

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA EM**

**PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**ANXIETY, DEPRESSION, BINGE EATING AND HOPELESSNESS IN PATIENTS**

**CANDIDATES FOR SURGERY BARIATRIC**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ATRACÓN Y LA DESESPERANZA CANDIDATOS EN**

**PACIENTES PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA**

**Samara Anacleto do Nascimento**

Estudante do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – Recife/PE.

**Cleide Dyhana Silva de Mello**

Estudante do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – Recife/PE.

**Mônica Cristina Batista de Melo**

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, Tutora no curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife/PE.

**Juliana Monteiro Costa**

Doutora em Psicologia Clínica pela UNICAP. Coordenadora de Tutor do 5º período do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife/PE.

*Endereço para contato:* Rua Jornalista Edson Regis, 1551, Bairro Ibura de Baixo – Recife/PE CEP 51220-000 *E-mail:* [samara.anacleto@yahoo.com.br](mailto:samara.anacleto@yahoo.com.br) *Agradecimentos:* Os autores agradecem ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife/PE e ao Projeto de Iniciação Científica (CNPQ/IMIP) o apoio para o desenvolvimento e execução do trabalho.

**Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa** Psicólogo Clínico e Hospitalar. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Tutor da Graduação de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde e Secretário Executivo do Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde da FPS – Recife/PE.

*Endereço para contato:* Rua Jornalista Edson Regis, 1551, Bairro Ibura de Baixo – Recife/PE CEP 51220-000 *E-mail:* [samara.anacleto@yahoo.com.br](mailto:samara.anacleto@yahoo.com.br) *Agradecimentos:* Os autores agradecem ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife/PE e ao Projeto de Iniciação Científica (CNPQ/IMIP) o apoio para o desenvolvimento e execução do trabalho.

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E DESESPERANÇA EM  
PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**ANXIETY, DEPRESSION, BINGE EATING AND HOPELESSNESS IN PATIENTS  
CANDIDATES FOR SURGERY BARIATRIC**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ATRACÓN Y LA DESESPERANZA CANDIDATOS EN  
PACIENTES PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA**

**Resumo**

**Cenário:** O grande número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e que, no pós-operatório, apresentam complicações psicológicas e psiquiátricas justifica a importância de uma avaliação pré-operatória. **Objetivos:** Verificar a presença de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Método:** O estudo foi realizado com pacientes indicados para cirurgia bariátrica. Para a coleta dos dados foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e um questionário semiaberto. **Resultados:** O resultado das escalas no grupo de pacientes estudado revelou que todos apresentaram escore mínimo na ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança. **Conclusão:** O estudo realizado contribuiu para caracterizar um grupo de pacientes quanto aos aspectos avaliados, demonstrar que na população estudada os níveis de ansiedade, depressão e desesperança podem ser entendidos como derivados da própria situação vivenciada do processo da obesidade e que nessa população, os pacientes não sinalizam contra-indicação para o prosseguimento do processo de avaliação pré-operatória. Sugere-se novas pesquisas sobre a temática, considerando o número reduzido de participantes e a importância da identificação de tais sintomas no pré-operatório, visando a prevenção de complicações no pós-operatório.

**Palavras chave:** bariátrica; depressão; ansiedade; desesperança; compulsão alimentar.

## **Abstract**

**Scenario:** The large number of patients undergoing bariatric surgery and in the postoperative period, have psychological and psychiatric complications justifies the importance of preoperative verification. **Objectives:** Verify the presence of anxiety, depression, binge eating and hopelessness in candidates for bariatric surgery. **Method:** The study was conducted with patients referred for bariatric surgery treated at the Psychology Clinic, for the collection were used the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Hopelessness Scale (BHS) , Binge Eating Scale (BES), and a semi-open questionnaire. **Results:** Regarding the results, the prevalence was for minimum scores in anxiety, depression, binge eating and hopelessness. **Conclusion:** The study contributed to characterize a group of patients how to aspects evaluated, demonstrating that the population studied the levels of anxiety, depression and hopelessness can be understood as derived from the very experienced situation of obesity process and that in this population, patients do not signal contraindication to further the preoperative evaluation process. It is suggested further research on the subject, given the limited number of participants and the importance of identify such symptoms preoperatively, aimed at preventing postoperative complications.

**Keywords:** bariatric; depression; anxiety; hopelessness; binge eating.

## Resumen

**Contexto:** El gran número de pacientes sometidos a cirugía bariátrica que presentan complicaciones psicológicas y psiquiátricas en postoperatorio justifican una verificación preoperatoria. **Metas:** Investigar la presencia de ansiedad, depresión, compulsión alimentaria y desesperanza en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. **Metodo:** El estudio se realizó con pacientes candidatos para cirugía bariátrica atendidos en el ambulatorio de psicología, como recolección de datos fueron utilizados el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Desesperanza de Beck (BHS), Escala de Compulsión Alimentar Periódica (ECAP) y un cuestionario semiabierto. **Resultados:** Los resultados de las escalas en el grupo de pacientes estudiados, mostró hubo predominancia de puntuaciones mínimas de ansiedad, depresión, compulsión alimentaria y desesperanza. **Conclusión:** El estudio contribuyó para caracterizar un grupo de pacientes a los aspectos evaluados, lo que demuestra que la población objeto de estudio los niveles de ansiedad, la depresión y la desesperanza puede entenderse como derivado de la situación con mucha experiencia de proceso de la obesidad y que en esta población, los pacientes no tienen contraindicación para continuar el proceso de evaluación preoperatoria. Se sugiere además la investigación sobre el tema, dado el limitado número de participantes y la importancia de identificación de tales síntomas en preoperatorio, buscando la prevención de complicaciones en postoperatorio.

