB on eating behavior and weight. *Obesity Surgery*, vol 12, 100–107.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 359, 1–57.
- Legenbauer, T., De Zwaan, M., Benecke, A., Muhlans, B., Petrak, F., & Herpertz, S. (2009). Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. *Obesity Facts*, 2(4), 227–234. <https://doi.org/10.1159/000226278>.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Betz, S., Báguena Puigcerver, M. J., Benecke, A., Troje, N. F., & Rüddel, H. (2011). Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behavior Modification*, 35(2), 162–186. <https://doi.org/10.1177/0145445510393478>.
- Leivonen, M. K., Juuti, A., Jaser, N., & Mustonen, H. (2011). Laparoscopic sleeve gastrectomy in patients over 59 years: early recovery and 12-month follow-up. *Obesity Surgery*, 21(8), 1180–1187. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0454-6>.
- Lent, M. R., Hayes, S. M., Wood, G. C., Napolitano, M. A., Argyropoulos, G., Gerhard, G. S., Foster, G. D., & Still, C. D. (2013). Smoking and alcohol use in gastric bypass patients. *Eating Behaviors*, 14(4), 460–463. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.08.008>.
- Lent, M. R., & Swencionis, C. (2012). Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eating Behaviors*, 13(1), 67–70. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.10.006>.
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. In *Archives of General Psychiatry* (pp. 220–229).

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>.

- Martín, A. S., Sepúlveda, M., Guzman, F., Guzmán, H., Patiño, F., & Preiss, Y. (2019). Surgical morbidity in the elderly bariatric patient: does age matter? *Obesity Surgery*, *29*, 2548–2552. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03876-7>.
- Maurício, I. L. (2010). O Envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas – Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal? *PsiLogos*, *8*, 55–65. <https://doi.org/10.25752/psi.3290>.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1997). *Manual for the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*. Routledge. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_6.
- Milaneschi, Y., Lamers, F., Peyrot, W. J., Baune, B. T., Breen, G., Dehghan, A., Forstner, A. J., Grabe, H. J., Homuth, G., Kan, C., Lewis, C., Mullins, N., Nauck, M., Pistis, G., Preisig, M., Rivera, M., Rietschel, M., Streit, F., Strohmaier, J., ... Consortium, for the C. I. W. G. and the M. D. D. W. G. of the P. G. (2017). Genetic Association of Major Depression With Atypical Features and Obesity-Related Immunometabolic Dysregulations. *JAMA Psychiatry*, *74*(12), 1214–1225. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3016>.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparison of levels of anxiety and depression among active and sedentary elderly. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *40*(2), 71–76. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>.
- Ministério da Saúde. (2013). Portaria N° 424, de 19 de março de 2013. In *Diário Oficial da União: Vol. N° 54*.
- Mitchell, J E, Lancaster, K. L., Burgard, M. A., Howell, L. M., Krahn, D. D., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., & Gosnell, B. A. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, *11*(4), 464–468. <https://doi.org/10.1381/096089201321209341>.
- Mitchell, James E, Crosby, R., de Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., Gordon, K. H., Karr, T., Lavender, J., & Wonderlich, S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *21*(4), 665–672. <https://doi.org/10.1002/oby.20066>.
- Mitchell, James E, King, W. C., Chen, J.-Y., Devlin, M. J., Flum, D., Garcia, L., Inabet, W., Pender, J. R., Kalarchian, M. A., Khandelwal, S., Marcus, M. D., Schrope, B., Strain, G., Wolfe, B., & Yanovski, S. (2014). Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *22*(8), 1799–1806. <https://doi.org/10.1002/oby.20738>.
- Modarressi, A., Balagué, N., Huber, O., Chilcott, M., & Pittet-Cuénod, B. (2013). Plastic surgery after gastric bypass improves long-term quality of life. *Obesity Surgery*, *23*(1), 24–30. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0735-8>.
- Neff, K. J. H., & Le Roux, C. W. (2013). Bariatric surgery: A best practice article. *Journal of Clinical Pathology*, *66*(2), 90–98. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2012-200798>.

