

## FUNÇÃO SEXUAL FEMININA, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES APÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA

BARROQUEIRO, Rodrigo de Souza Barcelos<sup>1\*</sup>  
ARAÚJO, Francisca Luzia S. Macieira<sup>2</sup>  
BARROQUEIRO, Elizabeth de Sousa Barcelos<sup>3</sup>  
ARAÚJO, Gutemberg Fernandes<sup>4</sup>  
GARCIA, João Batista Santos<sup>5</sup>

**Resumo:** A obesidade gera repercussões clínicas e alterações psicológicas como: ansiedade, depressão, alterações sexuais, baixa auto-estima e impacto negativo sobre a auto-imagem. Este trabalho avaliou sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. Participaram do estudo 31 mulheres obesas grau III, com 6 a 12 meses de pós-operatório, acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. Foram usados os seguintes instrumentos: Inventário de Função Sexual Feminina (FSFI) e Inventários de Beck na avaliação de ansiedade e depressão. Após a cirurgia os resultados mostraram média das pacientes de 40,4 e redução no IMC de 62,7%. Também ocorreu correlação positiva entre os domínios sexuais (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto/dor), indicando satisfação sexual das mulheres. Esses dados indicam que nas pacientes acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA ocorreu melhora de aspectos relativos à ansiedade, depressão e sexualidade após a cirurgia bariátrica.

**Descritores:** Sexualidade; Ansiedade; Depressão; Obesidade; Cirurgia Bariátrica.

**Abstract:** *Sexuality, anxiety and depression in women after bariatric surgery.* Obesity has important effect on psychological status including sexual alterations, increased anxiety and depression, low self-esteem with negative impact on self-image. This work evaluated sexuality, anxiety and depression in women after bariatric surgery. In this study participated 31 obese class III women, with 6 to 12 months after operation, followed in the HU-UFMA from January to July of 2008. It was used as instruments for evaluation the Female Sexual Function Index (FSFI) and Beck Inventories for anxiety and depression. The results after the surgery showed that the average age were 40.4 years and BMI reduced 62.7%. There was a positive correlation among sexual domains (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, and discomfort/pain), indicating sexual women satisfaction. These data suggest that in patients followed after the operation by the SCB of the HU-UFMA there was a positive psychological impact.

**Descriptors:** Sexuality; Anxiety; Depression; Obesity; Bariatric Surgery.

### INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição complexa relatada como uma epidemia crônica da pós-modernidade, que atinge todas as idades e classes sociais, cuja prevalência tem aumentado rapidamente nas últimas décadas. Está relacionada à redução da expectativa de vida, alta taxa de morbidade e mortalidade, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento<sup>37</sup>.

A Organização Mundial de Saúde<sup>36</sup> afirma que um terço da população adulta mundial está acima do peso e um décimo é obesa. O número de obesos entre 1995 e 2000 passou de 200 para 300 milhões, correspondendo a quase 15% da população mundial. Só no Brasil, a prevalência de obesidade é de 8,9% em homens e de 13,1% em mulheres<sup>4</sup>.

O homem é dinâmico. Modifica-se pela influência de estados emocionais, conflitos psíquicos, contato com o mundo e com os outros, ou ainda, por conta de processos cognitivos como crenças, valores e atitudes. No contato com os outros, as pessoas se percebem a partir do olhar do outro, que combinado às experiências pessoais, vão construir a imagem corporal<sup>26</sup>.

O obeso é mais inclinado a distorcer seu tamanho corporal, apresenta-se mais insatisfeito e preocupado com sua aparência pessoal<sup>7</sup>. Sofre discriminação em inúmeros aspectos da vida cotidiana como: trabalho, meio social, relações românticas, o que provoca um efeito adverso sobre sua saúde mental, tendo como consequência baixa autoestima, rejeição e impotência<sup>22,38</sup>.

<sup>1</sup> Psicólogo do HUUFMA, Mestre em Ciências da Saúde.

<sup>2</sup> Médica, Mestre em Ciências da Saúde, Prof<sup>a</sup>. do Departamento de Medicina I.

<sup>3</sup> Médica, Doutora em Biotecnologia, Prof<sup>a</sup> do Departamento de Ciências Fisiológicas.