**Palabras clave:** bariátrica; depresión; ansiedad; desesperanza; compulsión alimentaria.

## Introdução

A Obesidade é considerada um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade como uma doença crônica, podendo ser descrita como um excesso da adiposidade corporal (Moliner & Rabuske, 2008; Sadock & Sadock, 2008). É multideterminada por fatores fisiológicos, genéticos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, e aumenta o risco de ocorrência de doenças orgânicas, transtornos mentais e comportamentais, tais como: os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar (Moliner & Rabuske, 2008). Cerca de 80% dos pacientes obesos tem histórico familiar de obesidade, pois o comportamento alimentar da família influencia o indivíduo através dos métodos orais apreendidos (costumes alimentares) utilizando a alimentação para diminuir, por exemplo, a ansiedade e o estresse (Sadock & Sadock, 2008).

Por ser uma doença multifatorial, torna-se indispensável uma intervenção focada na visão multidisciplinar, sendo a cirurgia bariátrica considerada uma alternativa de tratamento. Esse tipo de intervenção tornou-se eficaz contra a obesidade grave e também as doenças associadas à obesidade como diabetes, hipertensão entre outras doenças relacionadas ao excesso de peso (Silva & Maia, 2010).

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina estabelecem pré-requisitos para os pacientes realizarem a cirurgia bariátrica e contraindicações (Conselho Federal de Medicina, 2005; Ministério da Saúde, 2007). Um estudo com objetivo de descrever e analisar mudanças no peso, psicopatologia personalidade, problemas e queixas de saúde em pacientes pré e pós cirúrgicos, comenta sobre a falta de consenso no que se refere à importância da cirurgia para mudanças psicológicas na vida dos pacientes. Pontua também sobre a obesidade como fator responsável pelo comprometimento psicológico e sugere mais estudos sobre o tema (Silva & Maia, 2013).

A depressão, a ansiedade e a compulsão alimentar são os fatores psicológicos mais frequentes entre os pacientes indicados para a Cirurgia Bariátrica, o que requer cuidados especiais para os mesmos durante o período pré e pós-operatório. Estudo realizado sobre imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, comparam o IMC real e o peso corporal idealizado que podem gerar ou intensificar os sintomas de depressão. As mulheres parecem apresentar maior presença de sintomas de depressão, e o desejo de fazer a cirurgia pode estar relacionado ao desejo de ter uma imagem corporal que seja mais aceita atualmente. O culto ao corpo belo e magro parece predominar e, neste caso, a cirurgia contribui para melhorar na autoimagem e estima (Almeida, Zanatta e Rezende, 2012).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que atinge não apenas as alterações de humor, mas também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Del Porto (1999) classifica a depressão em níveis mínimo, leve, moderada e grave, e seus sintomas podem ser psíquicos, fisiológicos e comportamentais. Estima-se que em 2020, a depressão seja a segunda causa de incapacidade no mundo, sendo prevalente entre mulheres, em pessoas com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas (Martin, Quirino & Mari, 2007).

Outro fator que vem acometendo uma grande parcela da população é a ansiedade, um estado emocional com componentes psicológicos (sensação de apreensão e perturbação), fisiológicos (interferência nas reações cardíacas, tensão muscular, náuseas, boca seca ou sudorese) e comportamentais com interferência na capacidade de agir, de se expressar ou lidar com uma situação rotineira (Caíres & Shinohara, 2010). Pode ser descrita como sendo normal ou patológica, leve ou grave, prejudicial ou benéfica (Andrade & Gorenstein, 1998).

O tratamento cirúrgico da obesidade demanda a atenção sobre a presença da depressão, ansiedade e compulsão alimentar considerando esses aspectos faz-se necessário a avaliação

psicológica pré-operatória, visto que a cirurgia bariátrica envolve um processo de mudanças físicas, hormonais, nutricionais, sociais e emocionais (Andrade & Gorenstein, 1998; Tae et al, 2014).

Aproximadamente 15 a 30% dos pacientes com indicação à Cirurgia Bariátrica apresentam sintomas clinicamente significantes de depressão, e a maioria dos centros de cirurgia bariátrica considera sua presença uma contraindicação relativa à operação embora alguns candidatos a cirurgia apresentam sintomas de ansiedade em níveis médios antes da operação e diminuição para escores menores no pós-operatório (Tae et al, 2014).

O acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo, principalmente no pós-operatório onde é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). É a fase de recuperação, de adaptação à nova dieta, novos hábitos e atitudes. A expectativa, ansiedade e a insegurança do novo período, novo corpo, as novas relações que o paciente vai estabelecer com si próprio e com os outros, demanda o acompanhamento psicológico observando a melhora com relação à autoestima do paciente, satisfação com a imagem corporal, seu envolvimento social, mudanças de comportamento, projeto de vida, relação e melhoria entre os sintomas depressivos, ansiosos e transtornos alimentares.

É recomendado avaliar no pré-operatório inclusive se há presença de comportamentos compulsivos, sintomas de transtornos alimentares (vômitos provocados), sintomas depressivos (como tristeza, choro fácil, sensação de vazio, perda do interesse por atividades que gostava, irritabilidade, isolamento, pensamentos frequentes de morte e suicídio), caso o paciente não tenha apresentado na etapa pré-cirúrgica (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

Além da ansiedade e depressão é comum na população obesa o surgimento da desesperança, que é encarada como o grau em que o sujeito é pessimista relativo ao seu futuro. O conceito de desesperança foi desenvolvido por Abramson e os seus colegas no ano de 1989 e, tem sido associada até hoje aos transtornos de internalização. Embora não haja desordem mental específica

que possa comparar a este conceito, é relevante visualizar que este tem sido associado a características fundamentais da depressão, pensamentos autoderrotistas, visão negativa e pessimista diante do futuro (Tosetto & Simeão, 2008; Oliveira et al, 2006).

A desesperança pode ser medida em quatro níveis que são: mínimo, leve, moderado e grave. Esse sentimento desesperançoso traz para o sujeito a ideia de fracasso diante da situação que está vivenciando e desamparado, acreditando que nada pode fazer para mudar seu quadro, sobrepondo assim em seu comportamento os aspectos de desmotivação e desvalorização. Os sintomas de desesperança se tornam perceptível através dos pensamentos e falas (tentativa suicida, desacreditarão, queixas), conduta (mutilação, agressividade, isolamento, entre outros) e aspectos físicos - abatimento, tristeza, imagem corporal, entre outros (Oliveira, 2006; Anjos, 2010).

