

GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS DESCRITOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ana Carolina Rocha¹, Luciana Ferreira Monteiro²
 Ana Cristina Barros da Cunha³

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica relacionada ao excesso de acúmulo de gordura no tecido adiposo, considerada um fator de risco para outras doenças, como a hipertensão e a diabetes. Dentre os tratamentos para a obesidade figura a cirurgia bariátrica (CB), cujo número tem aumentado significativamente nos últimos anos. Apesar de mostrar-se eficiente para o tratamento de doenças orgânicas, ao causar transformações físicas, a CB pode propiciar distúrbios da autoimagem, sendo possível observar frequentemente a ocorrência de complicações psicológicas. Com base nisso, o objetivo deste estudo foi descrever a presença de relatos de profissionais de saúde sobre a ocorrência de sinais e sintomas próprios dos transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares em mulheres grávidas com histórico de CB. Tratou-se de um estudo retrospectivo descritivo de dados secundários obtidos por meio de consulta aos prontuários multiprofissionais de 42 gestantes e puérperas com CB atendidas pelo pré-natal da Maternidade Escola da UFRJ, no período de 2015 a 2018. Os dados separados em variáveis sociodemográficas, psicossociais e clínicas; indicadores de presença dos transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares durante a gravidez e/ou puerpério; e aspectos psicológicos relativos à gestação após a CB. Como resultados principais observou-se que 73% das pacientes apresentavam sintomatologia de transtorno depressivo, de ansiedade e/ou alimentar. Conclui-se quanto a importância do reconhecimento de sinais e sintomas de alterações psíquicas para acompanhamento psicológico e psiquiátrico no pré-natal para gestantes com histórico de CB.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Gravidez. Depressão. Ansiedade. Transtorno da Alimentação e da Ingestão de Alimento.

1-Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

ABSTRACT

Post-bariatric surgery pregnancy: psychological and psychiatric aspects described by healthcare professionals

Obesity is a chronic disease related to excess fat accumulation in adipose tissue, considered a risk factor for other diseases, such as hypertension and diabetes. Among the treatments for obesity are bariatric surgery (BS), whose number has increased significantly in recent years. In spite of being efficient for the treatment of organic diseases, CB causes self-image disturbances, and it is possible to observe the occurrence of psychological complications frequently. Based on this, the objective of this study was to describe the presence of reports by health professionals about the occurrence of signs and symptoms specific to depressive, anxiety and eating disorders in pregnant women with BS history. This was a descriptive and retrospective study with data obtained through consultation of the multi-professional records of 42 pregnant women and postpartum women with BS attended by the prenatal unit of the Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, from 2015 to 2018. Data were separated in sociodemographic, psychosocial and clinical variables; indicators of the presence of depressive, anxiety and eating disorders during pregnancy and / or puerperium; and psychological aspects related to gestation after BS. As main results, it was observed that 73% of the patients presented symptoms of depressive, anxiety and / or eating disorder. We conclude the importance of the recognition of signs and symptoms of psychic alterations for psychological and psychiatric follow-up in prenatal care for pregnant women with CB history.

Key words: Bariatric surgery. Pregnancy. Depression. Anxiety. Feeding and eating disorders.

2-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença complexa e multifatorial com consequências sociais, psicológicas e clínicas graves (Barroso e colaboradores, 2017).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2000) a define como uma condição crônica relacionada ao excesso de acúmulo de gordura no tecido adiposo e como um grande fator de risco para doenças.

Ferreira, Szwarcwald (2019) ao analisarem parte dos dados (n= 59402) aferidos pela Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2013) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constataram que mais da metade dos participantes possuía excesso de peso (56,9%), enquanto 20,8% da amostra era obesa, sendo que as mulheres lideravam ambas as categorias, 58,2% e 24,4% respectivamente. Informações colhidas pela pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL/ 2017 sobre a população do Rio de Janeiro evidenciou que 56% da população de mulheres a partir de 18 anos apresentava excesso de peso e 20% eram obesas.

Melo e Melo (2017) destacam em seu estudo a incidência muito maior de complicações obstétricas (hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, macrossomia fetal, prematuridade, morte fetal, etc.) nas mulheres obesas, pontuando sobre a associação da obesidade com as causas de morte materna (18%) e complicações fatais anestésicas (80%).

