



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Marta Daniela Silva Peixoto Fernandes

**O papel do suporte social na cirurgia  
bariátrica: Relação com variáveis  
psicossociais**



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Marta Daniela Silva Peixoto Fernandes

**O papel do suporte social na cirurgia  
bariátrica: Relação com variáveis  
psicossociais**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Professora Doutora Eva Martins Conceição**

## **Declaração**

**Nome:** Marta Daniela Silva Peixoto Fernandes

**Endereço eletrónico:** a65551@alunos.uminho.pt

**Número do cartão de cidadão:** 14390745

**Título da dissertação:** O papel do suporte social na cirurgia bariátrica: Relação com variáveis psicossociais

**Orientadora:** Professora Doutora Eva Martins Conceição

**Ano de conclusão:** 2017

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Objetivos.....	10
Metodologia.....	10
Participantes.....	10
Medidas.....	10
Procedimento.....	12
Análise Estatística.....	12
Resultados.....	13
Referências.....	21

## **Agradecimentos**

Depois de um ano de muito trabalho e muita dedicação, dou este trabalho por concluído, sendo que não teria sido possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas.

Obrigada,

À professora Eva, pela partilha, pela motivação que me transmitiu, pela compreensão em horas difíceis, pelos votos de confiança no meu trabalho mesmo quando eu duvidava e pelo equilíbrio entre a exigência e o apoio e acima de tudo, por inculcar tanto gosto em tudo o que faz. Sem dúvida, um exemplo a todos os níveis.

Ao grupo GEPA pela partilha de conhecimentos e de ideias e à Ana Pinto Bastos pela ajuda nas recolhas.

Às colegas de estágio, à Flávia por ouvir os meus desabafos e por ter sempre um sorriso para dar e à Joana, pela amizade, pela ajuda, pela paciência e por nunca me deixar desistir. Obrigada, acima de tudo, por ter sido o que melhor me aconteceu este ano. Veio para ficar!

Ao Fábio e à Teresa que, mesmo longe, estão sempre perto, atentos, preocupados e disponíveis. São o melhor que Braga me deu e vou levá-los para a vida.

À minha família, principalmente aos meus pais e à minha irmã, por terem que levar com o meu mau feitio quando o cansaço e o stress falavam mais alto, pelo apoio de todos os dias. Por nunca terem duvidado de mim e por me fazerem acreditar que o conseguia. O amor move montanhas!

À Carolina, a minha afilhada, por querer brincar quando me faltava a motivação, pelas perguntas típicas que me faziam soltar um sorriso no meio do desespero. Obrigada por seres os melhores cinco anos da minha vida.

Ao meu namorado, ao melhor, ao que mais me aturou, obrigada! Obrigada por não te cansares das minhas horas más, dos meus dias sem paciência, do meu pessimismo. Obrigada por acreditares tanto em mim e por toda a paciência que tiveste comigo! Obrigada pelos domingos de futebol que me faziam descarregar o stress de uma semana inteira. És uma força da natureza!

A todos vocês, o meu maior e mais sincero obrigada!

### **O papel do suporte social na cirurgia bariátrica: Relação com variáveis psicossociais.**

A cirurgia bariátrica tem demonstrado ser o método mais eficaz e rápido de perda de peso, contudo muitos dos pacientes experienciam um aumento de peso a longo prazo. Este estudo tem como principal foco perceber o papel do suporte social na perda de peso. Para além disto, este estudo pretende perceber se há diferenças na perceção do suporte social antes e depois da cirurgia. Relativamente aos métodos, a amostra deste estudo é constituída por 135 pacientes do período pré (um dia antes da cirurgia) e pós-operatório (18, 24 e 36 meses após submetidos à cirurgia), foi recolhida no Centro Hospitalar de São João. A entrevista clínica foi feita presencialmente aquando as consultas dos pacientes. Com este estudo, observou-se que não há diferenças entre os grupos (pré e pós) cirúrgicos, ao nível da perceção do suporte social. A perceção do suporte social experienciado pelos pacientes no período pós-operatório demonstrou estar relacionada com a perda de peso após a cirurgia bariátrica. São necessários mais estudos, que envolvam amostras maiores, para perceber a relação e a influência que a perceção do suporte social pode ter nos resultados positivos da perda de peso na cirurgia bariátrica.

*Palavras-chave:* cirurgia bariátrica, suporte social, variáveis psicológicas, obesidade severa, perda de peso.

**The role of social support in bariatric surgery: Relationship with psychosocial variables.**

The bariatric surgery has been shown the most efficient and fastest method of weight loss, but some patients, at long-term, have experienced weight regain. This study has as main focus, to understand, the main role of society in weight loss. In addition, this study intends to understand if there are some differences in the perception of social support before and after surgery. With to regard to the methods, the sample of this study is constituted by 135 patients of the pre period (1 day before the surgery) and postoperative (18, 24 and 36 months after undergoing surgery), was collected in the Centro Hospitalar de São João. The clinical interview was made face-to-face when patients were consulted. With this study, it was observed that there are no differences between the surgical groups (pre and postoperative), of social support perception level. The social support perception experienced by patients of the postoperative period demonstrated to be related with weight loss after the bariatric surgery. Further studies involving larger samples are needed to understand the relationship and influence that the perception of social support can have on the positive results of weight loss in bariatric surgery..

*Keywords:* bariatric surgery, social support, psychological characteristics, morbid obesity, weight loss.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

### Introdução

A obesidade é uma doença crónica que pode definir-se como “uma acumulação excessiva de gordura corporal que deriva de um desequilíbrio crónico entre a energia ingerida e a energia gasta”(WHO, 2000)”. Este problema de saúde tem demonstrado estar em ascensão e ser uma das causas mais recorrentes de morte. Um estudo realizado anteriormente estima que em Portugal, 39,9% das pessoas têm excesso de peso e que 14,2% é obesa (Carmo et al., 2007). Também a nível Mundial sabe-se que a população obesa duplicou desde 1980, sendo que o excesso de peso e a obesidade são um problema que causa mais mortes do que o peso baixo (exceto em algumas regiões da África e da Ásia). Em 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos tinham excesso de peso e cerca de 600 milhões eram obesos (World Health Organization, 2013 [WHO]). Um indivíduo com obesidade severa porta um índice de massa corporal superior a 40kg/m<sup>2</sup>. Métodos e tratamentos não-cirúrgicos tais como, tratamentos farmacológicos e modificação de comportamento apresenta alguns resultados favoráveis, quer a nível de peso e também psicológico dos pacientes. No entanto estes métodos só se mostram eficazes quando se trata de obesidade ligeira a moderada. Desta forma, a cirurgia bariátrica é atualmente vista como o método mais eficaz e rápido na perda de peso (Rien, Ixon, & Rown, 2004). Para além da mortalidade e morbidade presentes neste problema de saúde, há também consequências psicossociais, tais como discriminação, isolamento social e sentimentos de humilhação e inferioridade, que podem afetar a vida do paciente (Brownell & Wadden, 1992; Itallie & Kral, 1981). Para além destes, atualmente vários estudos retratam também o excesso de peles que podem advir da cirurgia bariátrica e consequentemente da perda de peso. Há um confronto dos pacientes com alterações estéticas, habitualmente caracterizadas por pele solta (Kitzinger et al., 2012).