O termo compulsão alimentar refere-se a episódios de comer em excesso caracterizados pelo consumo de grandes quantidades de comida em intervalos curtos de tempo, seguido por uma sensação de perda de controle sobre o que se está comendo (Appolinario, 2004). O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma categoria diagnóstica recente. Pesquisas afirmam que a Obesidade não é critério diagnóstico para TCAP, mas é uma condição clínica que quase sempre acompanha o quadro de pacientes com transtorno de obsessão (Appolinario, 2000; Passos, Yazigi & Claudino, 2008). Estudos epidemiológicos sugerem que, na população, cerca de 3% das pessoas apresentam TCAP, elevando-se para índices de 7,5 a 46% em amostras clínicas de obesos (Passos, Yazigi & Claudino, 2008). Caso o paciente submetido à cirurgia bariátrica apresente esse tipo de transtorno se faz necessário um acompanhamento multidisciplinar para que os sintomas não intervenham na realização da cirurgia. Em casos da compulsão alimentar há uma reeducação para que o mesmo venha ser submetido à cirurgia e aprenda lidar com o pós-cirúrgico. A literatura refere que os pacientes com TCAP possuem autoestima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno (Passos, Yazigi & Claudino, 2008).

Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, podendo influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando nossas relações com outras pessoas (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004). Diante da insatisfação corporal, o tratamento clínico da obesidade pode ser afetado negativamente, refletindo no comportamento, na saúde mental e na qualidade de vida. A insatisfação com o corpo é um fator motivador para a mudança comportamental, levando o indivíduo a tomar medidas para reduzir o peso, no intuito de melhorar sua autoimagem e estima (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004; Silva & Maia, 2010).

Considerando a importância de indicadores referentes aos possíveis sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade e desesperança em pacientes com indicação para cirurgia bariátrica, o presente estudo teve como objetivo verificar as características psicológicas dos pacientes tendo como principais instrumentos a aplicação do Inventário de Depressão de Beck - IDB (Cunha, 2001), Inventário de Ansiedade de Beck- IAB (Cunha, 2001), a Escala de Desesperança de Beck - BHS (Cunha, 2001), a Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP (Freitas, Lopes e Appolinario, 2001), e um questionário com perguntas semi abertas sobre tais sintomas.

### **Método**

Trata-se de um estudo de série de casos, realizado entre agosto/2015 e agosto/2016, no Ambulatório de Psicologia do IMIP. Para coleta de dados foi utilizado questionário com itens informativos sobre os aspectos da obesidade, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001), O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) (Cunha, 2001) e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (Freitas, Lopes e Appolinario, 2001). A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente, depois da correção e interpretação os resultados foram colocados em tabelas para análise. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integrado Prof. Fernando Figueira, parecer de nº 04486615.7.0000.5201.

### **Resultados e Discussão**

Participaram do estudo 20 pacientes, dos quais dezesseis (80%) eram do sexo feminino. O resultado corrobora com a literatura (Almeida et al, 2012; Baptista et al, 2008; Cavalcante, 2009; Heberle, 2015), a qual ressaltam que é habitual na demanda aos serviços de cirurgia bariátrica a prevalência dessa população, levando em consideração que nas mulheres a valorização do corpo padronizado pela sociedade acarreta maiores repercussões.

Entretanto no presente estudo observou-se que a procura pela cirurgia foi justificada pelas mulheres por questões referentes a complicações que implicam na saúde e na redução da mobilidade e autonomia. A idade dos participantes variou entre 25 e 62 anos. Evidenciando variação de faixa etária com estudos realizados em Recife com pacientes pré e pós-cirúrgicos, os quais trazem a média de idade entre 27 e 43 anos (Filho, 2008; Cavalcante, 2009).

Os participantes eram residentes na cidade de Recife e interior do estado de Pernambuco, com nível de escolaridade entre ensino fundamental a ensino superior. Quanto a escolaridade, 65% dos pacientes cursaram o Ensino Médio, 25%, o ensino fundamental e 10% chegaram a frequentar um curso superior, diferente de estudo que justifica a baixa escolaridade dos participantes por estes serem atendidos em instituições públicas (Lucena, Andrade, Alves, Soares, Martins et al, 2011). Quanto à ocupação, a maioria era autônomo, corroborando com outros estudos, cujos achados revelaram que seus participantes eram pessoas do lar, desempregados ou que trabalham sem carteira assinada (Filho, 2008; Almeida et al, 2011)

Com relação ao estado civil a prevalência foi de 50% Solteiros, 40% casados e União Estável para 10% dos participantes. Referente ao estado civil houve predomínio de mulheres

solteiras, contrariando pesquisas que trazem a prevalência de mulheres casadas (Oliveira & Yoshida, 2009; Vasconcelos & Neto, 2008). Evidenciando discordância de acordo com alguns estudos.

Segundo Filho (2008), os aspectos psiquiátricos podem variar entre os candidatos a cirurgia bariátrica. Evidenciando alguns casos em que aproximadamente 15% a 30 % apresentam sintomas significativos de depressão no período de acompanhamento pré-cirúrgico (Filho, 2008; Tae et al, 2014; Wadden, Sarwer et al, 2006; Sarwe et al, 2005). Os resultados identificados no presente estudo apontam que 60 % dos participantes que responderam o Inventário de Depressão de Beck (IDB), apresentaram nível mínimo de depressão, 30% apresentaram nível leve, 10% nível moderado e nenhum nível grave. É necessário levar em consideração que a amostra é pequena, entretanto corrobora com Mota, Costa & Almeida (2014), que alegam a predominância mínima para depressão em seu estudo com 50 mulheres avaliadas antes da cirurgia bariátrica.