- Neovius, M., Bruze, G., Jacobson, P., Sjöholm, K., Johansson, K., Granath, F., Sundström, J., Näslund, I., Marcus, C., Ottosson, J., Peltonen, M., & Carlsson, L. M. S. (2018). Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 6(3), 197–207. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30437-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30437-0).
- Newmann, J. P., Engel, R. J., & Jensen, J. E. (1991). Age Differences in Depressive Symptom Experiences. *Journal of Gerontology*, 46(5), P224–P235. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.5.P224>.
- NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. (1991). *Annals of Internal Medicine*, 115(12), 956–961..
- Noronha, B. P., Nascimento-Souza, M. A., Lima-Costa, M. F., & Peixoto, S. V. (2019). Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National health survey (2013). *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(11), 4171–4180. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>.
- O’Keefe, K., Kemmeter, P., & Kemmeter, K. (2010). Bariatric Surgery Outcomes in Patients Aged 65 Years and Older at an American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Center of Excellence. *Obesity Surgery*, 20, 1199–1205. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0201-4>.
- O’Keefe, K. L., Kemmeter, P. R., & Kemmeter, K. D. (2010). Bariatric surgery outcomes in patients aged 65 years and older at an American society for metabolic and bariatric surgery center of excellence. *Obesity Surgery*, 20(9), 1199–1205. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0201-4>.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol* (Vol. 65, Issue 1). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Folha Informativa - Álcool*. Folha Informativa - Álcool. <https://www.paho.org/pt/node/4825#:~:text=O uso nocivo de álcool é um fator causal para,DALY%2C sigla em inglês>.
- Oslin, D. W. (2000). Alcohol use in late life: disability and comorbidity. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 134–140. <https://doi.org/10.1177/089198870001300307>
- Pacheco, J. L. (2002). Educação trabalho e envelhecimento. *Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura*, 11, 123–128.
- Pajecki, D., Santo, M. A., Joaquim, H. D. G., Morita, F., Riccioppo, D., Cleve, R. De, & Ceconello, I. (2015). Cirurgia bariátrica em idosos: resultados de seguimento de cinco anos. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(1), 15–18.
- Parmar, C., Mahawar, K., Carr, W., Schroeder, N., Balupuri, S., & Small, P. (2017). Bariatric

- Surgery in Septuagenarians: a Comparison with <60 Year Olds. *Obesity Surgery*, 27. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2739-x>.
- Peacock, J. C., & Zizzi, S. J. (2011). An Assessment of Patient Behavioral Requirements Pre- and Post-Surgery at Accredited Weight Loss Surgical Centers. *Obesity Surgery*, 21(12), 1950–1957. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0366-5>.
- Peacock, J. C., & Zizzi, S. J. (2012). Survey of bariatric surgical patients' experiences with behavioral and psychological services. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 8(6), 777–783. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2011.11.015>.
- Pearson, J. L., & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 685–705. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00066-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00066-5).
- Pechman, D. M., Muñoz Flores, F., Kinkhabwala, C. M., Salas, R., Berk, R. H., Weithorn, D., & Camacho, D. R. (2019). Bariatric surgery in the elderly: outcomes analysis of patients over 70 using the ACS-NSQIP database. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(11), 1923–1932. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.08.011>.
- Peralta, M., Ramos, M., Lipert, A., Martins, J., & Marques, A. (2018). Prevalence and trends of overweight and obesity in older adults from 10 European countries from 2005 to 2013. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(5), 522–529. <https://doi.org/10.1177/1403494818764810>.
- Petasne Nijamkin, M., Campa, A., Samiri Nijamkin, S., & Sosa, J. (2013). Comprehensive behavioral-motivational nutrition education improves depressive symptoms following bariatric surgery: a randomized, controlled trial of obese Hispanic Americans. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6), 620–626. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.04.264>.
- Peterhänsel, C., Petroff, D., Klinitzke, G., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Risk of completed suicide after bariatric surgery: A systematic review. *Obesity Reviews*, 14(5), 369–382. <https://doi.org/10.1111/obr.12014>.
- Pories, W. J., Caro, J. F., Flickinger, E. G., Meelheim, H. D., & Swanson, M. S. (1987). The control of diabetes mellitus (NIDDM) in the morbidly obese with the Greenville Gastric Bypass. *Annals of Surgery*, 206(3), 316–323. <https://doi.org/10.1097/00000658-198709000-00009>.
- Pories, W. J., Swanson, M. S., MacDonald, K. G., Long, S. B., Morris, P. G., Brown, B. M., Barakat, H. A., DeRamon, R. A., Israel, G., Dolezal, J. M., & Al., E. (1995). Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Annals of Surgery*, 222(3), 339–352. <https://doi.org/10.1097/00000658-199509000-00011>.
- Powers, P. S., Rosemurgy, A., Boyd, F., & Perez, A. (1997). Outcome of Gastric Restriction Procedures: Weight, Psychiatric Diagnoses, and Satisfaction. *Obesity Surgery*, 7(6), 471–477. <https://doi.org/10.1381/096089297765555197>.