Nem sempre com a cirurgia bariátrica se consegue atingir uma quantidade significativa de perda de peso. Dados recolhidos anteriormente demonstram que 20% dos pacientes não conseguem atingir uma perda de peso suficiente (normalmente definido como sendo 50% de perda do excesso de peso) (Ahroni, Montgomery, & Watkins, 2005; Angrisani et al., 2013). Contudo, mesmo que o objetivo de peso não seja atingido, caso haja diminuição, resultará numa melhoria das comorbilidades que lhe estão associadas. Ou seja, se o objetivo da cirurgia bariátrica for melhorar a saúde e a qualidade de vida, este método é bem sucedido independentemente da percentagem de perda de peso (Ahroni, Montgomery & Watkins, 2005).



## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Estudos demonstram que existe uma grande variação nos resultados de perda de peso obtidos a longo prazo (Clark et al., 2003; Courcoulas et al., 2013). É possível observar que muitos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica experienciam um aumento de peso ao longo do tempo em que são acompanhados (Magro et al., 2008). Esta recuperação de peso tem vindo a ser associada a fatores não cirúrgicos (Hout, 2005; Hsu et al., 1998; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005).

Geralmente, nos primeiros meses, a perda de peso é notória, esta tende a estabilizar entre os 12 e 18 meses pós cirurgia primária e posteriormente o peso retoma valores elevados (Benotti & Forse, 1995). Nestes casos, a fim de ultrapassar estas dificuldades pode ser necessário recorrer a cirurgia de revisão (Nguyen, 2007).

Tendo em conta que a cirurgia em si já é vista como uma fonte de stress e tensão para o paciente (Shiri, Gurevich, & Feintuch, 2007), as dificuldades na perda peso de após cirurgia bariátrica tem vindo a revelar-se um aspeto importante e merecedor de avaliação. Estas dificuldades na perda de peso podem estar relacionadas com fatores como: a idade, o sexo, os hábitos alimentares e a prática ou não de exercício físico (Chevallier et al., 2007; Snyder, Nguyen, Scarborough, Yu, & Wilson, 2009). Após a realização da cirurgia bariátrica, os pacientes veem-se obrigados a adotar um regime dietético muito rigoroso (Hout, Boekestein, Frederiek, Pelle, & Heck, 2006) e deparam-se também com alterações interpessoais que anteriormente não tinham experienciado (Sogg & Gorman, 2008). Para além destas mudanças, estes pacientes tem de se adaptar a alterações corporais constantes. Um estudo de Ramalho et al., 2014 explorou o impacto do excesso de pele, a nível psicológico e de funcionamento sexual, em mulheres. Os autores concluíram que devido ao excesso de peles existia uma alteração negativa na rotina dos pacientes, que tinha influencia no funcionamento sexual que por sua vez estava relacionada com níveis mais elevados de depressão e consequentemente no aumento de peso após a cirurgia.

Estudos demonstram que comportamentos alimentares desadaptativos (Benotti, 1996) e também variáveis psicológicas que persuadem a vontade de comer, tais como a depressão (Colles, Dixon, & Brien, 2008; Ryden et al., 2003) a ansiedade (Kalarchian et al., 2008; Kinzl et al., 2006; Legenbauer, Petrak, Zwaan, & Herpertz, 2011) e a impulsividade (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel, & Giel, 2013) reúnem consenso na influência que têm nos fracos resultados de perda de peso. Outro factor que se tem vindo a demonstrar estar associado à perda de peso após cirurgia bariátrica é o suporte social (Livhits et al., 2010).

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Albrecht, & Adelman, (1987) definem o suporte social como a “comunicação verbal e não-verbal, entre as pessoas, que permite reduzir a incerteza sobre si próprio, o outro, a relação ou a situação e funciona para melhorar a percepção de controlo sobre a experiência em si”.

Estudos anteriores defendem que o apoio familiar e social tem a hipótese de melhorar os resultados de perda de peso após a cirurgia visto que os ajudarão a lidar com stressores psicossociais e com as mudanças na rotina alimentar dos pacientes, contudo não existem ainda estudos que nos permitam perceber o impacto geral e qual o apoio de que mais beneficiariam os pacientes (Vishne et al., 2004).

Um estudo realizado por Rand, & Macgregor, (1990) sobre a percepção do preconceito e da discriminação sentidos por pessoas com obesidade mórbida, concluiu que pacientes no período pré-operatório relatam este problema de forma abundante por parte da família, em locais públicos e no trabalho. Após 14 meses, quando a perda de peso é significativa estes passam a perceber pouco ou nenhum sentimento de discriminação ou preconceito.

Outros estudos demonstram que ausência do suporte social apropriado, está diretamente relacionado com a gravidade de sintomas psicológicos, tal como, quando presente funciona como separador dos acontecimentos stressantes e os sintomas (Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant, 1978; Wilcox, 1981).

Estudos observam que se compreendermos o papel do apoio social pós-cirurgia bariátrica, é possível identificar grupos de risco de insucesso na perda de peso e consequentemente intervir de forma precoce. Desta forma, garantir que os pacientes tenham um apoio adequado, que os ajudem a lidar com as mudanças que vão ocorrer e que os preparem para as mesmas, pode ser um ponto favorável na perda de peso (Livhits, et al., 2010).