Por ter causa multifatorial, a obesidade possui diversas formas de tratamento. Dentre elas o tratamento farmacológico, tratamento dietético, tratamento psicoterápico, terapias heterodoxas (acupuntura, aromaterapia e fitoterapia) e suplementos nutricionais para perda de peso e tratamento cirúrgico (ABESO, 2016; Kahtalian, 1992).

Estudo de Cazzo e colaboradores (2018) evidenciou um crescimento no número de CB realizadas no Brasil - de 1600 em 2003 para 100.512 em 2016 - colocando o país em segundo lugar em número deste procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade por ano no ranking mundial, atrás apenas dos Estados Unidos, e dados mais recentes publicados no site da SBCBM, sugerem ainda um aumento de 5,6% no número de CB realizadas no país em 2017, quando comparado ao ano anterior.

Harreiter e colaboradores (2018) apontam que 80% da população obesa que busca por este método é composta por mulheres e cerca de 50% delas encontram-se em idade fértil.

A CB pode ser um método considerado eficiente por controlar a ingestão alimentar não mais através da vontade do indivíduo, como é esperado nas dietas, por exemplo, mas pelo volume do estômago que passa a ser reduzido após o procedimento cirúrgico (Burd, 2010).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM (2017), são autorizados quatro tipos de cirurgia bariátrica: 1) Bypass Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em "Y de Roux"); 2) Banda Gástrica Ajustável (praticamente não utilizada mais); 3) Gastrectomia Vertical (conhecida como cirurgia de Sleeve); e 4) Duodenal Switch (associação entre a gastrectomia vertical e o desvio intestinal); dentre estas, o Bypass Gástrico é o mais utilizado atualmente (75% do número de cirurgias), por ser considerada mais segura e eficiente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através das Resoluções 2.131/15 (Publicada no D.O.U. em 13 de jan. de 2016, Seção I, p. 66) e resolução 2.172/17 (Publicada no D.O.U em 27 de dez. de 2017, Seção I, p. 205), preconiza que o candidato à CB deve ter idade mínima de 16 anos, apresentar IMC maior que 35 kg/m² e ser afetado por comorbidades que ameacem a vida. Nos casos em que a indicação da CB tenha o intuito de tratamento de pacientes portadores de doenças graves que não responderam ao tratamento clínico convencional, a cirurgia pode ser realizada em pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m².

Contudo, é preciso atentar-se ao fato de que a cirurgia bariátrica tem efeito acentuado à longo prazo no comportamento alimentar dos pacientes e quando sua indicação não é feita de maneira consequente e com o devido acompanhamento, ao causar transformações físicas, pode propiciar distúrbios da autoimagem, sendo possível observar frequentemente a ocorrência de complicações psicológicas (Willis e Sheiner, 2013; Sousa e colaboradores, 2014; Mota, Costa e Almeida, 2014).

Diante do exposto, que aponta para a complexidade de fatores como obesidade, cirurgia bariátrica e gravidez, principalmente

quando inter-relacionados e considerando que após a CB a mulher tem sua imagem corporal alterada, muitas vezes voltando a ganhar peso na gestação, fatores que precisam de um olhar atento para as alterações psicossociais envolvidas e um cuidado de saúde especializado, o objetivo deste estudo foi descrever a presença de relatos de profissionais de saúde sobre a ocorrência de sinais e sintomas próprios dos transtornos depressivos, de ansiedade e de compulsão alimentar em mulheres grávidas com histórico de CB.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro - ME/UFRJ (CAEE N 3.042.961).

Foram utilizados dados secundários obtidos por meio de consulta aos relatos clínicos dos prontuários multiprofissional de 42 gestantes e puérperas com histórico de CB que foram atendidas na Unidade de Transtornos Endócrino e Metabólicos (UTEM), da ME/UFRJ, no período de 2015 a 2018.

A UTEM é uma unidade que presta serviço de pré-natal especializado para gestantes que possuem alterações associadas ao sistema endócrino e do metabolismo, tais como a diabetes e as doenças da tireoide.