- Prais, H. a C., Loyola-Filho, A. I. De, Firmo, J. O. a, Lima-costa, M. F., & Uchoa, E. (2008). Estudo de base populacional sobre consumo excessivo de álcool entre homens idosos : evidências dos inquéritos de saúde de Belo Horizonte e Bambuí. *Rev Bras Psiquiatr*, *30*(2), 118–123.
- Printen, K. J., & Mason, E. E. (1977). Gastric bypass for morbid obesity in patients more than fifty years of age. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, *144*(2), 192–194.
- Quirante, F. P., Montorfano, L., Rammohan, R., Dhanabalsamy, N., Lee, A., Szomstein, S., Lo Menzo, E., & Rosenthal, R. J. (2017). Is bariatric surgery safe in the elderly population? *Surgical Endoscopy*, *31*(4), 1538–1543. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5050-3>.
- Raaijmakers, L. C. H., Pouwels, S., Thomassen, S. E. M., & Nienhuijs, S. W. (2017). Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short- and long-term results and comparison with community norms. *European Journal of Clinical Nutrition*, *71*(4), 441–449. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.198>.
- Ritz, P., Topart, P., Benchetrit, S., Tuyeras, G., Lepage, B., Mouiel, J., Becouarn, G., Pattou, F., & Chevallier, J.-M. (2014). Benefits and risks of bariatric surgery in patients aged more than 60 years. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2013.12.012>.
- Rutledge, T., Groesz, L. M., & Savu, M. (2011). Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. *Obesity Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9923-6>.
- Samper-Ternent, R., & Al Snih, S. (2012). Obesity in older adults: epidemiology and implications for disability and disease. *Reviews in Clinical Gerontology*, *22*(1), 10–34. <https://doi.org/10.1017/S0959259811000190>.
- 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*. <https://doi.org/10.1381/0960892042386922>.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, *13*(4), 639–648. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.71>.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Baker, A. W., Gibbons, L. M., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, *4*(5), 640–646. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.04.013>.
- Schutz, D. D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., Widmer, D., Yumuk, V., & Schutz, Y. (2019). European practical and patient- centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obesity Facts*, *12*, 40–66. <https://doi.org/10.1159/000496183>.

- Semanscin-Doerr, D. A., Windover, A., Ashton, K., & Heinberg, L. J. (2010). Mood disorders in laparoscopic sleeve gastrectomy patients: does it affect early weight loss? *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 6(2), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2009.11.017>.
- Sheets, C. S., Peat, C. M., Berg, K. C., White, E. K., Bocchieri-Ricciardi, L., Chen, E. Y., & Mitchell, J. E. (2015). Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 25(2), 330–345. <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1490-9>.
- Sjöström, L., Lindroos, A.-K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, C. D., Sullivan, M., & Wedel, H. (2004). Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*, 351(26), 2683–2693. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa035622>.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A.-K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., ... Carlsson, L. M. S. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 741–752. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa066254>.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2018). *Boletim da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - Edição 53*.
- Sosa, J. L., Pombo, H., Pallavicini, H., & Ruiz-Rodriguez, M. (2004). Laparoscopic gastric bypass beyond age 60. *Obesity Surgery*, 14(10), 1398–1401. <https://doi.org/10.1381/0960892042583833>.
- Spadola, C. E., Wagner, E. F., Varga, L. M., Syvertsen, J. L., De La Cruz Munoz, N. F., & Messiah, S. E. (2018). A Qualitative Examination of Increased Alcohol Use after Bariatric Surgery among Racially/Ethnically Diverse Young Adults. *Obesity Surgery*, 28(6), 1492–1497. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-3022-x>.
- Spitznagel, M. B., Garcia, S., Miller, L. A., Strain, G., Devlin, M., Wing, R., Cohen, R., Paul, R., Crosby, R., Mitchell, J. E., & Gunstad, J. (2013). Cognitive function predicts weight loss after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2011.10.008>.
- St Peter, S. D., Craft, R. O., Tiede, J. L., & Swain, J. M. (2005). Impact of advanced age on weight loss and health benefits after laparoscopic gastric bypass. *Archives of Surgery*, 140(2), 165–168. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.2.165>.
- Stahnke, D. N., Martins, R. B., Farias, R. R., Knorst, M. R., Kanan, J. H. C., & Resende, T. de L. (2020). Depressive Symptoms and Functionality in Older Adults of the Porto Alegre's Primary Care. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 14(1), 22–30. <https://doi.org/10.5327/z2447-212320201900071>.
- Starr, Kathryn N Porter; McDonald, S. R., & Bales, C. W. (2014). Obesity and physical frailty in older adults: a scoping review of intervention trials. *Journal of the American Medical*