Estudos anteriores indicam que os pacientes bariátricos, após a cirurgia, tendem a não recordar os conselhos que lhe são dados no pré-operatório. Assim, os grupos de apoio voltam a mostrar a sua importância, tendo em conta que podem facultar uma educação continuada. Sabemos também que, surgindo no contexto das relações interpessoais, o apoio social promove necessidades de autoaceitação e autoestima e satisfação de afeto, intimidade e comunicação com os outros (Albrecht & Adelman, 1987)

Elakkary, Elhorr, Aziz, Gazayerli, & Silva, 2006 estudaram dois grupos, um em que os pacientes pertenciam a grupos de apoio, e outro que não pertenciam a qualquer grupo de apoio. Estes dois grupos foram acompanhados durante um ano, os investigadores concluíram

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

que pacientes do grupo de apoio têm significativamente maior perda de peso a partir dos 6 meses que continua até aos 12 meses.

Também Lutfi, Torquati, Sekhar, & Richards, 2006, apuraram que pacientes casados tiveram 2,6 vezes mais chances de não conseguir a perda de peso bem-sucedida em comparação com pacientes individuais. Um dos motivos que pode ajudar a compreender estes resultados é o facto de que os pacientes solteiros ou divorciados terem mais tempo disponível para a prática de atividade física regular. Outros estudos, demonstraram que por vezes as relações entre companheiros podem sofrer alterações após cirurgia, com a necessidade da prática de exercício físico há uma diminuição de tempo disponível que anteriormente podia ser aproveitado com os companheiros em atividades mais sedentárias (ex: ir ao cinema), mas ainda assim, apreciada por ambos. Com a aquisição de novos hábitos, estes ficam expostos a novas experiências e conhecimentos e é possível que isto influencie a relação com o cônjuge (Bond et al., 2009).

Apesar dos resultados não serem significativos, foram também observadas diferenças em pacientes bariátricos com maior número de confidentes (=nove), tendem a conseguir uma maior perda de peso, ou seja, um número maior de confidentes reflete uma rede de apoio mais vasta, isso pode ajudar o paciente a lidar com stressores psicossociais e consequentemente ter influências positivas no objetivo de perda de peso (Ray, Nickels, Sayeed, & Sax, 2003).

Em suma, sabemos que, pacientes que frequentam grupos de apoio numa fase posterior à cirurgia bariátrica relatam sucesso na perda de peso. Contudo, em relação a outros tipos de apoio (tais como o apoio percebido, apoio recebido da família e número de confidentes), os estudos ainda são escassos, não sendo possível tirar conclusões sobre a influência destes no sucesso ou insucesso da perda de peso pós cirurgia bariátrica. (Livhits, et al., 2010).

O carácter inovador deste estudo, está essencialmente na tentativa de perceber este tipo de apoio social mais direto (a família, os amigos e alguém próximo) e a influência deste nos resultados da cirurgia bariátrica, visto que apesar de já haverem investigações que estudaram a importância do suporte social noutras áreas, na cirurgia bariátrica são ainda muito escassos e como referido acima, este é um factor importante quer no período pré cirúrgico, quer no pós cirúrgico.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

### **Objetivos**

O principal objetivo da realização deste estudo passa por, avaliar as diferenças na percepção do suporte social antes e depois dos pacientes serem submetidos a cirurgia bariátrica. Um segundo objetivo principal é correlacionar a percepção do suporte social avaliada, com a percentagem de perda de peso pós a realização da cirurgia bariátrica. Desta forma, pretende-se correlacionar a percepção de suporte por parte do paciente com o sucesso na perda de peso pós cirurgia. Por último, temos como objetivo correlacionar a percepção do suporte social com variáveis psicossociais que persuadem a vontade de comer.

### **Metodologia**

#### **Participantes**

Este estudo transversal está a recolher juntamente com outro estudo longitudinal que usa a mesma bateria de instrumentos. A amostra foi recolhida no período de Setembro de 2016 a Março de 2017, no Centro Hospitalar de S. João, no Porto.

Foram entrevistados um total de 130 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica primária. Sendo que 65 deles foram avaliados no período pré cirúrgico e 65 no período pós cirúrgico. Esta amostra inclui apenas pacientes do sexo feminino. Tendo como critérios de exclusão a idade (os pacientes tem de ter idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos), gravidez, uso de medicação de perturbações psicológicas e analfabetismo.

#### **Medidas**

Os instrumentos utilizados neste estudo englobam um guião de entrevista em que constam informações sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, situação profissional, medicação e estado de saúde) e também é recolhida a informação sobre o peso e idade atual. Todos estes dados foram recolhidos com o objetivo de facilitar a compreensão e análise das distintas variáveis que são avaliadas durante o estudo. Para além destes, fazem também parte da recolha, seis questionários de auto-relato, sendo estes:

O *Repetitive Eating Questionnaire (Rep(eat)\_Q)* é um instrumento de avaliação do comportamento alimentar. É constituído por 15 itens em que as respostas são dadas numa escala de likert de 0 (Nunca) a 6 (normalmente mais do que uma vez por dia) de forma a perceber com que frequência o paciente teve determinadas atitudes e comportamentos nas últimas quatro semanas. Desta forma, vamos avaliar a presença ou não de um padrão alimentar de petisco contínuo, sendo que este é representado por pontuações mais altas (Conceição et al., 2014).

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

O *Eating Anxiety Depression Stress (EADS)* é um instrumento da autoria original de (Lovibond, 1995), adaptado por (Pais-ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), é constituído por 21 itens distribuído em número igual pelas 3 dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress (7 itens para cada). As possibilidades de resposta envolvem acontecimentos da semana passada, em que o paciente deve assinalar numa escala de likert relacionada com a frequência/gravidade, o quanto aquilo se aplica a si. Sabemos também que pontuações mais elevadas, estão associadas a estados afetivos mais negativos.

O *Impulsive Behavior Scale (UPPS)* foi também utilizado, contudo numa versão mais reduzida de Cyders et al., 2007. A versão original de Whiteside & Lynam, 2001 porta na totalidade 59 itens que deverão ser respondidos numa escala de likert. Este instrumento está organizado em 5 sub-escalas: Urgência positiva, premeditação, urgência negativa, perseverança e busca de sensações. Neste estudo, apenas foi utilizada a escala de urgência negativa visto que avalia a impulsividade do paciente. Esta sub-escala é composta por 12 itens, as respostas são dadas mediante uma escala de Likert de 4 pontos e em que quanto mais alta for a pontuação, mais alto é o grau de sintomatologia do paciente.