Os critérios de inclusão foram: a) ter histórico de CB; b) ter feito acompanhamento pré-natal com a equipe da UTEM. Foram excluídos os casos de pacientes puérperas que tenham realizado o parto, mas não tenham sido acompanhadas no serviço de pré-natal da ME/UFRJ.

Foram identificados 42 casos de pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão/exclusão acima. Os prontuários médicos foram lidos na íntegra, buscando-se indicadores de sinais e sintomas de transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares nos registros das evoluções do atendimento da equipe da UTEM, composta por obstetras, nutrólogos, nutricionistas, psicólogos e psiquiatras; seguindo a descrição de sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais/ DSM-V para estes transtornos (American Psychiatric Association, 2013).

Alguns dos critérios diagnósticos descritos pelo DSM-V (2013) e buscados nos relatos nos prontuários para os transtornos

estudados foram: 1) transtorno depressivo: presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso sem realizar dieta, insônia, fadiga, dificuldade de concentração, sentimento de vazio; 2) transtorno de ansiedade: taquicardia, boca seca, falta de ar, sudorese, insônia, reação exagerada a estímulos e medos, nervosismo, apreensão e preocupação; 3) compulsão alimentar: ingestão, durante um período de tempo, de uma quantidade maior de alimento acompanhada por um sentimento de falta de controle, característica do transtorno de compulsão alimentar.

Todos os dados coletados foram colocados em planilha e categorizados nas variáveis de interesse do estudo: a) dados sociodemográficos (idade, escolaridade, status conjugal), psicossociais (planejamento/desejo pela gravidez) e clínicos (tempo entre a CB e a gestação; IMC, acompanhamento psiquiátrico); b) indicadores de presença dos transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares durante a gravidez e puerpério.

Todos os dados foram analisados descritivamente e discutidos com base na literatura para responder ao objetivo do estudo.

RESULTADOS

Observou-se que a média de idade da amostra (n=42) foi de 34 anos, variando entre 24 a 44 anos.

Os demais dados sociodemográficos e psicossociais são apresentados no quadro 1, enquanto os dados clínicos podem ser observados no quadro 2.

Verificou-se, a partir dos relatos dos profissionais que 4 pacientes declararam ter se arrependido de ter realizado a CB, dentre os relatos é possível identificar as seguintes frases: "Era mais feliz obesa"; "Não faria a cirurgia se fosse hoje"; "Não se sente bem com sua imagem atual, se acha muito magra", "Se enxerga gorda, apesar de ter alcançado seu peso ideal" (sic).

Além disso, 11 pacientes relataram incômodo com ganho de peso e/ou medo de engordar com a gravidez.

Quanto aos indicadores de presença dos transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares durante a gravidez, pela análise dos registros em prontuários observou-se que, do total de 42, em 31 casos (73%) houve presença de sinais e sintomas próprios daqueles transtornos.

Quadro 1 - Dados Sociodemográficos e Psicossociais.

Variáveis		n	%
Estado civil	Casada ou em União Estável	28	66,7
	Solteira	14	33,3
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	3	7,2
	Ensino Médio Completo	30	71,4
	Ensino Superior Completo	9	20,9
Planejamento da gestação	Sim	17	40,5
	Não	25	59,5
Desejo pela gestação	Sim	40	95
	Não	2	5

Quadro 2 - Dados clínicos.

Variáveis		n	%
IMC para CB	35-39,9 kg/m ² (Obesidade grau II)	1	97,6
	≥40 kg/m ² (Obesidade grau III)	41	2,3
Tipo de cirurgia	Sleeve	12	28,6
	Bypass Gástrico	30	71,4
Tempo entre a CB e a gestação	<12 meses	8	19
	12 a 18 meses	3	7,1
	>18 meses	31	73,8
IMC na primeira consulta do pré-natal	Saudável (<25 kg/m ²)	9	21,4
	Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	16	38
	Obesidade Grau I (30-34,9 kg/m ²)	13	30,9
	Obesidade Grau II (35-39,9 kg/m ²)	4	9,5

Tabela 1 - Presença de sinais e sintomas próprios dos transtornos psicológicos estudados

Variáveis	n	%
Transtorno depressivo	16	38
Transtorno de Ansiedade	22	52,4
Compulsão alimentar	17	40,5
Uso de medicação psiquiátrica	12	28,6

A incidência de cada um deles pode ser observada na tabela 1.