O que sugere que nem sempre a obesidade é acompanhada de sintomas depressivos severo ou grave. Valendo salientar que podem ocorrer casos em que a diminuição do sintoma se dá depois da cirurgia, corroborando com alguns estudos (Almeida et al, 2011; Andersen et al, 2010; Zwaan et al, 2011; Sawyer & Fabricatore, 2008).

Outro aspecto levado em consideração refere-se ao nível de ansiedade que no estudo apresentaram índices mínimos, sugerindo que o nível de ansiedade não parece ser um fator significativo envolvido na amostra. Os resultados do Inventário de Ansiedade de Beck (IAB), 65% apresentaram nível mínimo, 30% apresentaram nível leve, 5% apresentou nível moderado e nenhum para nível grave. Esses dados contrariam estudo que alega, altos níveis de ansiedade nos pacientes pré e pós-cirúrgicos, onde considera que a avaliação e indicação para o procedimento são caracterizadas por períodos onde o paciente não tem certeza se irá se enquadrar nos critérios de eleição para cirurgia (Almeida, Zannata & Rezende, 2012). Valendo salientar que o

acompanhamento pré-cirúrgico é essencial no trabalho dos aspectos emocionais e hábitos, que se encontram desorganizados e que podem implicar negativamente no pós-operatório.

Estudo com pacientes obesos sedentários e não sedentários indicam que as variáveis, depressão, ansiedade e desesperança são crescentes, ou seja, à medida que aumentam os níveis aumentam também os graus dos riscos à saúde e da obesidade em ambos os grupos (Tosetto & Simeão, 2008). Apesar de haver poucos estudos referentes à desesperança e os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pesquisas relacionam tal sentimento mais voltados para a depressão e a tentativas suicidas (Silva & Maia, 2010; Oliveira et al, 2006). Quanto aos resultados encontrados utilizando a Escala de Desesperança de Beck (BHS), 80% apresentaram nível mínimo, 20% apresentaram nível leve e nenhum para moderado e grave.

Pesquisa realizada no Hospital Oswaldo Cruz, com 400 participantes do programa de cirurgia bariátrica, apresentaram prevalência de 25,4% para Transtorno Compulsão Alimentar Periódica moderado e 31,3% grave (Petribu et al, 2006). Contrariando o presente estudo onde, 85% dos participantes foram considerados sem compulsão, 5% compulsão moderada e 10% graves. Vale salientar que a quantidade de participantes da pesquisa citada foi maior que a do estudo atual. Entretanto estudo com 28 indivíduos com sobrepeso/obesidade, constatou que dos 28 pacientes, 39,3% apresentaram CAP moderada ou grave (Mosca et al, 2010).

### **Aspectos Qualitativos**

Os dados qualitativos da pesquisa apontam que pacientes em acompanhamento psicológico a mais tempo mostravam-se seguros e estáveis emocionalmente. Na maioria dos casos o ganho de peso se deu por fatores genéticos, sobrepeso infantil, diabetes tipo II, má alimentação, sedentarismo, consequência de gravidez e fatores emocionais. Sobre o histórico familiar, percebeu-se que a maioria dos participantes apresentavam, em suas famílias, pessoas com obesidade e sobrepeso.

No que se refere aos aspectos da compulsão alimentar, quatorze participantes alegaram não apresentar mania, comportamentos repetitivos ou vícios. Sobre os sintomas de ansiedade, a maioria alegou que apresenta ansiedade ao ter que realizar algum tipo de atividade, ou por conta da cirurgia e em alguns casos consideram ter ansiedade em níveis dentro da normalidade. Quanto à ansiedade para comer repetidamente dezesseis dos participantes, trouxeram que não apresentam esse sintoma. Os sintomas “ansiosos” apresentados estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua essência. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (Almeida, Zanatta e Rezende, 2012).

Quando indagados sobre se já se sentiram deprimidos/tristes alguns alegaram que já passaram por essa experiência por conta do ganho de peso, perda de um ente querido, após a separação, desemprego, bullying, desentendimento familiar e com vizinhos. Sobre o humor grande parte dos participantes alegou ter estabilidade e que ocorrem mudanças a partir das situações vivenciadas no dia a dia. Em relação à tristeza a maioria dos participantes alegaram que este sintoma se liga com perdas e problemas familiares, preconceito e tristeza momentânea. Essas experiências podem desencadear o humor depressivo, que possui causas somáticas, afetando assim os fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais do indivíduo, podendo ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (BRASIL, 2007).

No que se refere a perda da esperança, a maioria trouxe que sempre estiveram esperançosos, entretanto os que alegaram ter perdido em algum momento foi por questões de saúde, a demora para perder peso e por causa da cirurgia. A esperança impulsiona o indivíduo a agir, mover-se e alcançar. A falta de esperança torna-o opaco, sem objetivos, aguardando a morte. Está relacionada ao bem-estar, à qualidade de vida e sobrevivência. Provê força para resolver problemas e

enfrentamentos como perda, tragédia, solidão e sofrimento (Balsanelli, 2011). Sobre o estresse e a obesidade observou-se que estes referem ao preconceito, complicações na saúde, cobrança dos familiares, desesperança e frustração ao tentar emagrecer e não conseguir.

Quanto ao fator estresse grande parte respondeu que este ocorre por conta das situações cotidianas, tais como: desentendimento no casamento, questões familiares e no trabalho. Os fatores apresentados pelos pacientes fazem parte do resultado da interação entre suas características (meio interno), as demandas do meio externo e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Esta resposta ao estressor compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que visam uma melhor compreensão da situação (Margis, 2003).

### **Conclusão**

Considerando-se a importância dos fatores ansiedade, depressão, compulsão alimentar e desesperança em pacientes pré e pós cirurgia bariátrica a presente pesquisa objetivou ampliar o conhecimento sobre esses aspectos, tendo em vista que esses fatores podem ser complicadores para o tratamento dessa população. Os achados sugerem que a verificação desses fatores ao longo do acompanhamento psicológico dos pacientes para avaliação pré-operatória em protocolo de avaliação são subsídios importantes nas ações de prevenção e promoção da saúde dos pacientes.