É também utilizado o *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE\_Q)* adaptado por (Machado et al., 2014), este questionário avalia a psicopatologia específica dos distúrbios do comportamento alimentar. Este questionário é composto por quatro subescalas, sendo elas a restrição alimentar, a preocupação com a comida, a preocupação com a forma e também a preocupação com o peso. É constituído por 28 itens que correspondem a questões relativas aos últimos 28 dias. As respostas a este questionário vão dar-nos a indicação do número de dias em que determinados comportamentos, atitudes e sentimentos ocorreram.

O *Three Factor Eating (TEFQ-R21)* da autoria de Stunkard & Messick, 1985 inicialmente era constituído por 51 itens. Mais tarde sofreu uma modificação, passando a ter apenas 18 itens. Após um novo estudo de validação resultou uma nova versão que contempla 21 itens que avalia três fatores, sendo estes: grau de restrição cognitiva (6 itens), alimentação emocional (6 itens) e descontrole alimentar (9 itens), este questionário é cotado numa escala de 0 a 4 e termina com uma questão relativa ao descontrole alimentar em que a resposta varia de 0 “como tudo o que quero quando quero” e 8 “limito constantemente a minha ingestão de alimentos – nunca cedo”.

Por último surge a *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)* adaptado por Carvalho, Pimentel, Maia, & Mota-pereira, 2011 que avalia a perceção de suporte social segundo três fontes: a família, os amigos e outros significativos. Esta escala é

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

constituída por 12 itens e as respostas são cotadas numa escala de 7 valores, sendo que o 0 corresponde a “discordo completamente” e o 7 “concordo completamente”.

### **Procedimento**

Como já referido acima, a amostra de pacientes de cirurgia primária foi dividida em dois grupos, sendo um de pré cirurgia e outro de pós cirurgia. Os pacientes do grupo pré serão avaliados na véspera de serem submetidos à cirurgia (no dia anterior), os do grupo pós cirurgia é desejável que todos os pacientes tenham realizado a cirurgia no mínimo há um ano e meio e no máximo há três anos. A entrevista é feita pessoalmente para garantirmos uma informação mais detalhada e fidedigna. Os instrumentos administrados são os mesmos para ambos os grupos (questionário sociodemográfico, EDE\_Q, Rep(eat)\_Q, UPSS-P, EADS-21, TEFQ-R21). No período pós cirúrgico, os pacientes são contactados no dia anterior à consulta de acompanhamento à cirurgia (seja de endocrinologia, cirurgia ou nutrição), para agendar a entrevista, que se realiza no final da consulta, no Hospital de S. João. Quando se trata do primeiro encontro com o paciente, são explicados os objetivos da investigação, o que requer a sua participação e é garantida a confidencialidade dos dados, através do consentimento informado, que o paciente terá de assinar caso este concorde com o que foi exposto e caso pretenda participar no estudo. Posteriormente, caso o paciente aceite participar no estudo, são passados o guião de entrevista e os cinco instrumentos de autorrelato (mencionados acima) relativos a variáveis psicológicas que persuadem a vontade de comer e à perceção de suporte social segundo as três fontes, família, amigos e outros significativos do paciente.

### **Análise Estatística**

O índice de massa corporal foi calculado através da fórmula (peso/(altura\*altura)). A Percentagem de peso perdida foi calculada utilizando o peso na avaliação pré operatória e o peso relatado no momento da avaliação pós operatória (18, 24 ou 36 meses depois da cirurgia), resultando da equação  $[(\text{PesoPré}-\text{PesoAtual})/\text{PesoPré}]*100$ . O aumento de peso foi calculado usando a fórmula  $(\text{PesoAtual}-\text{PesoMaisBaixo})$ .

Para avaliar se há diferenças na perceção de suporte social antes e depois da cirurgia foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Correlações de Spearman foram utilizadas para perceber a relação da perceção de suporte social com a percentagem de perda de peso e com variáveis psicossociais. Para além destas, foi também executada uma Correlação de Spearman para perceber qual o tipo de apoio que pode estar mais associado à percentagem de perda de peso. De seguida, foi realizada uma *path analysis* para explorar a relação entre as variáveis.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Neste modelo, com o objetivo de perceber se este estava ajustado foram verificados alguns índices: nonsignificant chi-square ( $\chi^2$ ), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Incremental Fit Index (IFI)  $>0.90$ , e Root-Mean-Square of Approximation (RMSEA)  $<0.08$ .

Modelos Lineares Generalizados foram calculados para perceber a relação da distribuição aleatória da variável dependente (percentagem de perda de peso, aumento de peso e índice de massa corporal) com as outras variáveis lineares em estudo.

Todas as análises que foram realizadas neste estudo têm como base o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 (SPSS, Chicago, IL, USA), foi também utilizado o programa IBM SPSS Amos..

### Resultados

A presente amostra é constituída apenas por pacientes do sexo feminino (N=135), sendo que 65 são pacientes que pertencem ao grupo do pós operatório e 65 do grupo pré operatório. A amostra é constituída por pacientes com idades compreendidas entre os 20 e os 67 anos (M = 43.70, DP = 10.61), ambos os grupos apresentam uma média de idades idêntica, no grupo pós operatório a média de idades é de 43,6 e no grupo pré operatório a média de idades é de 43,8. O índice de massa corporal do grupo pré operatório varia entre 35,16 e 60,96, ( M = 44.03, DP = 5.48). O IMC do grupo pós operatório varia entre 19,23 e 46,86, (M = 28.64, DP = 5.12).

Da presente amostra, é possível verificar que relativamente ao estado civil dos pacientes, 13,8% deles eram solteiros, 56,2% casados, 11,5% vivem juntos, 2,3% estavam separados, 12,3 % divorciados, 3,8% eram viúvos, em suma pode concluir-se que 67,7% dos pacientes tinham companheiro/a e que 32,3% não tinham.

No que concerne ao tipo de cirurgia realizado, 36,9 % dos pacientes foram ou iam ser submetidos à cirurgia de sleeve gástrico, enquanto que 63,1% dos pacientes estavam prestes ou foram submetidos à cirurgia de bypass gástrico.

Atendendo ao nível de escolaridade dos pacientes, é possível verificar que na presente amostra, 3,1% dos pacientes relatam não terem frequentado qualquer ensino, 51,5% frequentou o ensino básico (1º, 2º ou 3º ciclo), 18,5 % frequentaram o ensino secundário e 25,4% frequentou ou completou o ensino superior, por ultimo temos 1,5% dos pacientes que frequentaram outros tipos de ensino.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Com o objetivo de testar a normalidade da variável em estudo (suporte social), inicialmente foi feita uma análise exploratória de dados. Esta revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos.