Pôde-se observar ainda a presença de duas pacientes com quadro depressivo grave, com histórico de tentativas de suicídio e internação em hospital psiquiátrico durante a gestação, sendo que uma delas não planejou engravidar.

Além dessas, convém sublinhar que uma paciente possuía histórico psiquiátrico de anorexia, bulimia e depressão anterior à CB. Para esta, a gravidez também não foi planejada e ocorreu antes do período recomendado pós-cirurgia. Ela apresentou, já durante a gestação, grande dificuldade em alimentar-se e em aceitar o aumento de peso inerente à gestação, retornando no puerpério com um quadro de depressão grave e anorexia nervosa associada. Esta paciente continuava em acompanhamento pelos serviços de psicologia e psiquiatria da ME/UFRJ até o momento da coleta de dados.

DISCUSSÃO

Na interpretação dos resultados é importante considerar a amostra pequena, advinda de um ambulatório com pouco tempo de funcionamento e em constante busca por aperfeiçoamento de sua assistência.

Ao iniciarem o pré-natal 38% (n=16) da amostra apresentava IMC de sobrepeso (25-29,9 kg/m²) e 40,4% (n=17) permanecia em algum grau de obesidade.

Burd (2010) destaca que o emagrecimento pode simbolizar a perda da proteção que a obesidade representa, exigindo que o sujeito se reposicione e abandone seus mecanismos de defesa, o que é potencial gerador de angústia e incide negativamente sobre o tratamento, o que leva o paciente a estar sujeito a episódios de recaída.

Considerando que o tratamento para obesidade é crônico, é importante que o foco da equipe esteja em explorar as questões por

trás do que levou ao excesso de peso mais do que o próprio peso em si.

Mais de 80% (n=34) das mulheres havia aguardado um período mínimo de 12 meses para engravidar após a CB. A recomendação de não engravidar após a cirurgia varia entre 12 e 18 meses, tempo necessário por tratar-se de um período de rápida perda de peso e de potencial aumento do risco de complicações pós-cirúrgicas, além disso é importante evitar uma potencial oscilação de nutrientes, já que a oferta destes para a mulher tende a cair dramaticamente após a cirurgia, enquanto as necessidades do feto estão aumentando; além disso, a gestação não planejada pode representar fator de risco ao estado psicológico materno (Kliemann, Böing e Crepaldi, 2017; Lima e colaboradores, 2017; Carneiro e colaboradores, 2014; Willis e Sheiner, 2013; Kjaer e Nilas, 2013).

O transtorno de compulsão alimentar é comumente reportado por indivíduos obesos (Sousa e colaboradores, 2014), no presente estudo, ele foi observado em 40,5% da amostra (n=17).

Em um dos registros do atendimento de psicóloga da equipe da UTEM é possível ler que “a paciente reconhece que a cirurgia não solucionou seu problema, que não era o peso, mas sim ‘sua cabeça’ (referência aos pensamentos e comportamentos alimentares)” (sic); ela engravidou 1 ano e 7 meses após a cirurgia e seu IMC na primeira consulta de pré-natal era de 38,9 kg/m² (obesidade grau II).

Kahtalian (1992), ao discorrer sobre a obesidade, diferencia fome e apetite, destacando a fome como biológica, desagradável, instintiva; enquanto o apetite seria uma busca pela satisfação libidinal. Assim, a comida poderia assumir um caráter tranquilizador, de conforto, que é aceito socialmente. O autor ainda sublinha a ideia de força, gravidez ou amadurecimento atribuída ao excesso de peso, bem como um indicativo de proteção e isolamento, pontuando que o excesso de peso no corpo se presta como forma de localizar as angústias e dificuldades do sujeito obeso.

Alterações da imagem corporal em pacientes com transtornos alimentares estão intimamente relacionadas com sua autoestima e a autossatisfação, podendo, em graus mais severos, tornarem-se verdadeiras distorções perceptivas (Kirszman e Salgueiro, 2002).

