

Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica

Psychological approach for post-bariatric plastic surgery

PRISCILLA ROCHA PINHO¹
 CRISTIANE LARA MENDES
 CHILLOF²
 FLAVIO HENRIQUE MENDES³
 CELSO VIEIRA DE SOUZA
 LEITE⁴
 FAUSTO VITERBO⁵

RESUMO

Atualmente, a cirurgia plástica vem se firmando cada vez mais como parte integrante do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, na medida em que visa a devolver as melhores condições de contorno corporal ao enorme contingente de pacientes submetidos a grandes perdas ponderais. Os aspectos peculiares que acompanham essa nova trajetória do paciente obeso exigem abordagem interdisciplinar, com cuidadoso acompanhamento psicológico, antes e depois da cirurgia bariátrica, que deverá prepará-lo continuamente para as grandes transformações impostas a sua imagem corporal. Com a popularização das gastroplastias e a crescente demanda por procedimentos de contorno corporal após grandes emagrecimentos, é cada vez mais comum a presença desses pacientes nos consultórios de cirurgiões que não estão ligados aos serviços multidisciplinares, e que, portanto, precisam conhecer, avaliar e lidar também com os aspectos psicológicos envolvendo candidatos a cirurgia plástica pós-bariátrica. Este trabalho estabelece uma revisão da literatura acerca do complexo ambiente psicológico na obesidade, voltada para o cirurgião plástico, com ênfase na identificação e no controle das condições psíquicas desfavoráveis, possibilitando o melhor planejamento operatório em pacientes com perda significativa de peso após cirurgia bariátrica.

Descritores: Transtornos mentais. Cirurgia plástica. Cirurgia bariátrica. Motivação.

ABSTRACT

Nowadays, plastic surgery plays an important role in the surgical treatment of morbid obesity, and it is used to restore optimal body contour in a large number of patients with massive weight loss. The outcome of surgery may affect the patient's psychological behavior, and a multispecialty approach should be adopted, before and after the gastric bypass, to better educate and prepare patients for the dramatic changes they will experience in their body image. The increase in bariatric surgery has also resulted in a greater demand for plastic surgery. In addition to the multispecialty services, patients are seeking out private practice surgeons who will need to recognize and manage the psychological aspects of candidates who undergo body reshaping. This paper reviews the literature on the complex psychological environment of obese patients, emphasizing the identification and management of psychological disorders, and providing plastic surgeons with tools for safer planning and superior outcomes in body contouring after massive weight loss.

Keywords: Mental disorders. Plastic surgery. Bariatric surgery. Motivation.

Trabalho realizado no
 Serviço de Cirurgia Plástica
 da Faculdade de Medicina de
 Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 30/3/2010
 Artigo aceito: 14/8/2011

1. Ex-residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.
2. Psicóloga do Serviço de Cirurgia Bariátrica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.
3. Médico assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Botucatu, professor doutor, Botucatu, SP, Brasil.
4. Chefe do Serviço de Cirurgia Bariátrica da Faculdade de Medicina de Botucatu, professor livre-docente, Botucatu, SP, Brasil.
5. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Botucatu, professor livre-docente, Botucatu, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O perfil psicoemocional dos candidatos a cirurgia plástica pós-bariátrica assume fundamental importância na abordagem geral desses pacientes, sendo certo que negligenciar uma completa avaliação com adequado suporte profissional na esfera psicológica pode significar o insucesso do procedimento, com reflexos nefastos na morbidade cirúrgica. A obesidade é geralmente uma condição crônica com a qual os pacientes convivem desde a mais tenra idade, razão pela qual os distúrbios psíquicos se estabelecem com grande frequência e, ao contrário das comorbidades clínicas, nem sempre são satisfatoriamente revertidos após o emagrecimento.

Os pacientes atendidos nos grandes centros, em serviços multidisciplinares e especializados no tratamento da obesidade, normalmente passam por completa abordagem psicológica, antes e depois do emagrecimento, com acompanhamento rigoroso por profissionais capacitados como parte de um protocolo assistencial padrão. Entretanto, com a popularização das cirurgias bariátricas e a crescente demanda por procedimentos de contorno corporal após grandes emagrecimentos, é cada vez mais comum a presença desses pacientes nos consultórios de cirurgiões que não estão ligados aos serviços multidisciplinares, e que, portanto, precisam conhecer, avaliar e lidar também com os aspectos psicológicos envolvendo candidatos a cirurgia plástica pós-bariátrica.