<sup>4</sup> Médico, Doutor em Cirurgia, Prof. do Departamento Medicina II.

<sup>5</sup> Médico, Doutor em Medicina na Área de Dor, Prof. do Departamento de Medicina II.

Pessoas obesas apresentam limitações quanto à higiene, à realização de exercícios físicos e ao desempenho sexual, gerando preocupação com a aparência física, insatisfação, ansiedade e depressão com comprometimento da autoimagem, que fica distorcida, tornando-as suscetíveis ao suicídio, pois têm dificuldade em lidar com o próprio corpo e reconhecer as próprias dimensões<sup>9</sup>.

Como a sexualidade está ligada à própria percepção da imagem corporal, a inadequação dos padrões de peso e medidas provoca também frequente queda na autoestima do obeso, tornando-o mais vulnerável a exclusão social e transtornos mentais<sup>6</sup>.

Pouca atenção tem sido prestada aos problemas sexuais femininos relacionados à obesidade, pois segundo estudos de Kinzl<sup>17</sup> et al (2007) e Serpa<sup>30</sup> (2008), as mulheres apresentam uma variedade de problemas: hormonais, psicológicos, físicos e/ou genéticos que alteram a sexualidade e concorrem para o prejuízo de sua função sexual.

Várias pesquisas têm demonstrado níveis significativos de sintomas psiquiátricos em mulheres obesas, como: disfunção sexual<sup>16</sup>, depressão, ansiedade e fobia<sup>28</sup>, compulsão<sup>13</sup> e transtorno obsessivo compulsivo<sup>28</sup>. O obeso sofre além da dor física, a dor pela imagem do corpo, fazendo com que a pessoa apresente um forte desejo de mudanças<sup>26</sup>.

Em geral, o tratamento adequado para a correção da obesidade é o que promove uma redução de peso condizente com uma vida saudável e sua manutenção em longo prazo. Assim, protocolos de tratamento que utilizam terapêuticas medicamentosas, reeducação alimentar, aumento de atividades físicas, sem modificação do estilo de vida, têm apresentado resultados limitados, sendo comum ocorrer o “efeito sanfona”, onde o indivíduo retorna e até mesmo supera o peso inicial, acabando por se tornar ainda mais obeso, ou simplesmente abandona o tratamento por conta da demora em obter os resultados desejados<sup>7</sup>.

Atualmente, a obesidade grau III (obesidade mórbida) tem como primeira opção o tratamento cirúrgico, de forma que, a cirurgia bariátrica se configura como o procedimento mais efetivo no tratamento desse tipo de obesidade, pois pode proporcionar perda de peso em longo prazo e aumento

da qualidade de vida do indivíduo. Os pacientes são acompanhados no período pré e pós-operatório por uma equipe multidisciplinar constituída, entre outros, pelo cirurgião, cardiologista, nutricionista e psicólogo, que fazem um controle rigoroso, fundamental para o sucesso do tratamento<sup>3</sup>.

Segundo estudos de Camps<sup>6</sup> et al (1996) após a cirurgia e perda ponderal, ocorre melhora na imagem corporal com impacto positivo na função sexual e sexualidade dos pacientes, o que também é relatado por Kinzl<sup>16</sup> et al (2001) especificamente em mulheres.

Burgmer<sup>5</sup> et al (2007) pesquisando as mudanças ocorridas na vida emocional, psicológica e social de pacientes, nos dois primeiros anos pós-cirurgia bariátrica, observaram que as condições psicológicas desses pacientes melhoraram satisfatoriamente, e que o aumento da qualidade de vida parecia estar fortemente relacionado à extensa perda ponderal, redução dos distúrbios alimentares e demais transtornos mentais.

Considerando que o maior percentual de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica são mulheres obesas, em geral susceptíveis às alterações psicológicas e da função sexual, além de mais preocupadas com a imagem corporal, o objetivo deste trabalho foi avaliar a sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo, transversal, no qual foram analisadas 33 mulheres submetidas à *bypass* gástrico com derivação intestinal em Y Roux (cirurgia bariátrica) que estavam com 6 a 12 meses após a cirurgia, cadastradas no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU-UFMA, com mais de 18 e menos de 60 anos, acompanhadas pela equipe multidisciplinar no período de janeiro a julho de 2008. Destas, apenas 31 aceitaram participar do estudo. As demais não se sentiram à vontade em responder o questionário de sexualidade.