- Directors Association*, 15(4), 240–250.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.008>. Obesity.
- Steffen, K. J., Engel, S. G., Wonderlich, J. A., Pollert, G. A., & Sondag, C. (2015). Alcohol and other addictive disorders following bariatric surgery: Prevalence, risk factors and possible etiologies. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 442–450.
<https://doi.org/10.1002/erv.2399>.
- Steffen, K. J., Engel, S. G., Wonderlich, J. A., Pollert, G. A., Sondag, C., Zwaan, M. De, Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller, O., Mitchell, J. E., Müller, A., Hawa, R., Micula-gondek, W., Lundblad, W., Fertig, A., Sarwer, D. B., Wadden, T. A., ... Wagner, B. (2012). Associations of bariatric surgery with changes in interpersonal relationship status results from 2 swedish cohort studies. *Obesity Surgery*, 153(2), 654–661. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215>.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão nos idosos. *Journal of Physical Education*, 8(3), 91–98.
<https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/6473>.
- Sugerman, H. J., Londrey, G. L., Kellum, J. M., Wolf, L., Liszka, T., Engle, K. M., Birkenhauer, R., & Starkey, J. V. (1989). Weight loss with vertical banded gastroplasty and Roux-Y gastric bypass for morbid obesity with selective versus random assignment. *American Journal of Surgery*, 157(1), 93–102. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(89\)90427-3](https://doi.org/10.1016/0002-9610(89)90427-3).
- Sugerman, H. J., Starkey, J. V., & Birkenhauer, R. (1987). A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. *Annals of Surgery*, 205(6), 613–624.
<https://doi.org/10.1097/00000658-198706000-00002>.
- SUS. (2014). Transtorno Ansiedade Generalizada Protocolo Clínico. In *Sistema Único de Saúde*. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>.
- Svensson, P.-A., Anveden, Å., Romeo, S., Peltonen, M., Ahlin, S., Burza, M. A., Carlsson, B., Jacobson, P., Lindroos, A.-K., Lönroth, H., Maglio, C., Näslund, I., Sjöholm, K., Wedel, H., Söderpalm, B., Sjöström, L., & Carlsson, L. M. S. (2013). Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(12), 2444–2451. <https://doi.org/10.1002/oby.20397>.
- Tavares, A., Viveiros, F., Cidade, C., & Maciel, J. (2011). Cirurgia bariátrica - do passado ao século XXI. *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), 111–166.
- Tiwari, M. M., Goede, M. R., Reynoso, J. F., Tsang, A. W., Oleynikov, D., & McBride, C. L. (2011). Differences in outcomes of laparoscopic gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2011.02.005>.
- University of Washington, I. for H. M. and M. (2015). *Global Health Data Exchange*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Vaisi-Raygani, A., Mohammadi, M., Jalali, R., Ghobadi, A., & Salari, N. (2019). The