A fim de perceber melhor a amostra deste estudo, através da Tabela 1 podemos observar as médias e os desvios padrão de cada variável psicossocial para ambos os grupos (pré e pós operatório).

Tabela 1

*Médias e desvios padrão das variáveis psicológicas*

	<b>Pré cirurgia (n=65) M (DP)</b>	<b>Pós cirurgia (n=65) M (DP)</b>
<b>Suporte Social Score Total</b>	6.09 (.98)	5.43 (1.60)
<b>Suporte Social Família</b>	6.27 (1.15)	5.69 (1.88)
<b>Suporte Social Amigos</b>	5.47 (1.75)	4.55 (2.40)
<b>Suporte Social Outros Significativos</b>	6.52 (.98)	6.04 (1.58)
<b>Depressão</b>	4.31 (4.55)	3.23 (3.48)
<b>Ansiedade</b>	5.06 (4.28)	4.19 (3.22)
<b>Stress</b>	8.44 (11.21)	6.23 (4.04)
<b>UPPS-P</b>	30.96 (6.32)	32.54 (6.99)
<b>Repeat</b>	24.86 (20.29)	11.65 (16.77)
<b>EDE_Q score total</b>	2.66 (.95)	1.44 (.97)



## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

<b>Restrição</b>	1.88 (1.41)	1.40 (1.22)
<b>Preocupação com o peso</b>	3.78 (1.19)	1.80 (1.50)
<b>Preocupação com a forma</b>	3.60 (1.28)	2.00 (1.60)
<b>Preocupação com a comida</b>	1.37 (1.16)	.58 (.70)
<b>Perda de controlo</b>	2.81 (.60)	3.50 (.62)
<b>Restrição cognitiva</b>	2.90 (.35)	2.81 (.41)
<b>Comer emocional</b>	2.49 (.80)	3.23(.81)

Desta forma, foi realizado um Teste de Mann-Whitney, este demonstrou que não há diferenças significativas entre os pacientes no período pré operatório e os pacientes no período pós operatório ao nível da perceção de suporte social,  $U = 1690,00$ ,  $p = .193$ .

Considerando outros objetivos deste estudo, que passam por perceber a relação da perceção do suporte social com a percentagem de peso perdida e com as variáveis psicossociais, foi feita uma Correlação de Spearman. Na tabela 2 estão relatadas as variáveis que se apresentam correlacionadas com a perceção de suporte social. Esta demonstra que a perceção de suporte social está correlacionado com maior percentagem de perda de peso, com menor grau de depressão, ansiedade e stress, com menos urgência negativa e com menos restrição cognitiva. Variáveis como o petisco contínuo, a restrição, a preocupação com a comida, com o peso e com a forma, a perda de controlo e o comer emocional não apresentam uma correlação estatisticamente significativa com a perceção de suporte social.

Tabela 2

*Correlações entre as variáveis em estudo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>1 - Suporte Social</b>	1	-.443*	-.230*	-.333*	.263*	-.039	.011	-.111	-.163	-.077	-.119	.092	.215*	-.155	.262*

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

2 - EADS Depressão	1	.735*	.746*	-.588*	.373*	.122	.437*	.474*	.444*	.475*	-.426*	-.031	-.392*	-.333*
3 - EADS Ansiedade		1	.729*	-.457*	.322*	.153	.351*	.390*	.340*	.383*	-.317*	.143	-.294*	-.279*
4 - EADS Stress			1	-.459*	.344*	.178	.331*	.384*	.310*	.377*	-.345*	.046	-.422*	-.271*
5 - UPPS-P				1	-.406*	-.066	-.402*	-.339*	-.350*	-.364*	.444*	.032	.445*	.166
6 - Repeat					1	.017	.495*	.416*	.416*	.415*	-.666*	.175	-.574*	-.275*
7 - EDE restrição						1	.281*	.301*	.368*	.596*	.008	-.093	-.223*	-.057
8 - EDE preoc peso							1	.822*	.501*	-.862*	-.534*	.025	-.483*	-.295*
9 - EDE preocupação forma								1	.588*	.889*	-.515*	-.065	-.440*	-.198*
10- EDE preocupação comida									1	.728*	-.539*	-.137	-.629*	-.014
11 - EDE score total										1	-.502*	-.061	-.553*	-.192
12 - TEFQ perda controlo											1	.068	.683*	.201
13 - TEFQ restrição cognitiva												1	.021	.069
14 - TEFQ comer emocional													1	.048
15 - Perda de peso														1

\*\* p < .01; \* p < .05

Correlações de Spearman demonstraram que o suporte social ao nível da família está positivamente correlacionado com a percentagem de perda de peso  $r = .33, p < .01$ . Assim sendo, maior perceção de suporte social dos pacientes por parte da família está associado a maior percentagem de peso perdida. O suporte social ao nível dos amigos ou de outros significativos não está associado significativamente à percentagem de peso perdido.

De seguida, foi realizada uma *path analysis* para explorar a relação entre algumas das variáveis em estudo. Tal como pode ser observado na Figura 1, os índices que nos permitem aprovar o modelo, tem todos eles valores expectáveis ( $\chi^2 = 7,737, df = 5, p = .171$ ). CFI = 0.979, TLI = 0.937, e IFI = 0.980 assumem valores desejáveis visto que são superiores a 0.90, também o RMSEA = .072 é menor do que 0.08.

Este modelo demonstra que valores mais elevados de suporte social estão associados a menores níveis de depressão ( $\beta = -.384$ ), que por sua vez estão associados a menor

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

impulsividade ( $\beta = -.598$ ), que está associada a menos petisco contínuo ( $\beta = -.405$ ). Petisco contínuo está, por sua vez, associado a menos restrição alimentar ( $\beta = .236$ ). Também menor impulsividade está associado a mais comer emocional ( $\beta = .463$ ), que por sua vez demonstra estar associado a menor restrição ( $\beta = -.012$ ). Também é possível observar que pacientes com maiores níveis de suporte social estão associados a mais comportamentos de petisco contínuo ( $\beta = .226$ ), que está associado a mais restrição alimentar ( $\beta = .236$ ).

Foram analisados os índices de modificação e foram criadas co-variâncias entre os erros 4 e 5, 5 e 6 e 4 e 6.