No presente estudo os resultados das escalas apontaram prevalência mínima para depressão, ansiedade, compulsão alimentar e desesperança, os aspectos qualitativos sugeriram: o sofrimento referente ao preconceito, complicações na saúde, cobrança dos familiares, desesperança e frustração ao tentar emagrecer e não conseguir, além da instabilidade emocional no tratamento pré-operatório. Diante de tais resultados foi possível perceber que os resultados quanti e qualitativos sugerem que os participantes vivenciam sentimentos e emoções inerentes a obesidade e não apresentam sinais de transtorno emocional.

## Referências

Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 153-160. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100019

Andrade, L. H. S. G. D., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)*, 25(6), 285-90. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LJLACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=236702&indexSearch=ID>

Anjos S. C. B. D. G. (2010). Desesperança e agressividade na adolescência e qualidade de vinculação aos pais (Tese). Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Disponível em: [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1258/Tese\\_Sandra\\_Anjos\\_Final.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1258/Tese_Sandra_Anjos_Final.pdf?sequence=1)

Appolinario J. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(2): 75-76. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a02v26n2.pdf>

Appolinario J. C., & Claudino A. M (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22 (2): 28-31. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462000000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600008)

Azevedo A. P., Santos C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista psiquiatria Clínica*, 31(4):170-172. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832004000400008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000400008&lng=pt)

Andersen, J. R., Aasprag A., Bergsholm P., Vage, V., & Nativig, G. (2010). Anxiety and Depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and quality of life outcomes*, 8(52), 1-7. doi: 10.1186/1477-7525-8-52

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 0492, de 31 de agosto de 2007. Diário Oficial da União de 05 de Setembro de 2007. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.Htm>

Balsanelli, A. C. S., Grossi, S. A. A., & Herth, K. (2011). Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 354-358. doi: 10.1590/S0103-21002011000300008

Caíres M. C., & Shinohara H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 6 (1), 62-84. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v6n1/v6n1a05.pdf>

Cavalcante, R. C. (2009). Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,

Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado em <https://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2009/cavalcante%20renata%20de%20carvalho.pdf>

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução no 1.766. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005.

Cunha J. A. (2001). Psicodiagnóstico-V. In J. A. Cunha, *Catálogo de Técnicas Úteis* (pp. 277-228, 238-241). Porto Alegre: Artmed.

Del Porto J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(1): 06-11. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03>

Fleck M. P. A. et al. (2003) Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(2): 114-122. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000200013&script=sci_arttext)

Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W. , & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. doi: 10.1590/S1516-44462001000400008

Filho, J. V. L., & Carvalho, J. A. G. (2008). Cirurgia da obesidade: Caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos (Dissertação de Pós- Graduação, Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado de <http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/8281>

Júnior A. S., & Cordás, T. A. Depressão e ansiedade. Moreir Jr Edit. Recuperado de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=1871&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1871&fase=imprime)

Moliner J., & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2): 44-60. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a04.pdf>

Martin D., Quirino J., & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 41(4): 591-597. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5594.pdf>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (Suppl. 1), 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008

Oliveira V. M., Linardi R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia Bariátrica- aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31 (4); 199-201. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22409.pdf>

Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. doi: 10.1590/S1413-73722006000200014

Oliveira, J. H. A. & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722009000100003>

Passos T. C. B. M., Yazigi L., Claudino A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *PsicoUSF*, 13(1): 69-74. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a09.pdf>

Petribu, K., Ribeiro, E. S., Oliveira, F. M. F., Braz, C. I. A., Gomes, M. L. M., Araujo, D. E., Almeida, N. C. N., Albuquerque, P.C., & Ferreira, M.N.L.. (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50(5), 901-908. doi: 10.1590/S0004-27302006000500011

Sadock B. J., Sadock V. A. (2008). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. In B. J. Sadock, V. A. Sadock. *Transtornos da alimentação* (pp. 801). Porto Alegre: Artmed.

Sawer, D & Fabricatore, A. (2008). Psychiatric Considerations of the massive weight loss patient. *Clinical Plastic Surgery*, 35(1), 1-10.

Silva S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3): 69-72. Recuperado de 10.1590/S0101-81082010005000002.

Silva, S. S. P., & Maia, A. C. (2013). Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(4):264-271. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n4/2237-6089-trends-2237-6089-2013-0007.pdf>

Teng, C. T, Humes E. C, & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3): 149-159. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3>

Tae, B., Pelaggi, E. R., Moreira, J. G., Waisberg, J., Matos, L. L., & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 41(3), 155-160. doi: 10.1590/S0100-69912014000300004

Tosetto A. P., & Simeão, J. C. A. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina Ribeirão Preto*, 41 (4): 497-507. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/293/294>

Vasconcelos, P. O., & Costa Neto, S. B. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*, 39(1), 58-65.

Zwaan, M., Enderlane, G., Wagner, S., Mühlhans, B., Dizen, B., Gefeller, O., Mitchell, J & Müller, A (2011) Anxiety and Depression I bariatric surgery patients: a prospect follow up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 23(1), 67-75.

## ANEXO

**Avaliação Psicológica** é a revista oficial do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP), com publicação quadrimestral. Trata-se de um veículo de divulgação da produção científica ibero-americana na área de a valiação psicológica . Publica trabalhos originais, preferencialmente relatos de pesquisa, mas também artigos teóricos e de revisão da literatura, notas técnicas e resenhas de livros importantes na área e notícias. Artigos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. O processo editorial envolve revisão cega por pares e, exceto no caso de números ou seções temáticas, a publicação de artigos se dá por ordem cronológica de aceitação final. Resumos, abstracts e sumários podem ser divulgados livremente por serviços de indexação mediante comunicação ao Editor.

### Linha editorial e critérios de arbitragem

A Revista Avaliação Psicológica é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais: relatos de pesquisas, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, notas técnicas, resenhas e notícias na área de Avaliação Psicológica.