- prevalence of obesity in older adults in Iran: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1396-4>.
- van Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M., & van Heck, G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15(4), 552–560. <https://doi.org/10.1381/0960892053723484>.
- Varela, J. E., Wilson, S. E., & Nguyen, N. T. (2006). Outcomes of bariatric surgery in the elderly. *American Surgeon*.
- Vestal, R. E., McGuire, E. A., Tobin, J. D., Andres, R., Norris, A. H., & Mezey, E. (1977). Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 21(3), 343–354. <https://doi.org/10.1002/cpt1977213343>.
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity? *Nature Neuroscience*, 8(5), 555–560. <https://doi.org/10.1038/nn1452>.
- Wadden, T A., & Foster, G. D. (2000). Behavioral treatment of obesity. *The Medical Clinics of North America*, 84(2), 441–461, vii. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(05\)70230-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(05)70230-3).
- Wadden, Thomas A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D., McGuckin, B. G., & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(05\)70181-X](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(05)70181-X).
- Wadden, Thomas A., & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14 Suppl 2, 53S–62S. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.283>.
- Welbourn, R., Pournaras, D. J., Dixon, J., Higa, K., Kinsman, R., Ottosson, J., Ramos, A., van Wagenveld, B., Walton, P., Weiner, R., & Zundel, N. (2018). Bariatric surgery worldwide: baseline demographic description and one-year outcomes from the second IFSO global registry report 2013–2015. *Obesity Surgery*, 28(2), 313–322. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2845-9>.
- Weyerer, S., Schäufele, M., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Maier, W., Haller, F., Cvetanovska-Pllashniku, G., Pentzek, M., Fuchs, A., van den Bussche, H., Zimmermann, T., Eisele, M., Bickel, H., Mösch, E., Wiese, B., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2009). At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1376–1385. <https://doi.org/10.1002/gps.2274>.
- Willkomm, C. M., Fisher, T. L., Barnes, G. S., Kennedy, C. I., & Kuhn, J. A. (2010). Surgical weight loss >65 years old: Is it worth the risk? *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(5), 491–496. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2009.09.020>.
- Woodard, G. A., Downey, J., Hernandez-Boussard, T., & Morton, J. M. (2011). Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: A case-crossover trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(2), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.09.020>.

- Yen, Y. C., Huang, C. K., & Tai, C. M. (2014). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 374–379. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000085>.
- Zaveri, H., Surve, A., Cottam, D., Summerhays, C., Cottam, A., Richards, C., Belnap, L. G., & Medlin, W. (2016). A comparison of outcomes of bariatric surgery in patient greater than 70 with 18 month of follow up. *Springer Plus*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3392-x>.
- Zotesso, M. C. (2017). Obesidade: estudo prospectivo dos aspectos emocionais e mnemônicos. In *Sereal Untuk* (Vol. 1, Issue 1). Universidade Estadual Paulista (UNESP).

APÊNDICES

A – Roteiro de Entrevista.

Nº

Questionário de saúde do idoso pós cirurgia bariátrica		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Data da cirurgia:	Tipo de cirurgia:	
Escolaridade em anos:		Ocupação:

Raça:	Estado civil:	Renda doméstica:													
<table border="1"> <tr> <td>PRETO</td> <td>PARDO</td> </tr> <tr> <td>BRANCO</td> <td>AMARELO</td> </tr> <tr> <td>INDÍGENA</td> <td></td> </tr> </table>	PRETO	PARDO	BRANCO	AMARELO	INDÍGENA		<table border="1"> <tr> <td>SOLTEIRO(a)</td> <td>DIVORCIADO(a)</td> </tr> <tr> <td>CASADO (a)</td> <td>VIUVO (a)</td> </tr> <tr> <td>UNIÃO ESTÁVEL</td> <td></td> </tr> </table>	SOLTEIRO(a)	DIVORCIADO(a)	CASADO (a)	VIUVO (a)	UNIÃO ESTÁVEL		<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>	
PRETO	PARDO														
BRANCO	AMARELO														
INDÍGENA															
SOLTEIRO(a)	DIVORCIADO(a)														
CASADO (a)	VIUVO (a)														
UNIÃO ESTÁVEL															

Número de medicamentos: Antes _____ / depois: _____					
Quais medicamentos usava antes:					
Quais medicamentos usa hoje:					
Comorbidades antes da cirurgia:					
Comorbidades depois da cirurgia:					
Curou:					
<table border="1"> <tr> <td>HAS</td> <td>DISLIPIDEMIA</td> <td>DM</td> <td></td> </tr> </table>	HAS	DISLIPIDEMIA	DM		
HAS	DISLIPIDEMIA	DM			
QUEDAS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES: _____					
Peso antes _____ / Peso depois _____	IMC:				
Altura: _____	Antes _____ / Depois: _____				
Peso após 1 ano da cirurgia: _____	Houve reganho? _____				
% excesso de peso perdido 1 ano após a cirurgia: _____	Quantos Quilos? _____				