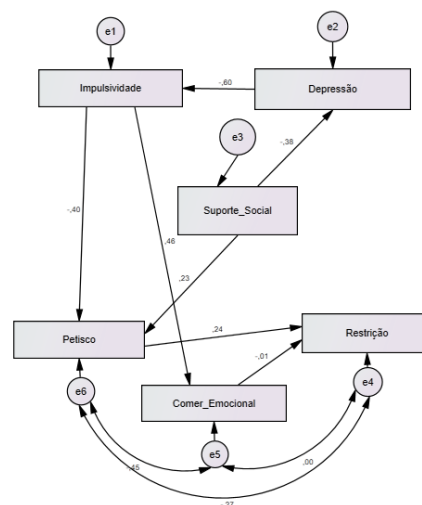


Figura 1. Modelo da Path Analysis

O Modelo Linear Generalizado demonstrou que o índice de massa corporal está significativamente associado a comportamentos alimentares desadaptativos (EDE\_Q) (Wald  $\chi^2(1) = 9.7$ ,  $pb < .01$ , 95% IC .02 - .10), ao comer emocional (subescala do questionário TEFQ) (Wald  $\chi^2(1) = 15.1$ ,  $p < .001$ , 95% IC .06 - .17), foi também inversamente associado ao suporte social (Wald  $\chi^2(1) = 15.1$ ,  $pb < .05$ , 95% IC -.06 - -9.7) e à perda de controle (subescala do TEFQ) (Wald  $\chi^2(1) = 3.9$ ,  $pb < .05$ , 95% IC -.14 - .00). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas com as outras variáveis em estudo.

Também se verifica que o aumento de peso, está significativamente associado à urgência negativa (Wald  $\chi^2(1) = 6.9$ ,  $pb < .01$ , 95% IC .01 - .08), ao comportamento alimentar desadaptativo (EDE\_Q) (Wald  $\chi^2(1) = 7.6$ ,  $pb < 0.1$ , 95% IC .09 - .51) e inversamente associado à variável do suporte social (Wald  $\chi^2(1) = 7.3$ ,  $pb < .01$ , 95% IC -.36 - -.06), e à perda de controle (Wald  $\chi^2(1) = 4.5$ ,  $pb < .05$ , 95% IC -.73 - -.03), No que diz respeito a outras variáveis em estudo, não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

O Modelo Linear Generalizado visou também que estão estatisticamente associadas à percentagem de perda de peso, o suporte social (Wald  $\chi^2(1) = 5.7$ ,  $pb < .05$ , 95% IC .00 - .09) e inversamente associado a variável comer emocional (subescala do TEFQ) (Wald  $\chi^2(1) = 5.7$ ,  $pb < .05$ , 95% IC -.27 - -.03). Com as outras variáveis em estudo, não se verificou uma associação estatisticamente significativa com a percentagem de perda de peso.

### Discussão

Este estudo transversal, visou estudar o papel do suporte social na perda de peso após os pacientes serem submetidos à cirurgia bariátrica. Inicialmente tentou perceber-se se as percepções de suporte social dos pacientes se alteravam ao longo do tempo, se do período pré operatório para o pós operatório. Ao contrário dos resultados do estudo de Rand, & Macgregor, (1990) que defendiam que os pacientes do grupo pré operatório manifestavam ausência de suporte social e que 14 meses mais tarde estes sentimentos se alteravam, no presente estudo verificou-se o contrário, há uma diminuição da percepção do suporte social do período pré operatório para o período pós operatório, contudo estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas. Poderia ser importante em estudos futuros perceber como esta percepção se altera ao longo do tempo para os mesmos pacientes, ou seja testar as diferenças na percepção do suporte social mas num design inter sujeitos. Também os meses de acompanhamento podem constituir um motivo para que estas diferenças não sejam evidentes, visto que, tal como é defendido por Magro et al. (2008) tendo em conta que a perda de peso é mais provável nos primeiros meses após a cirurgia e que a longo prazo há um aumento de peso, como neste estudo o acompanhamento só tem início 18 meses após a cirurgia este possível aumento de peso já aconteceu ou está a acontecer, daí poderem não ser tao evidentes as diferenças na forma como os pacientes percebem o suporte social por parte dos outros. Tal como defendido por Livhits et al. (2010) também neste estudo o suporte social apresenta estar associado com os resultados de perda de peso dos pacientes. Ou seja, a percepção de maior suporte social está relacionada com mais perda de peso dos pacientes. Contudo, ao contrário de outros estudos passados sobre a importância do suporte social que estudaram outras fontes de apoio (nomeadamente o apoio por parte de grupos), neste, o principal foco foram três fontes de suporte mais diretas ao paciente, sendo elas o apoio familiar, dos amigos e também de outros significativos. Neste sentido, este estudo permitiu-nos também perceber que o apoio social por parte da família, revela uma maior importância, sendo que, foi o único tipo de apoio (foram também avaliados o apoio social dos amigos e de outros significativos) que apresentou estar relacionado com a perda de peso. Seria também interessante, em estudos

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

futuros aprofundar o conhecimento neste tipo de apoio. Se este apoio percebido pelos pacientes poderá estar mais associado ao estado civil, ou ao facto dos pacientes terem ou não filhos, visto que, estudo anteriores, como é o exemplo de Lutfi, Torquati, Sekhar, & Richards, 2006 tinham concluído que os pacientes casados tinham menos probabilidade de perda de peso. Anteriormente os autores voltavam mais os seus objetivos dos estudos para perceber a importância dos grupos de apoio que se formavam para ajudar os pacientes bariátricos e de que forma estes influenciavam os resultados de perda de peso. Uma das características inovadoras deste estudo passa por esta observação de uma perspetiva que visa diferentes tipos de apoio (sendo eles, familiar, de amigos e de outros significativos) e que tem uma influência mais direta, não só na perda de peso mas também na qualidade de vida dos pacientes e dos que os rodeiam. Os comportamentos alimentares desadaptativos tal como proposto por (Benotti & Forse, 1996), juntamente com a depressão (Colles, Dixon, & O'Brien, 2008c; Ryden, Sullivan, Torgerson, Karlsson, Lindroos, & Taft, 2003;), a ansiedade (Legenbauer, Petrak, de Zwaan & Herpertz, 2011; Kalarchian et al., 2008; Kinzl et al., 2006) e a impulsividade (Schag, Kchonleber, Tenfel, Zipfel & Giel, 2013) demonstraram ter influência nos resultados de perda de peso dos pacientes. Neste estudo, foi possível verificar que estas variáveis, para além de estarem relacionadas entre si e de estarem relacionadas com o suporte social tem como consequência o fracasso nos resultados de perda de peso. Tendo em conta que uma das maiores dificuldades com que se deparam os pacientes após a realização da cirurgia bariátrica é o aumento de peso, também esta é uma variável que requer especial atenção, assim sendo foi um dos alvos de principal análise neste estudo. Visto que, a par com a perda de peso, o facto dos pacientes não aumentarem a longo prazo é uma das maiores preocupações quer para a equipa de clínicos envolvida quer para os pacientes. O aumento de peso é uma variável que, a sua relação com o suporte social também foi testada ao longo deste estudo. Foi observado que há uma relação inversa destas duas variáveis, ou seja, quando mais suporte social é percebido pelos pacientes, menos aumento de peso se verifica. Também aqui podemos perceber a importância do suporte social, não apenas na fase de perda de peso, mas também na manutenção de peso mais baixo. Noutros estudos verificou-se que havia uma clara relação entre o suporte social e os sintomas psicológicos presentes nos pacientes (Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant, 1978; Wilcox, 1981). Esta relação também está presente neste estudo, sendo, na maioria delas, uma relação inversa.