O objetivo deste trabalho é estabelecer uma revisão da literatura acerca do complexo ambiente psicológico na obesidade, voltada para o cirurgião plástico, com ênfase na identificação e no controle das condições psíquicas desfavoráveis para o melhor planejamento operatório do contorno corporal em pacientes com grande perda de peso após cirurgia bariátrica.

MÉTODO

Por meio da base de dados MEDLINE/PubMed, Ovid e LILACS, foram pesquisados artigos da literatura médica, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, que tratavam dos aspectos psicológicos envolvendo pacientes obesos antes e depois da cirurgia bariátrica e seus desdobramentos no contorno corporal.

As palavras-chave *psychological, bariatric surgery, massive weight loss e body contouring* foram utilizadas em combinação na pesquisa, com suas respectivas traduções para os demais idiomas.

Os trabalhos publicados foram utilizados como fonte para discussão sobre o ambiente psicológico envolvendo os pacientes com grande perda de peso após cirurgia bariátrica, com especial ênfase para aqueles que buscam a cirurgia plástica do contorno corporal.

As publicações tiveram a importância de sua contribuição avaliada pelo nível de evidência científica, bem como pela experiência demonstrada por diversos serviços

interdisciplinares que há vários anos vêm acompanhando um grande contingente desses pacientes. São oferecidas recomendações para uma abordagem preliminar, pelo cirurgião plástico, das condições psicológicas que envolvem os pacientes pós-bariátricos candidatos à cirurgia de contorno corporal.

DISCUSSÃO

Não existe consenso absoluto na literatura de que a obesidade seja responsável pela maior prevalência de distúrbios psíquicos; entretanto, sabe-se que a população obesa enfrenta diversas situações desfavoráveis, que, em associação a outras variáveis, como sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico, costumam representar um ambiente suscetível ao aparecimento dos sintomas da esfera psicológica. Da mesma forma, não existe um padrão único que possa tipificar a personalidade do obeso, embora a maioria dos pacientes apresente autoestima rebaixada pela não aceitação de sua imagem corporal e da própria compulsão alimentar, com sentimentos de culpa e arrependimento. Muitos se sentem intimamente diminuídos pela incapacidade de controlar os hábitos alimentares e reduzir o próprio peso. Além disso, são frequentemente submetidos a humilhações no convívio social, seja pela postura preconceituosa e discriminatória de terceiros, seja pela experiência desconfortável com cadeiras, corredores, banheiros e outras instalações não adaptadas a pessoas obesas. A dificuldade para se manterem adequadamente asseados culmina com o aparecimento de odores desagradáveis. Nas esferas sexual e sentimental, os relacionamentos, quando acontecem, geralmente apresentam algum grau de insatisfação, muitas vezes pela escolha errada do parceiro, imaginando que não se poderia conseguir ninguém melhor. A vida passa a ser encarada como uma existência sem satisfação, com a marca deletéria da irremediável desesperança¹.

A depressão crônica é uma consequência frequentemente presente nesses pacientes, e, com a diminuição da qualidade de vida, muitos chegam a declarar que não temem a cirurgia bariátrica, pois não teriam nada a perder. Ansiedade em diferentes níveis é também um achado muito comum e o isolamento social costuma ser diretamente proporcional ao aumento do peso, tanto pelo sentimento de rejeição como pelas limitações físicas para as atividades cotidianas. Dentre as doenças mais graves que podem estar presentes e necessitam de diagnóstico e tratamento, merecem destaque os transtornos bipolares, a obsessão compulsiva e a esquizofrenia².

Mesmo em face de todo esse cenário psicologicamente negativo, estudos têm demonstrado que a principal motivação dos pacientes obesos para se submeterem à cirurgia bariátrica não é a vontade de melhorar sua autoimagem, mas a

necessidade de controlar as comorbidades clínicas, algumas vezes incapacitantes e muito ameaçadoras à qualidade e à manutenção da vida³. Já está bem demonstrado que a cirurgia bariátrica promove considerável melhora na qualidade de vida dos obesos e que as comorbidades clínicas, como diabetes, hipertensão e apneia do sono, apresentam significativa regressão e, até mesmo, resolução com a diminuição do peso⁴. Alguns estudos, entretanto, demonstram que os distúrbios da esfera psicológica experimentam uma diminuição mais reservada, permanecendo ainda presentes em alguma escala após a cirurgia bariátrica⁵.