EXAMES:

COLESTROL ANTES:	COLESTROL DEPOIS:
LDL ¹ :	LDL ² :
HDL ¹ :	HDL ² :
TG ¹ :	TG ² :
Hb GLICADA ¹ :	Hb GLICADA ² :
B12 ¹ :	B12 ² :

B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: ESTUDO CLÍNICO E PSICOLÓGICO DE IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Nome dos pesquisadores: Juliana Bento da Cunha e Maria Clara Martins Pereira Fialho

Nome da instituição: Clínica Dr. Sérgio Arruda Cirurgia Geral e Bariátrica - Setor Médico Hospitalar Norte Quadra 02 Bloco C salas 1309-1313, Brasília DF.

Telefones para contato: (61) 992292473 (61) 98454-5992

Nome do participante: _____

Introdução

Você está sendo convidado a participar de um estudo. Para ajudá-lo a tomar uma decisão, você precisa entender o objetivo do estudo, os procedimentos, os benefícios e riscos do estudo, os desconfortos e as precauções tomadas. Leve o tempo que for necessário para ler cuidadosamente as informações a seguir e conversar sobre elas com outras pessoas. Pergunte ao pesquisador do estudo se alguma coisa não estiver clara ou se quiser mais informações.

Se você concordar em participar do estudo, você deverá assinar e datar duas vias deste termo de consentimento, rubricando todas as páginas de cada uma delas. Uma via será entregue a você e a outra ficará com o pesquisador.

Qual é o objetivo do estudo?

O objetivo deste estudo é avaliar mudanças em sintomas depressivos, de ansiedade e a qualidade de vida em idosos que se submeteram a cirurgia bariátrica. Também serão avaliadas mudanças em parâmetros sanguíneos após cirurgia bariátrica, bem como comorbidades adquiridas após cirurgia bariátrica.

Por que você foi convidado a participar do estudo?

Você foi convidado a participar deste estudo porque em algum momento após os 55 anos você se submeteu a um procedimento de redução do estômago (cirurgia bariátrica).

O que acontecerá com você durante o estudo?

Neste estudo, você será avaliado por uma psicóloga e uma médica geriatra e serão realizados os seguintes procedimentos: 1) avaliação clínica geriátrica; 2) avaliação psicológica; 3) aplicação de questionários e 4) análise dos últimos exames realizados.

A participação neste estudo terá uma duração aproximada de 1 (uma) hora.

Despesas e pagamento

Você não terá gastos por participar deste estudo.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos de participar?

Como se trata apenas de uma avaliação médica e psicológica, não há riscos significativos envolvidos.

Quais são os possíveis benefícios da participação neste estudo?

Pode ser que você não tenha nenhum benefício pessoal por participar do estudo; porém, as informações que obtivermos com esse estudo poderão nos ajudar a melhorar o tratamento e acompanhamento de idosos submetidos à cirurgia bariátrica.

O que acontecerá se você não quiser continuar participando do estudo?

Você pode parar de participar deste estudo a qualquer momento sem dar nenhum motivo e sem penalidades nem perda de benefícios. Isso não afetará seu tratamento futuro nem sua relação com a médica ou psicóloga do estudo.

Sua participação neste estudo será mantida confidencial? Como serão usadas suas informações pessoais?

Este estudo só pode ser feito através da coleta e uso das suas informações clínicas. A equipe responsável tratará todas as suas informações de forma confidencial e sigilosa (em segredo). Suas informações pessoais serão anonimizadas (transformadas em código) e suas informações clínicas (por exemplo, histórico médico e resultados de exame) serão ligadas a este código para que você não seja identificado.

Seu nome não será identificado em nenhum relatório ou publicação gerado como resultado deste estudo.

Lembre-se de que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento e os pesquisadores não usarão ou divulgarão mais suas informações clínicas, garantindo que os seus dados e

resultados de procedimentos do estudo sejam mantidos em sigilo e sejam coletados apenas enquanto você estiver participando do estudo.