Em suma, este estudo explorou os efeitos do suporte social na cirurgia bariátrica e descobriu que existe uma relação desta variável com o sucesso nos resultados da cirurgia. A

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

partir das limitações deste estudo também é possível retirar diretrizes para estudos futuros. O número de pacientes que constituem esta amostra deveria ser mais alargado. Assim, seria mais viável perceber as diferenças na percepção do suporte social antes e depois da cirurgia, visto que estes resultados podem não ter sido estatisticamente significativos devido a essa limitação. Seria também importante perceber as diferenças nas percepções de suporte social dos pacientes antes da cirurgia e depois. Neste estudo estamos a analisar dois grupos diferentes (diferenças inter-sujeitos) mas não temos uma clara noção se para o mesmo paciente, a perda de peso é favorável ou não para o suporte social (diferenças intra-sujeitos). Tendo em conta que a cirurgia de revisão é, cada vez mais, uma opção para ultrapassar dificuldades de manutenção de peso baixo que os pacientes são confrontados, seria também interessante estudar esse grupo. Perceber se há diferenças entre os pacientes unicamente submetidos a cirurgia primária e os que foram também submetidos a uma cirurgia de revisão, na forma como percebem o suporte social. Também seria importante e interessante estudar diferenças entre sexos, tendo em conta que as percepções de suporte social poderiam alterar mediante as diferentes necessidades entre homens e mulheres.

Assim, são necessários mais estudos para aprofundar o tema e perceber o papel do suporte social, para uma possível intervenção com estes pacientes de forma adequada, quer antes quer depois da cirurgia.

### **Conclusão**

Este estudo demonstra a importância em percebermos o papel do suporte social na cirurgia bariátrica. Desta forma, seria importante avaliar os pacientes antes e depois da cirurgia. O processo pelo qual passam estes pacientes envolve uma mudança radical na sua vida, a todos os níveis. Estes pacientes deparam-se com alterações constantes quer neles próprios, quer no meio em que estão envolvidos. O apoio prestado pelas pessoas que lhes são mais próximas são um fator de extrema relevância, quer na preparação para a cirurgia quer na fase posterior de adaptação há mudança. Assim, quer os pacientes quer as pessoas mais próximas e que privam, por exemplo, das refeições com os pacientes deveriam ser avaliados e passar pelo processo de ter algum apoio (se necessário e mediante a avaliação) por parte da equipa envolvida na cirurgia. Não só na perda de peso, o apoio se mostrou relevante, também se verificou uma forte relação com variáveis psicológicas que conseqüentemente poderão ter impacto quer nos resultados obtidos após a cirurgia bariátrica, quer a nível psicopatológico do paciente.

### Referências

- Ahroni, J. H., Montgomery, K. F., & Watkins, M. (2005). Laparoscopic Adjustable Gastric Banding : Weight Loss , Co-morbidities , Medication Usage and Quality of Life at One Year. *Obesity*, *15*, 641–647.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D., & Vaillant, G. (1978). andrews1978.pdf.
- Angrisani, L., D, M., Cutolo, P. P., D, M., Formisano, G., D, M., ... Vitolo, G. (2013). Laparoscopic adjustable gastric banding versus Roux-en-Y gastric bypass : 10-year results of a prospective , randomized trial. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *9*(3), 405–413. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2012.11.011>
- Benotti, P. N. (1996). Safety and Long-Term Efficacy of Revisional Surgery in Severe Obesity. *American Journal of Surgery*, *(172)*, 232–235.
- Benotti, P. N., & Forse, R. A. (1995). The Role Management of Severe Obesity, *169*(March), 361–367.
- Bond, D. S., Phelan, S., Wolfe, L. G., Evans, R. K., Meador, J. G., Kellum, J. M., ... Wing, R. R. (2009). Becoming Physically Active After Bariatric Surgery is Associated With Improved Weight Loss and Health-related Quality of Life. *Obesity Journal*, *17*(1), 78–83. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.501>
- Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1992). Etiology and Treatment of Obesity : Understanding a Serious , Prevalent , and Refractory Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(4), 505–517.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Myatt, J. (2007). National Prevalence of Obesity Overweight and obesity in Portugal : national prevalence in 2003 – 2005. *Obesity Reviews*, *2005*(9), 11–19. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x>
- Carvalho, S., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-pereira, J. (2011). Características psicométricas