A maioria dos serviços de cirurgia bariátrica já segue algum protocolo de avaliação e controle das condições psíquicas de seus pacientes obesos, com acompanhamento pré e pós-operatório. O objetivo da aplicação desses testes seria identificar as condições psicológicas ideais ou restritivas para se atingir os melhores resultados pós-bariátricos, embora a eficácia desses protocolos ainda seja bastante controversa⁶.

Rutledge et al.⁷ compararam prospectivamente o comportamento psicológico de pacientes submetidos a grandes emagrecimentos com e sem cirurgia bariátrica, e concluíram que as condições observadas nas avaliações pré-operatórias, desde que controladas, não chegam a ser um fator excludente para o sucesso da cirurgia.

Os achados de Guisado et al.⁸ demonstraram que os pacientes pós-bariátricos, em face dos transtornos psicológicos, apresentam mais distúrbios de comportamento alimentar quando comparados aos psicologicamente mais estáveis. Dentre tais distúrbios, a compulsão alimentar descontrolada é a mais frequentemente apontada pela literatura, com incidência que pode variar entre 50%^{9,10} e 5%¹¹ na população pós-bariátrica.

Odom et al.¹² pesquisaram as causas da recidiva da obesidade em pacientes pós-bariátricos e identificaram alguns distúrbios comportamentais que estão menos relacionados a transtornos psicológicos prévios e mais ligados à melhoria da qualidade de vida e habilidades de autovigilância. A educação e o acompanhamento mais rigorosos dos pacientes no pós-operatório, com o controle do abuso de álcool e dos impulsos alimentares, mostraram-se fundamentais na prevenção do reganho de peso. Essa posição já era defendida por Funnell et al.¹³, que sugeriam ações educativas e centradas no paciente.

Hayden et al.¹⁴ observaram que, nos pacientes bariátricos, a redução do peso tem grande impacto na diminuição dos sintomas depressivos, independentemente da condição pré-operatória. Essa mesma posição é defendida por outros estudos, que, mais recentemente, sustentam que os testes pré-operatórios de avaliação psicológica se prestam a identificar e propor o controle das situações patológicas, sem, contudo, pressupor uma condição impeditiva para a abordagem cirúrgica da obesidade¹⁵⁻²⁰.

O fato é que os índices de depressão e ansiedade, bem como de outras doenças, permanecem presentes, inclusive com tendência de aumento após 18 meses a 24 meses da cirurgia bariátrica, e, em muitos casos, podem levar à recidiva da obesidade ou mesmo à substituição por outras situações de caráter autodestrutivo, como anorexia nervosa e bulimia ou abuso de álcool e drogas. Não está bem esclarecido se esse comportamento na esfera psicológica é mais afetado pelas condições prévias à cirurgia ou pelo desconforto que as sobras de pele passam a representar com o emagrecimento acentuado. Muitos estudos têm procurado estabelecer paralelos, identificando as variáveis envolvidas nesse processo^{21,22}.

Os centros especializados no atendimento da obesidade apostam numa interação multidisciplinar, que, obviamente, deverá também privilegiar o diagnóstico, o controle e a manutenção das melhores condições psicológicas em todas as fases do tratamento, antes e depois da cirurgia bariátrica, incluindo as cirurgias plásticas para abordagem do contorno corporal²³⁻²⁶. O atendimento psiquiátrico individual tem seu caráter particularizado na dependência de condições específicas, enquanto o aconselhamento em grupo procura oferecer ampla discussão para o conhecimento acerca das possibilidades e limitações dos tratamentos, permitindo que a troca de experiências componha um grupo de pessoas unidas em torno do ideal comum, agregando e fortalecendo pacientes, familiares e profissionais envolvidos^{27,28}. As chamadas “oficinas da obesidade”, que, em nosso meio, foram popularizadas por Resende²⁹, são uma ferramenta de grande valor assistencial e motivacional para o sucesso na luta contra a obesidade. Dentre outros benefícios, essas reuniões de caráter educativo promovem e estimulam o relacionamento entre os diversos profissionais envolvidos e seus pacientes, trocando rotineiramente informações e experiências, em todas as fases de evolução do tratamento.