A CB implica mudanças físicas e na relação com a comida que são, em sua

maioria, acompanhadas de mudanças psicológicas e sociais.

Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009) chamam atenção para aspectos negativos no pós-operatório tardio como dificuldades em ver sua nova forma corporal como normal e aceitar as mudanças no corpo, além da necessidade de reaprender a alimentar-se.

Sousa e colaboradores (2014) verificaram em seu estudo que a preocupação com a imagem corporal figura como fator mais significativo na variação da sintomatologia depressiva. É possível encontrar nos escritos dos profissionais relatos das pacientes sobre insatisfação com sua imagem corporal anterior à própria gestação. Essa insatisfação pode ter relação com a não adaptação ao corpo magro ou com a impossibilidade de correção cirúrgica de áreas do corpo que continuavam incomodando, ou ainda com a perda de peso aquém do idealizado (Burd, 2010).

Sinais e sintomas que compõem nos transtornos de ansiedade e depressão segundo o DSM-V (2013) puderam ser identificados e registrados pela equipe multiprofissional em cerca de 73% dos casos.

Destes, 28,6% das pacientes foram acompanhadas individualmente pelos serviços de Psicologia e Psiquiatria, sendo medicadas por este.

Cabe ressaltar que neste ambulatório existe a presença de profissional de psicologia realizando consulta conjunta junto à equipe de nutrição, de modo que, mesmo que não individualmente, todas as pacientes têm contato com uma psicóloga, além disso, lembramos que é direito da paciente recusar o acompanhamento individual.

A literatura afirma a importância de acompanhamento multiprofissional pré, trans e pós cirurgia bariátrica, com fins de prevenção e tratamento dos agravos psíquicos. A equipe deve ser composta por cirurgião com formação específica, endocrinologista, psiquiatra, nutrólogo, nutricionista e psicólogo (Nascimento e colaboradores, 2013; CFM, 2015; ABESO, 2016; Barroso e colaboradores, 2017; Ribeiro e colaboradores, 2018).

A partir do alto valor de incidência de agravos psíquicos nesta população, recomenda-se que os profissionais que trabalham com ela possam receber formação que os possibilite avaliar e descrever sinais de transtornos psíquicos, com vistas ao encaminhamento precoce dessas pacientes para os tratamentos psicológicos e psiquiátricos adequados.

Sugere-se ainda a descrição mais robusta dos dados quando identificado risco para quaisquer transtornos psicológicos, a fim de facilitar não só a detecção e o encaminhamento adequados, mas também dados para pesquisas futuras.

Por fim, identifica-se a necessidade de novos estudos em população mais ampla, tendo em vista a importância do tema para a saúde das mulheres que se submetem a CB e pretendem engravidar, para diminuir ou prevenir desfechos negativos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram uma alta incidência de agravos psíquicos em gestantes com histórico de cirurgia bariátrica.

É importante observar a necessidade de uma indicação cuidadosa da cirurgia bariátrica e reforçar a relevância do acompanhamento psicológico e, quando necessário, também psiquiátrico, a médio e longo prazo no período pré, trans e pós cirurgia.

Isso é ainda mais importante considerando-se que a gestação e o puerpério, por si mesmos, já predisõem a certas alterações psíquicas.

Portanto, deve-se observar e considerar a história pregressa das pacientes para identificar precocemente transtornos psicológicos no período gravídico puerperal, dada a possibilidade de reincidência destes em função da própria CB.

REFERÊNCIAS

1-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4ª edição. São Paulo-SP. 2016.

2-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.

3-Barroso, M. F. R.; Borges, D. L.; Miranda, S. M.; Santos, N. P.; Neto, C. M.; Sene, M. P. Caracterização sócio demográfica e clínica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Pesq Saúde*. Vol. 18. Núm. 2. 2017. p. 86-90.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2017.

5-Burd, M. Obesidade e família. In: Mello Filho, J.; Burd, M. (organizadores). *Doença e Família*. Casa do Psicólogo. São Paulo. 2010. p. 299-310.