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

- da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica*, 54, 309–358.
- Chevallier, J., Paita, M., Rodde-Dunet, M., Marty, M., Nogues, F., Slim, K., & Basdevant, A. (2007). Predictive Factors of Outcome After Gastric Banding. *Annals of Surgery*, 246(6), 1034–1039. <http://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31813e8a56>
- Clark, M. M., Balsiger, B. M., Sletten, C. D., Dahlman, K. L., Ames, G., Williams, D. E., ... Sarr, M. G. (2003). Psychosocial Factors and 2-Year Outcome Following Bariatric Surgery for Weight Loss. *Obesity Surgery*, 13(507), 739–745.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & Brien, P. E. O. (2008). Hunger Control and Regular Physical Activity Facilitate Weight Loss After Laparoscopic Adjustable Gastric Banding. *Obesity Surgery*, (18), 833–840. <http://doi.org/10.1007/s11695-007-9409-3>
- Conceição, E. M., Ph, D., Mitchell, J. E., Ph, D., Engel, S. G., Ph, D., ... Ph, D. (2014). What is “ grazing ” ? Reviewing its de fi nition , frequency , clinical characteristics , and impact on bariatric surgery outcomes , and proposing a standardized de fi nition. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 10(5), 973–982.
- Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., ... Wolfe, B. M. (2013). Weight Change and Health Outcomes at 3 Years After Bariatric Surgery Among Individuals With Severe Obesity. *Journal of the American Medical Association*, 310(22), 2416–2425. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.280928>
- Cyders, M., Fischer, S., Peterson, C. M., Cyders, M. A., Smith, G. T., Fischer, S., & Peterson, C. (2007). Integration of Impulsivity and Positive Mood to Predict Risky Behavior : Development and Validation of a Measure of ... Integration of Impulsivity and Positive Mood to Predict Risky Behavior : Development and Validation of a Measure of Positive Urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107–118. <http://doi.org/10.1037/1040->



## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

3590.19.1.107

- Elakkary, E., Elhorr, A., Aziz, F., Gazayerli, M. M., & Silva, Y. J. (2006). Do Support Groups Play a Role in Weight Loss after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding ? *Obesity Surgery*, *16*(248), 331–334.
- Hout, G. C. M. Van. (2005). Psychosocial effects of bariatric surgery. *Acta Chir Belg*, (November). <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000085>
- Hout, G. C. M. Van, Boekestein, P., Frederiek, A. M., Pelle, A. J. M., & Heck, G. L. Van. (2006). Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery, *16*(6), 787–794.
- Hsu, G., Benotti, P., Dwyer, J., Roberts, B., Saltzman, E., Shikora, S., ... Rand, W. (1998). Nonsurgical Factors That Influence the Outcome of Bariatric Surgery : A Review. *Psychosomatic Medicine*, *346*(60), 338–346. <http://doi.org/0033-3174/98/6003-0338503.00/0>
- Itallie, T. B. Van, & Kral, J. G. (1981). The Dilemma of Morbid Obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, (55), 5240–5315.
- Kalarchian, M. A., Ph, D., Marcus, M. D., Ph, D., Levine, M. D., Ph, D., ... S, B. (2008). Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *4*(June 2007), 544–549. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2008.03.003>
- Kinzl, J. F., Schrattecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M., & Biebl, W. (2006). Psychosocial Predictors of Weight Loss after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, (16), 1609–1614.
- Kitzinger, H. B., Abayev, S., Pittermann, A., Karle, B., Bohdjalian, A., Langer, F. B., ... Frey, M. (2012). After Massive Weight Loss : Patients ' Expectations of Body Contouring Surgery. *Obesity Surgery*, *22*, 544–548. <http://doi.org/10.1007/s11695-011-0551-6>

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Legenbauer, T., Petrak, F., Zwaan, M. De, & Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 301–311.

<http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.012>

Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., ... Gibbons, M. M. (2010). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obesity Reviews*, (9), 142–148. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00720.x>

Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) With the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.

Lutfi, R., Torquati, A., Sekhar, N., & Richards, W. O. (2006). Predictors of success after laparoscopic gastric bypass : a multivariate analysis of socioeconomic factors, 864–867. <http://doi.org/10.1007/s00464-005-0115-8>

Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire : Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review*, 22, 448–453. <http://doi.org/10.1002/erv.2318>

Nguyen, N. T. (2007). Reoperations and Revisions in Bariatric Surgery, 1907–1908. <http://doi.org/10.1007/s00464-007-9572-6>

Pais-ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DAS ESCALAS DE ANSIEDADE , DEPRESSÃO E STRESS ( EADS ) DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas , ansiedade e depressão , têm sido consider. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

- Ramalho, S., Bastos, A. P., Silva, C., Vaz, A. R., Brandão, I., Machado, P. P. P., & Conceição, E. (2014). Excessive Skin and Sexual Function : Relationship with Psychological Variables and Weight Regain in Women After Bariatric Surgery. *Obesity Reviews*, 18–23. <http://doi.org/10.1007/s11695-014-1514-5>
- Rand CSW, Macgregor AMC. (1990). Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J*, 83:1390-5
- Ray, E. C., Nickels, M. W., Sayeed, S., & Sax, H. C. (2003). Predicting success after gastric bypass : The role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*, 134, 555–563. [http://doi.org/10.1016/S0039-6060\(03\)00279-4](http://doi.org/10.1016/S0039-6060(03)00279-4)
- Rien, P. O. B., Ixon, J., & Rown, W. B. (2004). Obesity is a surgical disease: overview of obesity and bariatric surgery. *Anz J. Surgery*, 74(February), 200–204. <http://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2004.03014.x>
- Ryden, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A., & Taft, C. (2003). Severe obesity and personality : a comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity*, (27), 1534–1540. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802460>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639–648. <http://doi.org/10.1038/oby.2005.71>
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Etiology and Pathophysiology Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder – a systematic review. *Obesity Reviews*, 5(June), 477–495. <http://doi.org/10.1111/obr.12017>
- Shiri, S., Gurevich, T., & Feintuch, U. (2007). Positive Psychological Impact of Bariatric Surgery, 663–668.
- Snyder, B., Nguyen, Æ. A., Scarborough, Æ. T., Yu, S., & Wilson, Æ. E. (2009). Comparison of those who succeed in losing significant excessive weight after bariatric

## O SUPORTE SOCIAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

surgery and those who fail. *Surgical Endoscopy*, 23, 2302–2306.

<http://doi.org/10.1007/s00464-008-0322-1>

Sogg, S., & Gorman, M. J. (2008). Interpersonal Changes and Challenges After Weight-Loss Surgery. *Primary Psychiatric*, 15(August 2008), 61–66.

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(I), 71–83.

Vishne, H., Ramadan, E., Alper, D., Avraham, Z., Seror, D., & Dreznik, Z. (2004). Long-Term Follow-Up and Factors Influencing Success of Silastic Ring Vertical Gastroplasty. *Digestive Surgery*, (21), 134–141. <http://doi.org/10.1159/000077453>

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity : using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(2001), 669–689.

Wilcox, B. L. (1981). Social Support , Life Stress , and Psychological Adjustment : A Test of the Buffering Hypothesis '. *American Journal of Community Psychological*, 9(4), 371–386.