Por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, você autoriza o acesso e uso dos seus dados do prontuário pelos pesquisadores. Caso não concorde com esta autorização, você não poderá participar do estudo.

O que acontecerá com os resultados e com este estudo?

Se os resultados do estudo forem publicados, você não será identificado em nenhum relatório ou publicação.

Os resultados deste estudo serão usados para tomar decisões clínicas para o entendimento do envelhecimento após cirurgia bariátrica.

O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes das pesquisas. Ele é responsável pela avaliação e pelo acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes das pesquisas. Se tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília no endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Faculdade de Medicina, 2º andar, sala BS306, Brasília/DF, 70910-900, Brasil ou através do: (61) 3107-1918 / cepfm@unb.br. O horário de atendimento é de Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 16h.

Campos de assinatura:

Ao assinar este termo de consentimento eu não estou abrindo mão de nenhum direito legal.

Li, ou alguém em quem eu confio leu para mim, todas as informações apresentadas neste termo de consentimento, e tive a chance de tirar todas as minhas dúvidas sobre a minha participação neste estudo. Eu sei que estar neste estudo é uma decisão voluntária e escolhi livremente participar dele.

Minha assinatura ou impressão digital abaixo indicam que o estudo e os procedimentos relacionados a ele foram explicados para mim e que eu entendi e concordo em participar.

Nome do participante	
Assinatura	Data

Nome do responsável legal/testemunha, se for o caso	
Assinatura	Data

Pesquisador:

Declaro que este documento está em conformidade com os itens IV. 3 e IV.4 da Resolução CNS 466/2012.

Nome do pesquisador	
Assinatura	Data

C – BDI – Inventário de depressão de Beck.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeita ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

E – AUDIT – Avaliação de desordens relacionadas ao uso de álcool.

AUDIT – Teste de Identificação de Distúrbios Devido ao Uso de Alcool



Instruções para preenchimento:

a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a "caixinha" do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose; c) após a última questão some os números que colocou nas "caixinhas".

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1) Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar? | 0 1 a 2 doses | 3 7 a 9 doses | <input type="text"/> |
| | 1 3 ou 4 doses | 4 10 ou mais doses | |
| | 2 5 ou 6 doses | | |
| 3) Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 4) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 5) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 6) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 7) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 8) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? | 0 Nunca | 3 Duas a três vezes por semana | <input type="text"/> |
| | 1 Uma vez por mês ou menos | 4 Quatro ou mais vezes por semana | |
| | 2 Duas a quatro vezes por mês | | |
| 9) Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido? | 0 Não | 4 Sim, durante o último ano | <input type="text"/> |
| | 1 Sim, mas não no último ano | | |
| 10) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? | 0 Não | 4 Sim, durante o último ano | <input type="text"/> |
| | 1 Sim, mas não no último ano | | |
| | | | Total <input type="text"/> |

F– ECAP – Escala de compulsão alimentar.

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ___/___/___

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

- | | |
|--|---|
| <p># 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p> <p># 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.</p> <p># 3</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p> <p># 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p> <p># 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.</p> | <p># 6</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p># 7</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".</p> <p># 8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).</p> <p># 9</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".</p> <p># 10</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.</p> |
|--|---|

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- () 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- () 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- () 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

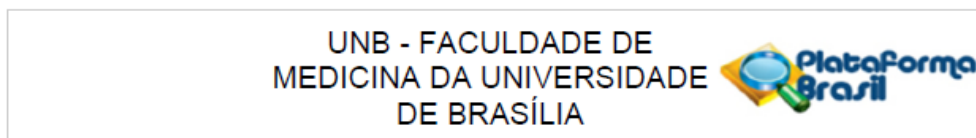
- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
- () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
 - () 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
 - () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.
-

ANEXOS

A - Termo de aprovação no Comitê de ética.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO CLÍNICO E PSICOLÓGICO DE IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Pesquisador: Juliana Bento da Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88696918.0.0000.5558

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.761.922

Apresentação do Projeto:

Por meio de um estudo analítico que utilizará dados retrospectivos obtidos de prontuários com amostra de conveniência de modo a compor coorte aberta e prospectiva de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em uma clínica privada de Brasília-DF, pretende-se avaliar se pacientes idosos submetidos à cirurgia bariátrica possam obter melhora de sua comorbidade sem prejuízo da funcionalidade, associado à qualidade de vida e melhor desempenho em funções cognitivas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar comorbidades presentes previamente e adquiridas após cirurgia bariátrica. Além de verificar redução ou aumento no número de medicamentos utilizados após cirurgia bariátrica; mudanças em parâmetros sanguíneos após cirurgia bariátrica; peso corporal e distribuição gordurosa após cirurgia bariátrica; mudanças em sintomas depressivos e de ansiedade em idosos que se submeteram a cirurgia bariátrica; Aferir a qualidade de vida atual destes idosos por meio de testes e entrevistas padronizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de pesquisa observacional e se realizará por meio da análise de prontuários e reavaliação de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Pode haver o risco de ser invasivo à intimidade dos sujeitos da pesquisa. Porém, os autores garantem

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.761.922

que será resguardada a privacidade dos indivíduos identificando-os apenas pelas iniciais dos nomes e posteriormente por numeração aleatória e apenas serão incluídos no estudo após assinarem o TCLE. Benefícios: Diante da lacuna científica acerca dos aspectos clínicos relacionados à cirurgia bariátrica em idosos, estudos que procurem elucidar questões e trazer novos dados relativos à saúde nesses casos específicos poderão contribuir para uma melhor abordagem pré e pós operatórios dos pacientes idosos que serão submetidos a esse procedimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo poderá contribuir para análise mais detalhada se esses pacientes idosos submetidos à cirurgia bariátrica tenham além de uma melhora nos parâmetros clínicos, também melhora dos sintomas depressivos, ansiedade e na qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto encontra-se bem instruído com TCLE, critérios de inclusão e exclusão, riscos e benefícios, todos de acordo com a resolução 466/12.

Recomendações:

Considerando que estava previsto para iniciar a coleta de dados em 01/06/ 2018 recomenda-se atualizar o cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

o parecer, salvo melhor juízo do colegiado, é pela aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apreciado pelo relator que recomendou sua aprovação sem restrições, ressalvas ou recomendações. Assim sendo o Coordenador desse CEP, dentro de suas atribuições optou pela aprovação do presente projeto.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.-2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP-FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1092896.pdf	19/04/2018 11:53:08		Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

Página 02 de 03

B - Artigo submetido ao periódico: The Journals of Gerontology Series B.

06/11/2020

ScholarOne Manuscripts



Journal of Gerontology: Psychological Sciences

[Home](#)[Author](#)[Review](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Journal of Gerontology: Psychological Sciences

Manuscript ID

JGPS-2020-405

Title

Evaluation of depression and anxiety symptoms, alcohol consumption, and binge eating in older adults undergoing bariatric surgery

Authors

Fialho, Maria Clara

Cunha, Juliana

Arruda, Sergio

Nóbrega, Otávio

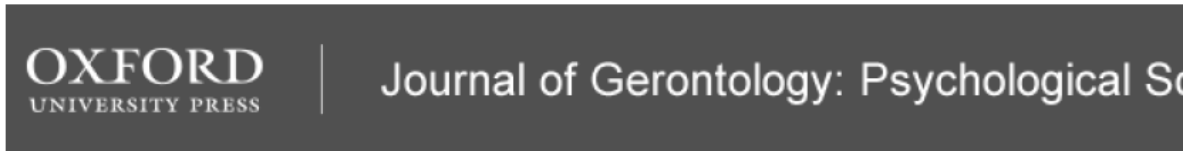
Camargos, Einstein Francisco

Date Submitted

06-Nov-2020

C - Artigo submetido a revista científica:

Manuscripts submitted to Journal of Gerontology: Psychological Sciences



Evaluation of depression and anxiety symptoms, alcohol consumption, and binge eating in older adults undergoing bariatric surgery

Journal:	<i>Journal of Gerontology: Psychological Sciences</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Research Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Fialho, Maria Clara; Universidade de Brasília Cunha, Juliana; Universidade de Brasília Arruda, Sergio; Hospital Regional da Asa Norte Nóbrega, Otávio; Universidade de Brasília Camargos, Einstein Francisco; Universidade de Brasília
Keywords:	Anxiety, Depression, Alcohol < Health Risk Behaviors, Oldest-Old
Alternate Keyword:	

SCHOLARONE™
Manuscripts