6-Carneiro, J. R. I.; Braga, F. O.; Cabizuca, C. A.; Abib-Abib, R. C.; Cobas, R. A.; Gomes, M. B. Gestação e obesidade: um problema emergente. *Revista HUPE*. Rio de Janeiro. Vol. 13. Núm. 3. 2014. p. 17-24.

7-Cazzo, E.; Ramos, A. C.; Pareja, J. C.; Chaim, E. A. Nationwide Macroeconomic Variables and the Growth Rate of Bariatric Surgeries in Brazil. *Obesity Surgery*. Springer Science+Business Média, LLC, part of Springer Nature. 2018.

8-Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.131/2015. Brasília. 2015.

9-Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.172/2017. Brasília. 2017.

10-Ehrenbrink, P. P.; Pinto, E. E. P.; Prando, F. L. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*. Vol. 7. Núm. 1. 2009. p. 88-105.

11-Ferreira, A. P. S.; Szwarcwald, C. L.; D, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 22. 2019.

12-Harreiter, J.; Schindler, K.; Bancher-Todesca, D.; Göbl, C.; Langer, F.; Prager, G.; Gessl, A.; Leutner, M.; Ludvik, B.; Luger, A.; Kautzky-Willer, A.; Krebs, M. Management of Pregnant Women after Bariatric Surgery. *Hindawi. Journal of Obesity*. 2018. Article ID 4587064. 14 pages.

13-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015.

14-Kahtalian, A. Obesidade: um desafio. In: Mello Filho, J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre. Artes Médicas Sul. 1992. p. 273-277.

15-Kirszman, D.; Salgueiro, M. del C. Dimensiones psicossociales I: la importancia de lo cognitivo. In: El enemigo en el espejo. Madrid. TEA Ediciones, S. A. 2002. cap. 6. p. 63-80.

16-Kjaer, M. M.; Nilas, L. Pregnancy after bariatric surgery - a review of benefits and risks. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology 92. 2013. p. 264-271.

17-Kliemann, A.; Böing, E.; Crepaldi, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. Mudanças - Psicologia da Saúde. Vol. 25 Núm. 2. 2017. p. 69-76.

18-Lima, M. O. P.; Tsunehiro, M.; Bonadio, I.; Murata, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta Paulista de Enfermagem. Vol.30. Núm. 1. 2017. p. 39-46.

19-Melo, F. L. E.; Melo, M. Impacto da cirurgia bariátrica na fertilidade feminina - Revisão. Reprodução & Climatério. Vol. 32. Núm. 1. 2017. p. 57-62.

20-Mota, D. C. L.; Costa, T. M. B.; Almeida, S. S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo. Vol. 16. Núm. 3. 2014. p. 100-113.

21-Nascimento, C. A. D.; Bezerra, S. M. M. S.; Angelim, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Estudos de Psicologia. Vol. 18. Núm. 2. 2013. p. 193-201.

22-Organização Mundial de Saúde. Obesity: Preventing and Managing the global epidemic. WHO technical report series 894. Geneva: WHO. 2000.

23-Ribeiro, G. A. N. A.; Giapietro, H. B.; Belarmino, L. B.; Salgado-Junior, W. Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: Problems that remain. ABCD Arq Bras Cir Dig. Vol. 31. Núm. 1. 2018. e1356.

24-Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Técnicas Cirúrgicas. 2017. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>>.

25-Sousa, P.; Bastos, A. P.; Venâncio, C.; Vaz, A. R.; Brandão, I.; Costa, J. M.; Machado, P.; Conceição, E. Compreender a Sintomatologia Depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do Peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. Acta Med Port. Vol. 27. Núm. 4. 2014. p. 450-457.

26-Willis, K.; Sheiner, E. Bariatric surgery and pregnancy: the magical solution? J. Perinat. Med. Vol. 41. 2013. p. 133-140.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

E-mail dos autores:
 acrufrj@gmail.com
 lufermont@uol.com.br
 acbcunha@yahoo.com.br

Autor correspondente:
 Ana Carolina Rocha.
 Endereço: Avenida Francisco Dornelas, 200.
 Ap. 101.
 Dornelas. Muriaé-MG.
 CEP: 36884-219.

Recebido para publicação em 13/05/2019
 Aceito em 02/07/2019