Seu objetivo é divulgar os avanços da teoria, pesquisa e prática na área da avaliação em Psicologia, Educação, Aconselhamento, Comportamento Organizacional, Recursos Humanos e outras disciplinas relacionadas. O processo editorial visa a apresentar à comunidade científica um texto que reflita uma contribuição significativa, inédita, original e atualizada.

As Normas de Publicação da revista se baseiam no *Publication Manual of the American Psychological Association* – APA (2010, 6ª edição), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico.

### Submissão de um manuscrito

As submissões deverão ser encaminhadas via Sistema Scielo Submission (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp>). Todos os passos devem ser seguidos, tal como solicitado no sistema. Deve ser inserida uma carta de submissão, fazendo menção à originalidade do texto, que ele não está sendo submetido a nenhuma

outra revista nacional ou internacional e passando os direitos autorais à revista Avaliação Psicológica, caso o manuscrito seja aprovado. Quando se tratar de relato de pesquisa, deve estar explícito o seguimento dos procedimentos éticos na coleta dos dados e aprovação do Comitê de ética. A carta deve conter, ainda, o nome de todos os autores, *email* e as respectivas assinaturas. Não há custos para o processamento de submissão de artigos.

### Procedimentos da comissão editorial

O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores. Caso contrário, será encaminhado *email* aos autores solicitando a adequação às normas. Trabalhos que estejam de acordo com as normas mencionadas e que sejam considerados como potencialmente publicáveis pela revista Avaliação Psicológica serão encaminhados para consultores *ad hoc*, especialistas na área e com titulação mínima de doutor. Esses consultores serão escolhidos pelo Editor entre pesquisadores de reconhecida competência na área.

A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores *ad hoc*, bem como a identidade dos consultores também não será informada aos autores dos manuscritos. Caso um consultor tenha qualquer impedimento de se manifestar sobre algum manuscrito, deverá retorná-lo, imediatamente, ao editor. Os manuscritos serão sempre examinados por dois revisores e caso haja discrepância entre as análises, um terceiro revisor será acionado para que elabore mais um parecer.

Após as análises, a Comissão Editorial rejeita, recomenda alterações ou aceita o manuscrito para publicação. Na ocasião, os autores receberão os pareceres emitidos a respeito de seu artigo, de responsabilidade do Editor e dos editores associados.

A recomendação para publicação associada a sugestões não implica, necessariamente, a aceitação do manuscrito. As sugestões visam, em geral, melhorar a clareza ou a precisão do texto. É importante que os autores entendam que solicitações de modificações em um artigo são comuns e rotineiras em periódicos de alta qualidade.

As sugestões dos consultores têm por objetivo melhorar o trabalho para atender às exigências da comunidade científica e da revista e não devem ser consideradas como críticas pessoais. Os autores de manuscritos recomendados para publicação, mas sujeitos a

modificações, deverão reformular seu trabalho, visando a alcançar a aceitação final. Devem, ainda, destacar no texto, com cor de fonte vermelha, as modificações feitas. Todos os manuscritos reformulados devem seguir acompanhados de carta comentando as modificações ou justificando as que por ventura não forem acatadas.

A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre da equipe editorial, que apreciará o parecer do revisor e notificará os autores, o mais rapidamente possível, sobre sua decisão, indicando no caso de aprovação a data prevista, o volume e o número da revista no qual o artigo será publicado.

Durante o processo de editoração gráfica da revista, a equipe editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores, para dar agilidade ao processo de publicação. Antes de enviar o manuscrito para impressão final, será enviada uma prova em PDF para a última revisão dos autores. Caso os autores não a devolvam, indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

### Direitos autorais

A Revista Avaliação Psicológica possui os direitos autorais de todos os artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos da Revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, resumen, mais de 500 palavras de texto, Tabelas, Figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do Editor e dos autores. Os autores concordam com a divulgação do resumo, abstract ou resumen por serviços de indexação e similares, a critério da Revista.

### Reprodução de outras publicações

Citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais Figuras, Tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução especificada em Avaliação Psicológica. A permissão deve ser

endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância.

### Roteiro de apresentação formal do manuscrito

Os manuscritos de relatos de pesquisa, teóricos ou de revisão devem ter no mínimo 18 e no máximo 25 páginas, em espaço duplo, com fonte Times New Roman 12, incluindo folhas de rosto, Figuras, Tabelas e Referências. Notas técnicas devem ter no mínimo 5 e no máximo 8 páginas, assim como as resenhas. O manuscrito deve ser enviado em único arquivo em Word.

### Partes do manuscrito

#### **1 Folha de Rosto Identificada**

Título em Português, em Inglês e em Espanhol (máximo de 12 palavras). O título deve ser pertinente, claro e pode ser criativo. Deve informar ao leitor o objetivo do artigo. Não deve incluir nomes de cidades, países, ou outras informações geográficas.

Título abreviado na língua principal do manuscrito (máximo 8 palavras).

Nome de cada um dos autores.

Afiliação institucional de cada um dos autores (incluir apenas o nome da universidade e a cidade).

Nota de rodapé com endereço completo de um dos autores para correspondência com o editor (incluir CEP, fone e e-mail).

Nota de rodapé com agradecimentos dos autores e informação sobre apoio institucional ao projeto e/ou financiamento.

**ATENÇÃO:** Como a revisão dos manuscritos é às cegas quanto à identidade dos autores, a Folha de Rosto Identificada deve ser a única página do manuscrito com o nome e os endereços dos autores. É

responsabilidade dos autores verificar que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do artigo. A Folha de Rosto Identificada, obviamente, não será encaminhada aos Consultores ad hoc. Avaliação Psicológica não se responsabiliza por procedimentos dos autores que não respeitem essa norma.

## **2 Folha de Rosto sem Identificação**

Título completo em Português, em Inglês e em Espanhol.

Título abreviado na língua principal do manuscrito.