De qualquer forma, independentemente da maneira que o paciente vem sendo acompanhado, uma avaliação psicológica preliminar deverá ser realizada pelo cirurgião plástico no momento da consulta para programação dos procedimentos de contorno corporal. Sarwer et al.³⁰ sugerem a aplicação de um questionário padrão (Tabela 1), que procura avaliar em cada paciente, ainda que de maneira superficial, suas verdadeiras motivações e expectativas em relação à cirurgia plástica, sua percepção de autoimagem corporal, bem como seu status psiquiátrico de momento.

Motivação e Expectativa

O paciente pós-bariátrico deve estar positivamente motivado a ser submetido à cirurgia plástica; entretanto, tal inclinação deve expressar sentimentos internos, ou seja, a vontade própria de melhorar sua autoestima, pelo aprimoramento de condições físicas que ele mesmo identifica e reconhece como sendo desfavoráveis.

Tabela 1 – Questionário para abordagem psicológica pré-operatória na cirurgia plástica pós-bariátrica.**Motivação e expectativa**

- Por que você está interessado em cirurgia plástica pós-bariátrica?
- Como você acha que a cirurgia plástica vai modificar a sua vida?
- Como você saberá que está satisfeito com o resultado pós-operatório?

Autoimagem corporal

- O que especificamente lhe desagrada na sua aparência corporal?
- Como você se sente quando pensa em sua aparência corporal?
- Quando a sua aparência corporal lhe incomoda mais?
- Você acha que passa muito tempo pensando sobre seu corpo?
- Sua impressão sobre o seu corpo o impede de praticar alguma atividade?

Status psiquiátrico

- Você já teve problemas significativos de depressão ou ansiedade?
- Você já esteve ou está atualmente sob tratamento psiquiátrico?
- Você já tomou ou está tomando medicação psiquiátrica?
- Em caso de resposta positiva ao item anterior, quem a prescreveu?

Avaliação complementar para sintomas depressivos

- Como está o seu humor?
- Você tem tido problemas com o sono?
- Você tem tido problemas com o apetite?
- Você tem tido problemas de concentração?
- Você tem chorado mais que o usual?
- Você tem estado mais irritado que o usual?
- Você tem se relacionado com a família e amigos?
- Você sente desesperança ou desamparo?
- Você tem pensamentos de autoflagelação ou suicídio?

Quando se observa que a principal motivação cirúrgica está caracterizada em procurar satisfazer necessidades ou aspirações de terceiros, ainda que se trate de familiares ou cônjuges, faz-se necessária nova abordagem, com aconselhamento profissional e de caráter interdisciplinar, a fim de esclarecer ao paciente quais são suas reais possibilidades e que não se pode prever ou garantir as reações externas, vindas de outras pessoas, razão pela qual elas não devem ter peso tão importante na motivação para a cirurgia.

Da mesma forma, as expectativas quanto ao resultado pós-operatório devem ser bastante realísticas, tanto no que se refere à melhoria do contorno corporal como no impacto dessa modificação em sua qualidade de vida. Algumas pessoas chegam a imaginar que a cirurgia plástica vai promover uma verdadeira revolução em sua vida, pois com um “corpo perfeito” elas vão poder realizar coisas e atingir metas que até agora não foram possíveis. Nesse sentido, a quantidade e a extensão das cicatrizes resultantes desses procedimentos são implicações a serem exaustivamente apresentadas e

discutidas com os pacientes, bem como a possibilidade de alargamentos e hipertrofias que nem sempre poderão ser completamente resolvidos. Irregularidades da pele e flacidez residual são também intercorrências dignas de nota.

O paciente deverá receber todas as informações pertinentes, como necessidade de múltiplos procedimentos, riscos de complicações cirúrgicas, tempo de afastamento do trabalho e período de recuperação pós-operatória, em consulta e por escrito, por meio de termos de consentimento, a fim de que suas expectativas sejam as mais realísticas possíveis no que se refere ao aprimoramento de seu contorno corporal¹⁸.