Não foram incluídas as pacientes com diagnóstico de depressão no pré-operatório e que já se encontravam em tratamento psicológico ou psiquiátrico. As pacientes foram convidadas a participar do estudo por abordagem simples e após expli-

cações abrangentes e esclarecedoras sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados demográficos e sócio-econômicos foram registrados em questionário de dados pessoais e em seguida foram aplicados os testes utilizados como instrumentos para calcular a qualidade de vida sexual das pacientes e para identificar a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão.

O Inventário de Função Sexual Feminina (FSFI)<sup>27</sup>, traduzido e validado para utilização em português<sup>14</sup>, utiliza 19 questões de múltipla escolha para avaliar seis domínios da função feminina: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto/dor, sendo que, para este último sintoma, o parâmetro de referencia foi ausência/redução do mesmo.

O Inventário de Ansiedade de Beck<sup>8</sup> consiste em uma escala de auto-relato, constituída por 21 sinais ou sintomas de ansiedade a serem avaliados pelas pacientes. O Inventário de Depressão de Beck<sup>8</sup> contém 21 grupos de afirmações relacionadas à presença de sintomas de depressão. Ambos os questionários foram analisados segundo escore de Beck específico para cada inventário.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, registro nº 341/07, Processo nº 33104 – 1677/07.

**Tabela 1** - Correlação entre: IMC final, idade, ansiedade, depressão e função sexual em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008.

	IMCF	Idade	Ansiedade	Depressão	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
<b>IMCF</b>	1.0000									
<b>Idade</b>	0.0892	1.0000								
<b>Ansiedade</b>	0.1501	0.1764	1.0000							
<b>Depressão</b>	0.3228	0.0837	0.8316**	1.0000						
<b>Desejo</b>	0.2016	-0.3431	-0.4519	-0.4544*	1.0000					
<b>Excitação</b>	0.0887	-0.1117	-0.4219	-0.3247	0.4844**	1.0000				
<b>Lubrificação</b>	0.1743	-0.2469	-0.4280	-0.2564	0.3602*	0.7606**	1.0000			
<b>Orgasmo</b>	0.0399	-0.1732	-0.3706*	-0.2840	0.3239	0.8093**	0.8647**	1.0000		
<b>Satisfação</b>	0.1322	-0.2536	-0.5184**	-0.3660*	0.3536	0.7864**	0.8287**	0.8011**	1.0000	
<b>Dor</b>	-0.079	-0.3473	-0.5746**	-0.3897*	0.3897*	0.2999	0.5085**	0.4189*	0.5013**	1.0000

Correlação de Pearson: \* p < 0,05 \*\* p < 0,01.

## Análise estatística

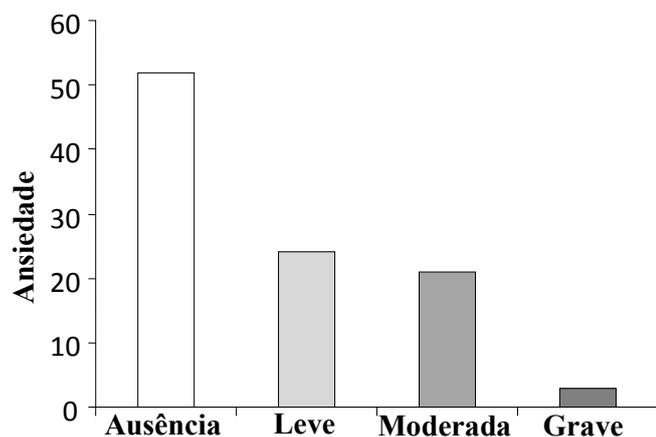
Após revisão dos questionários para verificação de inconsistências foi feito processamento e análise estatística dos dados com o auxílio do programa estatístico Stata 9.0 (*Data Analysis and Statistical Software*). Foi realizada estatística descritiva, com média, desvio-padrão e frequência e para constatação da correlação linear estatística (valor de r) entre idade, IMC final, domínios de função sexual, depressão, ansiedade foi utilizada a correlação de Pearson. O valor de significância adotado foi 0,05.