## **3 Resumo**

Resumo em Português, com 100 a 150 palavras. No caso de relatos de pesquisas, o resumo deve apresentar brevemente os objetivos, método, resultados e discussão do estudo. O resumo não precisa, necessariamente, incluir informações sobre a literatura da área e não devem ser incluídas referências. O objetivo deve ser claro, informando, se apropriado, qual o problema e as hipóteses do estudo. Apenas os resultados mais importantes e que respondem aos objetivos da pesquisa devem ser mencionados no resumo.

Palavras-chave em português (no mínimo 3 e no máximo 5, em letras minúsculas e separadas com ponto e vírgula). Para utilizar descritores mais adequados, consulte o Thesaurus da APA, facilitando assim a futura indexação de seu trabalho.

*Abstract* em Inglês e *Resumen* em Espanhol, que devem ser mais do que a tradução do Resumo. Avaliação Psicológica tem como procedimento padrão fazer a revisão final de *Abstract* e *Resumen*, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. No entanto, recomenda que os autores solicitem a um colega bilíngue que revise tanto o *Abstract* quanto o *Resumen*, antes de submeterem o manuscrito. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois será disponibilizado em todos os indexadores da revista.

*Keywords* (tradução das palavras-chave em inglês);

*Palabras clave* (tradução das palavras-chave em espanhol).

## **4 Corpo do Texto**

Essa parte do manuscrito deve começar em uma nova página. Não é necessário colocar o título do manuscrito nessa página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em

branco. Quando o manuscrito for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar as páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Esses subtítulos devem aparecer centrados no texto, com apenas a primeira letra escrita em maiúscula, antecidos e seguidos por uma linha em branco.

As palavras Figuras e Tabelas, que aparecerem no texto, devem, sempre, ser escritas com a primeira letra maiúscula e devem vir acompanhadas do número respectivo ao qual se referem. Expressões como "a Tabela acima"; ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas porque, no processo de editoração, sua localização pode ser alterada. As Normas não incluem a denominação Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras. Os manuscritos nas demais categorias editoriais deverão apresentar títulos e subtítulos de acordo com o caso.

Em caso de resenhas e notas técnicas, deve-se observar um máximo de 8 páginas, em espaço duplo, com fonte Times New Roman 12. O autor deverá atribuir um título próprio, diferente da obra apresentada no texto. Referências diferentes da própria obra apresentada, Tabelas e Figuras só serão aceitas se devidamente justificadas, sendo que cabe ao Editor aceitá-las ou não.

## **5 Lista de Referencias**

Inicie uma nova página para a seção de Referências. Utilize espaço duplo nessa seção e não deixe um espaço extra entre citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética, pelo sobrenome dos autores. Para referir múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica. Ao coincidir autor e data, utilizar a primeira letra do título para listar as referências em ordem alfabética. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Cada uma das Referências deve aparecer como um novo parágrafo, deixando cinco espaços da margem esquerda na primeira linha (use o tabulador). Revise as normas da revista antes de preparar suas referências para obedecer a todos os critérios. Não use o comando negrito nessa seção.

## **6 Apêndices**

Os apêndices devem ser apresentados em uma nova página, após as referências. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto, maiúsculas (A, B, C e assim por diante), e intitulados

adequadamente. Somente utilize apêndices se isto for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

## **7 Figuras e Tabelas**

Não produza Figuras gráficas com cores ou padrões rebuscados que possam ser confundidos entre si, quando da editoração da revista. Os títulos das Tabelas devem ser colocados no alto das mesmas e devem indicar seu conteúdo, em até 15 palavras.

Os títulos das Figuras devem ser apresentados abaixo das mesmas, sempre em letra minúscula. Lembre que as normas não incluem a denominação Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras. Nas tabelas e no texto, ao informar resultados e análises, evite o uso de mais de duas casas decimais. Lembre-se que o uso de tabelas e figuras deve ser restrito ao estritamente necessário.

## **8 Notas sobre os Autores**

Incluir uma breve descrição sobre as atividades atuais dos autores e sobre a sua formação.

### [Exemplos de citações no corpo de texto](#)

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas, certamente, não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª ed.) para verificar as normas exigidas para fazer referência a outros veículos de divulgação que não constam na lista abaixo.

#### Textos com Autoria Múltipla

- Dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido no texto, acompanhado da data do estudo entre parênteses.
- Três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência, seguidos da data do estudo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilize o sobrenome do primeiro autor seguido de "et al."; e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.
- Seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor,

seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

#### Citação de Obras Antigas e Reeditadas

Autor (data de publicação original/data de publicação consultada).

#### Citação Secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

## Modelos de referências

### **1 Artigos de periódico**

#### **1.1 - artigo impresso**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do artigo. *Título da revista, volume*(número), páginas inicial e final do artigo.

Carvalho, R. G. G. (2012). Pessoas versus coisas: sobre as diferenças de gênero nos interesses profissionais. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 13*, 173-182.

#### **1.2 - artigo eletrônico com DOI**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do artigo. *Título da revista, volume*(número), páginas inicial e final do artigo. doi: xxxxx

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review, 94*, 3–15. doi: 10.1037/0033-295X.94.1.3

#### **1.3 - artigo eletrônico sem DOI**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do

artigo. *Título da revista*, volume(número), páginas inicial e final do artigo. Recuperado de <http://xxx>

Shimada, M., & Melo-Silva, L. L. (2013). Interesses profissionais e papéis de gênero: Escolhas femininas no BBT-Br. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 243-251. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000200015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200015&lng=pt&tlng=pt)

#### **1.4 - artigo no prelo**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (no prelo). *Título do artigo. Título da revista.*

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia.*

#### **1.5 publicação eletrônica antecipada (ahead of print)**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano, dia e mês). *Título do artigo. Título da revista.* Publicação eletrônica antecipada. doi: xxx

King, N. C. de O., Lima, E. P. de, Costa, S. E. G. da (2014, 25 de fevereiro). Produtividade sistêmica: conceitos e aplicações. *Production Journal.* Publicação eletrônica antecipada. doi : 10.1590/S0103-65132013005000006

## **2 Livros**

### **2.1 – livro em formato impresso**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). *Título do livro.* Cidade, Estado ou País: Editora.