Autoimagem Corporal

Para que se obtenha a motivação correta em meio a expectativas realísticas dos possíveis resultados pós-operatórios, é preciso que o paciente tenha, em primeiro lugar, adequada percepção de sua autoimagem corporal. Torna-se então necessário identificar não apenas como o paciente se vê, mas também como ele está se relacionando com essa visão. Uma

boa medida para se pesquisar essa condição é estimular que o paciente descreva, com suas próprias palavras, de maneira simples e objetiva, quais são os defeitos que ele identifica em seu contorno corporal e como ele gostaria de ficar após a cirurgia. O paciente deve ser capaz de apontar objetivamente cada uma de suas insatisfações, inclusive atribuindo a elas um grau de intensidade que possa definir alguma prioridade no tratamento.

O nível de insatisfação com as deformidades deve guardar uma relação racional com as expectativas e possibilidades terapêuticas. Por outro lado, pacientes que atribuam demasiada carga de atenção em suas queixas, demonstrando uma visão excessivamente limitante em relação a suas deformidades, com alta carga emocional e atitude incapacitante frente à vida, podem estar atravessando transtornos mais graves de dismorfofobia, que também necessitam de uma abordagem psicoterapêutica específica antes de qualquer cirurgia³⁰.

Status Psiquiátrico

O cirurgião plástico deve ainda acessar genericamente o histórico e o status psiquiátrico atual do paciente antes de iniciar o planejamento cirúrgico de contorno corporal. Pacientes que apresentem tristeza acentuada, especialmente com sintomas neurovegetativos de depressão (alterações do sono, apetite e concentração), devem ser encaminhados para investigação especializada. Grande parte deles já esteve ou ainda está em acompanhamento psiquiátrico; assim, um contato com os profissionais já envolvidos pode ser de grande valia na determinação da oportunidade ideal para se iniciar o tratamento cirúrgico.

Alguns pacientes insatisfeitos com suas cirurgias de contorno corporal têm utilizado sua condição psiquiátrica pré-operatória em ações contra seus cirurgiões, alegando que não gozavam de faculdades para melhor compreender os desdobramentos e as possibilidades da cirurgia. Assim, uma completa documentação da abordagem psiquiátrica pré-operatória, com a presença de relatórios de profissionais especializados, se constitui também em medida de proteção para o próprio cirurgião plástico.

Outra faceta importante do status psiquiátrico refere-se à medicação em uso. Em nosso meio, muitas vezes os antidepressivos são indicados empiricamente por profissionais do atendimento primário, e não estão necessariamente atuando em dosagem ou formulação adequadas. Mesmo em face de medicação prescrita, a abordagem formal em busca de sintomas depressivos e distúrbios do humor deve ser realizada rotineiramente, com encaminhamento a consulta especializada sempre que os achados e o histórico assim justificarem.

Da mesma forma, os distúrbios alimentares, como anorexia, bulimia e compulsão obsessiva, podem estar presentes, assim como o abuso de álcool e drogas, relativamente frequentes entre os pacientes pós-bariátricos. O diagnóstico

apurado com o controle especializado dos possíveis distúrbios alimentares é também fundamental no preparo para a cirurgia do contorno corporal, propiciando melhores condições nutricionais para uma adequada recuperação pós-operatória e prevenindo a recidiva do excesso de peso^{12,13}.

CONCLUSÕES

Existe ampla literatura médica chamando a atenção para a necessidade e a grande importância de se abordar e controlar as condições psicológicas dos pacientes no decurso do tratamento da obesidade. Idealmente, esse acompanhamento deve obedecer a um protocolo institucional e interdisciplinar, com a atuação de profissionais habilitados a lidar com o macroambiente dos pacientes obesos e as consequências de seus diversos tratamentos.