## RESULTADOS

As 31 mulheres avaliadas tinham idade entre 25 e 58 anos, com média de 40,4 anos. Todas eram obesas grau III, com IMC médio no pré-cirurgico de 46,4. Após o procedimento, no período entre 6 e 12 meses, essa média passou para 29,2, tendo ocorrido uma redução de 62,7%. Não foram observadas correlações entre idade e IMC ( $p < 0,639$ ), assim como, entre esses domínios em relação à sexualidade e os sintomas de ansiedade e depressão (Tabela 1).

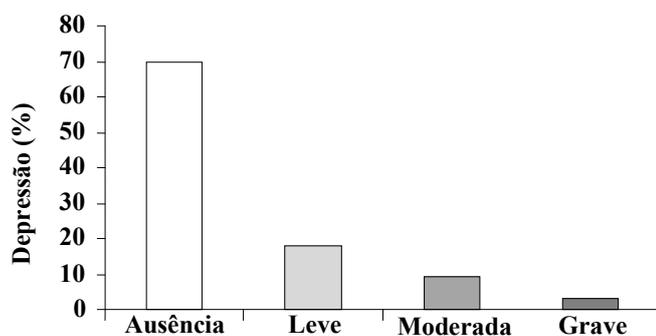
Correlações lineares positivas e estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) foram detectadas entre todos os domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desconforto/dor) o que indica aumento de todos esses domínios. A correlação positiva, estatisticamente mais significativa foi entre lubrificação e orgasmo (Tabela 1).

Na avaliação de ansiedade, um maior número de pacientes não apresentou esse sintoma após o procedimento cirúrgico, entretanto, quando presente, a ansiedade foi predominantemente leve e moderada. Um pequeno número de pacientes teve ansiedade grave (Figura 1).



**Figura 1** - Sintomas de ansiedade em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008 (Inventário Beck de Ansiedade).

Em relação à depressão 70% das pacientes não apresentaram esse sintoma. Entretanto, quando presente, a ocorrência variou de leve para moderada e grave sucessivamente (Figura 2).



**Figura 2** - Sintomas de depressão em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008 (Inventário Beck de Depressão).

Ocorreu correlação positiva, entre ansiedade e depressão, uma vez que, ambas aumentaram na mesma proporção (Tabela 1).

A correlação entre ansiedade e domínios da função sexual (orgasmo, satisfação e desconforto/dor) foi negativa, mostrando que à medida que houve redução da ansiedade, ocorreu também aumento de orgasmos e de satisfação sexual, bem como ausência de desconforto/dor (Tabela 1).

Do mesmo modo, foi negativa a correlação entre depressão e os domínios da função sexual (desejo, satisfação e dor), visto que a redução da depressão foi seguida de aumento significativo de desejo, satisfação e ausência de desconforto/dor (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à *bypass* gástrico com derivação intestinal em Y de Roux de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica no HU-UFMA. Foi possível observar que a faixa etária mostrou grande variabilidade sendo a idade média de 40,4 anos. Esses resultados se assemelham aos de outros estudos<sup>10</sup>, que sugerem que não há idade ideal para realização da cirurgia bariátrica, já que essa pode ser realizada, desde a adolescência<sup>20</sup> até grupos com idade mais avançadas (acima de 60 anos), tendo em vista que, na grande maioria das vezes, a finalidade é reduzir as co-morbidades<sup>29</sup>. Entretanto, estudos realizados por Van Hout<sup>34</sup> et al (2005) indicam que o sucesso da cirurgia bariátrica é maior em mulheres jovens, com estado mental satisfatório e auto-estima elevada, que são autocríticas, bem resolvidas no casamento e com *status* sócio-econômico elevado, cujas expectativas sejam realistas e tenham uma compreensão adequada quanto à necessidade de mudanças comportamentais e alimentares em prol da redução de peso e da mudança na imagem corporal.

Embora todas as pacientes que participaram do estudo fossem classificadas como obesas grau III, os resultados pós-operatórios mostraram que em 6 à 12 meses após o procedimento cirúrgico, o IMC médio das mulheres variou de 46,4 antes da cirurgia para 29,2 após a cirurgia compatível com obesidade grau I, mostrando uma redução bastante significativa da massa corporal e a efetividade desse procedimento no tratamento de obesidade mórbida. Esses resultados também são relatados por diversos outros autores<sup>15,17,23</sup>, sendo que Mathus-Vliegen e De Wit<sup>23</sup> (2007) detectaram perdas acima de 40% de massa corporal após 1, 2,5 e 5 anos da cirurgia.

Poucos estudos abordam a função sexual da obesa em sua amplitude, incluindo todos os domínios sexuais, visto que, a maioria dos trabalhos investigaram apenas os impedimentos sexuais relacionados à obesidade como parte da avaliação sobre qualidade de vida<sup>16,36</sup>.

Muitos autores relatam alta frequência de dificuldades sexuais e perda do desejo sexual como consequência de obesidade, mas ainda são raros os estudos que investigam os impactos da perda ponderal sobre a qualidade de vida sexual em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica<sup>17,18</sup>.

A avaliação dos resultados relativos a sexualidade em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica, mostraram que os domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação apresentaram correlações positivas entre si. Vale lembrar que o parâmetro de referência para o domínio desconforto/dor é a redução/ausência desse sintoma. Assim, ocorreu aumento de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e ausência de desconforto/dor.

Correlação positiva significativa ocorreu entre as variáveis orgasmo e lubrificação, que aumentaram proporcionalmente. Assim, é possível inferir que após a cirurgia bariátrica e consequente perda ponderal, há melhora quanto ao interesse e ao estado de satisfação sexual das pacientes. Resultados semelhantes foram anteriormente descritos por Assimakopoulos<sup>2</sup> et al (2006) ao utilizarem os mesmos parâmetros para aferição da função sexual que utilizamos neste trabalho.

Outros estudos<sup>6,16</sup> relataram que a melhora da imagem corporal e da auto-estima no período pós-cirúrgico são os principais fatores responsáveis pela bom desempenho das funções sexuais em mulheres. Já os estudos de Schuetz<sup>31</sup> et al (2004) mostram que a cirurgia bariátrica foi importante na qualidade da função sexual de ambos os sexos.

Avaliações das características psicológicas de candidatas a cirurgia bariátrica descrevem estas pacientes com alto nível de estresse, ansiedade, depressão, baixa auto-estima e alteração da qualidade de vida, que aumentam com o maior grau de obesidade<sup>1,39</sup>.

Os resultados encontrados no período pós-cirúrgico nesse estudo mostraram um maior número de pacientes com ausência de indicadores de ansiedade e/ou depressão, sugerindo que pode ter

ocorrido uma redução desses sintomas. Na verdade, alguns autores<sup>5,21,33</sup> já relataram que há impacto psicológico positivo na saúde mental dos pacientes que perdem peso após a cirurgia bariátrica. Nesse caso ocorreu também redução dos sintomas de ansiedade e depressão, melhora do interesse sexual, da auto-estima, da qualidade de vida e redução das co-morbidades que acompanham a obesidade.

Segundo Madan<sup>21</sup> et al (2008), enquanto 40,5% de seus pacientes apresentavam sintomas clínicos depressivos relevantes no pré-operatório da cirurgia bariátrica, no pós-operatório esses valores foram de 17,7% e 16,4% respectivamente, considerando o primeiro e o segundo ano após a mesma.

Dentre as pacientes que ainda apresentaram ansiedade e depressão neste estudo a maior ocorrência foi nas faixas entre leve e moderada indicando que a cirurgia bariátrica está associada à redução ou desaparecimento dos sintomas depressivos nos pacientes.

Houve uma maior predominância de pacientes com ansiedade do que com depressão. Já a correlação entre essas duas variáveis mostrou uma relação positiva o que mostra que a existência de depressão está diretamente relacionada ao estado de ansiedade e vice-versa. Esses resultados contribuem para ressaltar a importância do acompanhamento psicológico no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica<sup>32</sup>, pois segundo Van Hout<sup>34</sup> et al (2005) o sucesso da cirurgia depende de vários fatores, principalmente de fatores psicológicos.