Mesmo quando essa abordagem estendida e mais completa não estiver disponível, o cirurgião plástico deverá rotineiramente realizar uma avaliação inicial própria, a fim de identificar possíveis distúrbios psicológicos nos pacientes pós-bariátricos candidatos a cirurgias do contorno corporal. O objetivo será buscar, através da fundamental interação com os demais profissionais da área, as melhores condições para a adequada evolução cirúrgica desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Fox KM, Taylor SL, Jones JE. Understanding the bariatric surgical patient: a demographic, lifestyle and psychological profile. *Obes Surg.* 2000;10(5):477-81.
2. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg.* 2004;14(5):579-88.
3. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, et al. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg.* 2007;17(11):1487-91.
4. Ogden J, Clementi C, Aylwin S, Patel A. Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: a quantitative and qualitative study. *Obes Surg.* 2005;15(2):266-72.
5. Bloom JMP, Koltz PF, Shaw RB, Gusenoff JA. Prospective assessment of medical and psychiatric comorbidities in the massive weight loss population prior to body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:75.
6. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg.* 2006;16(5):567-73.
7. Rutledge T, Adler S, Friedman R. A prospective assessment of psychosocial factors among bariatric versus non-bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2010;21(10):1570-9.
8. Guisado JA, Vaz FJ, López-Ibor JJ Jr, Rubio MA. Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: differences between obese people with and without psychiatric disorders. *Obes Surg.* 2001;11(5):576-80.
9. Mitchell JE, Lancaster KL, Burgard MA, Howell LM, Krahn DD, Crosby RD, et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg.* 2001;11(4):464-8.
10. Wadden TA, Sarwer DB, Arnold ME, Gruen D, O'Neil PM. Psychosocial status of severely obese patients before and after bariatric surgery. *Problems Gen Surg.* 2000;17:13-22.

11. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity*. 2009;14:77S-82S.
12. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010;20(3):349-56.
13. Funnell MM, Anderson RM, Ahroni JH. Empowerment and self-management after weight loss surgery. *Obes Surg*. 2005;15(3):417-22.
14. Hayden MJ, Dixon JB, Dixon ME, Shea TL, O'Brien PE. Characterization of the improvement in depressive symptoms following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2011;21(3):328-35.
15. Shiri S, Gurevich T, Feintuch U, Beglaibter N. Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007;17(5):663-8.
16. Ashton D, Favretti F, Segato G. Preoperative psychological testing: another form of prejudice. *Obes Surg*. 2008;18(10):1330-7.
17. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010;20(2):161-7.
18. van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005;15(4):552-60.
19. Walfish S, Vance D, Fabricatore AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg*. 2007;17(12):1578-83.
20. Sogg S, Mori DL. The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obes Surg*. 2004;14(3):370-80.
21. Lier HO, Biringier E, Stubhaug B, Eriksen HR, Tangen T. Psychiatric disorders and participation in pre- and postoperative counseling groups in bariatric surgery patients. *Obes Surg*. 2011;21(6):730-7.
22. Mahony D. Psychological assessments of bariatric surgery patients. Development, reliability, and exploratory factor analysis of the PsyBari. *Obes Surg*. 2011;21(9):1395-406.
23. Kaluf R, Lima Jr. EM, Araújo BGO. Avaliação pré-operatória. In: Lima Jr. EM, ed. *Tratado de cirurgia plástica após grandes perdas ponderais*. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 35-41.
24. Aly AS. Approach to the massive weight loss patient. In: Aly AS, ed. *Body contouring after massive weight loss*. St. Louis: QMP; 2006. p. 49-56.
25. Rohrich RJ, Kenkel JM. Body contouring after massive weight loss supplement. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(Suppl.):S1.
26. O'Toole JP, Rubin JP. Evaluation of the massive weight loss patient who presents for body contouring surgery. In: Rubin JP, Matarasso A, eds. *Aesthetic surgery after massive weight loss*. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 13-20.
27. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2004;14(9):1148-56.
28. Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic surgery. In: Goldwyn RM, Cohen MN, eds. *The unfavorable result in plastic surgery: avoidance and treatment*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2001. p. 14-23.
29. Resende JHC. Oficina da obesidade em cirurgia plástica ou oficina da vida. In: Resende JHC, ed. *Tratado de cirurgia plástica na obesidade*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 239-44.
30. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121(6):423e-34e.

Correspondência para:

Flavio Henrique Mendes
 Rua Cláudio Manoel da Costa, 65 – Lins, SP, Brasil – CEP 16400-464
 E-mail: mendesmd@fhmendes.com.br