A melhora do aspecto corporal após a cirurgia bariátrica melhora tanto a qualidade de vida como a auto-imagem corporal, a auto-estima e o interesse sexual das pacientes. Mas esses resultados também mostram um lado controverso, marcado pela insatisfação, especialmente em mulheres, advindo do excesso de pele que se acumula após a cirurgia em partes corporais, decorrentes da perda de peso. Esses aspectos, embora informados previamente, tornam essas pacientes mais preocupadas com a estética, buscando na cirurgia reparadora a auto-imagem ideal<sup>33</sup>. O estudo de Pontiroli<sup>25</sup> et al., (2007) revela que há o desenvolvimento de personalidade narcisista em mulheres que perderam peso após a cirurgia bariátrica. Contudo, estes aspectos não estão no foco deste estudo.

Não houve correlação entre idade e IMC ou entre esses indicadores com sexualidade, ansiedade e com depressão. Os resultados relativos ao IMC possivelmente não foram positivamente correlacionados aos indicadores psicológicos, já que foi considerado o IMC final. Talvez por isso os resultados aqui descritos tenham sido diferentes dos de Esposito<sup>12</sup> et al (2007) que ao avaliarem o IMC inicial e os domínios de função sexual encontraram que, desejo e dor não apresentaram relação com IMC enquanto excitação lubrificação, orgasmo e satisfação, sim.

Também ocorreram correlações negativas entre ansiedade/sexualidade (orgasmo, satisfação, desconforto/dor) e depressão/sexualidade (desejo e satisfação, desconforto/dor), pois tanto a ansiedade como a depressão foram inversamente proporcionais aos domínios da função sexual. Possivelmente porque nas pacientes pesquisadas ainda foram encontrados indicadores de ansiedade (45%) e depressão (30%) em graus variáveis. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por outros autores<sup>2,11,24</sup>, que também relataram melhora da sexualidade, especialmente desejo e satisfação no pós-operatório de cirurgia bariátrica, assim como, verificaram que à proporção que ansiedade e depressão regridem ocorre melhorada sexualidade.

Deve ser considerado que pode ocorrer uma discrepância entre as expectativas em relação à cirurgia e seus resultados efetivos. Do ponto de vista psicológico, o sujeito submetido à cirurgia bariátrica pode no pós-operatório se revelar incapaz de lidar com a realidade sem o uso do corpo obeso, fato que contribui para manter ou acentuar os sintomas de ansiedade e depressão, assim como, distúrbio já existente na função sexual e/ou contribui para a criação de outras formas de doença psíquica<sup>19,38</sup>.

Embora a presença de alterações psicológicas em candidatas à cirurgia bariátrica não seja um critério absoluto de exclusão, a compreensão detalhada dessas alterações em relação à perda de peso e outras condições advindas da cirurgia são fundamentais para melhorar e facilitar o processo seletivo para a cirurgia e o tipo de intervenção mais apropriado<sup>1</sup>, motivo pelo qual a presença do psicólogo na equipe multidisciplinar se reveste de especial importância.

Como fator limitante deste estudo, podemos ressaltar o tempo de duração, o tamanho da amostra e a impossibilidade de comparar dados pré e pós-operatórios das mulheres estudadas. Uma barreira encontrada foi a dificuldade que muitos pacientes têm em fornecer dados retrospectivos.-

Podemos concluir que houve uma correlação positiva entre os domínios da função sexual dessas mulheres, especificamente, entre orgasmo e lubrificação, refletindo em satisfação sexual das mesmas; que a maioria delas não apresentou ansiedade e depressão, e que, esses indicadores quando presentes foram predominantemente leves e com correlação negativa com sexualidade, sugerindo que nas mulheres acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA o impacto psicológico subsequente a realização da operação foi positivo.

## REFERÊNCIAS

1. Abilés V, Rodrigues-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, Garcia A, Pérez de La Cruz A, et al. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric surgery. *Obes Surg* 2010 20(2):161-167.
2. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing Sexual Function in Obese Women Preparing for Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2006; 16: 1087-1091.
3. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. São Paulo. Obtida em 05 de abril de 2009, de <http://www.abeso.org.br>. 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 390 de 06 de julho de 2005. Obtida em 05 de abril de 2009, de <http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/pot205/pt-390.htm>. 2005.
5. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, De Zwaan M, Wolt AM, Herperz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 6: 85-91.

6. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rodrumurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obes Surg* 1996; 6: 356-360.
7. Cordas TA, Ascencio RFR. Tratamento comportamental da obesidade. *Eindtein*, 2006; 1: 44-48.
8. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
9. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in Association with severe obesity. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2058-2065.
10. Dunkle-Blatter SE; St Jean MR, Whitehead C, Strodel W, Bennotti PN, Still C, et al. Outcomes among elderly Bariatric patients a high-volume center. *Surg Obes Relat Dis* 2007; 2: 163-169.
11. Durval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould FS, Marceau S, Biron S, et al. Health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Surg* 2006; 16: 574-579.
12. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007; 19: 353-357.
13. Guisado JA, Vaz FJ. Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2003; 13: 394-398.
14. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA* 2007; 27 (1):10-14.
15. Hrabosky JI, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindade C, Grilo CM. A prospective study of dissatisfaction and in extremely obese gastric bypass patients: 6 and 12 month postoperative outcomes. *Obes Surg* 2006; 12:1615-1621.
16. Kinzl JF, Trefalet E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg* 2001; 4: 455-458.
17. Kinzl JF, Schurattenecker M, Traweger C, Aaiger F, Fiala M, Biebl W. Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obes Surg* 2007; 2: 229-235.
18. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity* 2006; 14, 472-479.
19. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29 (3): 324-327.
20. Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, Kolotjin SE, Haynes B, Leath T, Harmon CM. Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *J Pediatr Surg* 2008; 7: 1275-1279.
21. Madan AK, Beech BM, Tichansky DS. Body esteem improves after bariatric surgery. *Surg Innov* 2008; 1:32-37.
22. Manplekou E, Komesidou V, Bissias CH, Ppakonstantinou A, Melissas J. Psychological conditions and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg* 2005; 15: 1177-1184.
23. Mathus-Vliegen EM, De Wit LT. Health-related quality of life after gastric banding. *Br J Surg* 2007; 4: 457-465.
24. Nickel MK, Loew TH, Bachler E. Change in mental symptoms in extreme obesity patients after gastric banding, Part II: Six-year follow up. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37: 69-79.

25. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, Fiorilli M, Folli F, Paganelli M, et al.. Post-surgery adherence to scheduled visits compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric surgery in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2007; 17: 149-157.
26. Pires AVC. Obesidade e cirurgia bariátrica: significado para o ex-obeso. (Monografia), Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2004.
27. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.
28. Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery and follow-up attendance. *Obes Surg* 2005; 15: 677-683.
29. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13: 639-648.
30. Serpa GV. Alteração na sexualidade em pacientes atendidas pelo serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Presidente Dutra antes e após a cirurgia. (Monografia), Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2008.
31. Shuetz P, Peterli R, Ludwig C, Peters T. Fatigue, weakness and sexual dysfunction after bariatric surgery – Not an unusual case but an unusual cause. *Obes Surg* 2004; 14:1025-1028.
32. Shiri S, Gurevich T, Feintuch U, Beglaibter N. Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 5:663-668.
33. Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity* 2006; 9: 1626-1636.
34. Van Hout GC, Vreeswijk CM, Van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obes Surg*, 2005; 3: 321-325.
35. Werlinger K, King T, Clark M, Pera V, Wincze J. Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in obese female population: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 1997; 23:74-78.
36. World Health Organization. Controlling the global obesity epidemic. Obtido em 06 de abril de 2009, de <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>. 2008.
37. Zambolin LM. A obesidade mórbida no contexto da pós-modernidade: um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.
38. Zottis C, Labronice LM. O corpo obeso e a percepção de si. (Monografia). Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2003.
39. Zwaan M, Michell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Crosby RD, et al. Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Compr Psychiatry* 2003; 5:428-434.

**\*Autor para correspondência:**

Rodrigo de Souza Barcelos Barroqueiro  
E-mail: rbarroqueiro@hotmail.com