American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais.* 4ª edição (DSM IV). Porto Alegre: Artes Médicas.

### **2.2 livro impresso com autoria única**

Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basics Concepts, Applications, and Programming.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

### **2.3 – livro impresso com organizadores como autor**

Sabadini, A. A. Z. P., Sampaio, M. I. C., & Koller, S. H. (Orgs.). (2009). *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica*. São Paulo, SP: Associação dos Editores Científicos de Psicologia.

### **2.4 - capítulo de livro**

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (Ano). Título do capítulo. Em A. Editor & B. Editor (Eds.), *Título do livro*(pp. xx-xx). Cidade, Estado/País: Editora.

Costa, E. R.,& Boruchovitch, E. (2006). A Autoeficácia e a motivação para aprender: considerações para o desempenho escolar do aluno. EmR. G. Azzi & S. A. J. Polydoro (Eds.), *Autoeficácia em diferentes contextos*. (pp.87-109). São Paulo: Alínea.

### **2.5 - livro traduzido para o português**

Bardin, L. (1979). Análise de conteúdo (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original publicado em 1977)

## **3 – Trabalhos acadêmicos**

### **3.1 – formato impresso**

Autor, A. A. (Ano). *Título* (Tese de doutorado ou Dissertação de mestrado). Instituição, Local.

Lima, L. B. V. (2012). *Depressão infantil, compreensão de leitura e escrita:um estudo com crianças do ensino fundamental* (Dissertação de mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba S.P.

### **3.2 – formato eletrônico – disponível em sites institucionais**

Autor, A. A. (Ano). *Título* (Tese de doutorado ou Dissertação de mestrado, Instituição, Local). Recuperado de <http://www.xxx>

Lima, T. H. (2011). *Cloze e escala de avaliação de estratégias de aprendizagem: evidências de validade*(Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, S.P.) Recuperado de <http://www.usf.edu.br>

### **3.3 - trabalho apresentado em congresso, mas Não-Publicado**

Hutz, C. S. (2000, Agosto). Applying Psychological theory to develop effective community based interventions. Trabalho apresentado no Simpósio "Developmental Psychology in Brazil: Research Trends and Applications"; na XVI ISSBD Biennial Meeting. Beijing, China.

### **3.4 - trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais**

Custódio, E. M. (2000). Avaliação psicológica no contexto da saúde: perspectivas atuais. Em Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (Eds.), Anais, VIII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico (p. 170). Serra Negra, SP: ANPEPP.

### **3.5 - obra antiga e reeditada em data posterior**

Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)

## **4 – Podcast**

Autor, A., & Autor B. (ano, dia e mês). Título [Audio podcast]. Recuperado de <http://www.xxx>

## **5 - Web Site ou Homepage**

Para citar Web Site ou Homepage na íntegra, incluir o endereço dos mesmos no texto, de preferência entre vírgulas ou parênteses e em itálico. Não é necessário listá-lo nas Referências. Por exemplo: ([www.ibap.br](http://www.ibap.br)).

### [Declaração de éticas e boas práticas da publicação](#)

A revista Avaliação Psicológica está empenhada em manter os mais altos padrões de ética de publicação e toma todas as medidas possíveis contra quaisquer desvios no processo de publicação.

Assumimos que os princípios recomendados pelo *Committee on Publication Ethics*– COPE (<http://publicationethics.org/>) devem orientar os padrões de comportamento de todas as partes envolvidas no ato de publicação: o autor, os editores da revista e os membros do Conselho Editorial. Para os autores, além das condições incluídas no processo de submissão exige-se:

Questões éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade única dos autores

Todos os trabalhos resultantes de pesquisa ou relatos de experiências que envolveram sujeitos humanos terão sua publicação condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverão ser claramente descritos no último parágrafo da seção Metodologia do artigo. Deverão indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1975, revisada em 1983). Os trabalhos de autores brasileiros deverão, ainda, indicar respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97.

## **RESPONSABILIDADE DOS AUTORES**

Os autores de relatos de pesquisa original devem apresentar um relato preciso do trabalho realizado, bem como uma discussão objetiva de seu significado. Os artigos devem conter detalhes suficientes e as referências usadas, para permitir que o trabalho possa ser replicado. Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas são inaceitáveis e constituem comportamento antiético.

Os autores devem garantir que o trabalho é totalmente original e se forem usados trechos ou palavras de outros autores eles deverão ser devidamente citados. Todas as pessoas que fizeram contribuições significativas devem ser listadas como coautores. Deve ser garantido que todos os coautores estão incluídos no artigo, e que todos eles viram e aprovaram a versão final do artigo e concordaram com a submissão à revista para sua publicação.

### **Erros significativos em trabalhos publicados**

Quando um autor descobre um erro significativo ou uma imprecisão em seu próprio trabalho publicado, é sua obrigação informar imediatamente ao editor da revista e cooperar com o editor para que seja feita retratação ou correção do artigo.

## **Outros procedimentos éticos da publicação:**

### **Jogo limpo**

O editor e os revisores avaliam os manuscritos por seu conteúdo intelectual, sem levar em conta raça, sexo, orientação sexual, crença religiosa, origem étnica, nacionalidade, ou o pensamento político dos autores.

### **Confidencialidade**

Quaisquer trabalhos recebidos para análise devem ser tratados como documentos confidenciais. Eles não devem ser mostrados ou discutidos com terceiros, exceto quando autorizado pelo editor da revista Avaliação Psicológica.

### **Padrões de objetividade**

Os pareceres dos revisores serão realizados objetivamente. Crítica pessoal ao autor é inadequada. Os árbitros devem expressar as suas opiniões de forma clara, com o apoio de argumentos.

### **Crédito às fontes**

Os revisores devem identificar qualquer trabalho relevante, já publicado, que não tenha sido citado pelos autores. Qualquer afirmação de que uma observação ou argumento já tenha sido publicado deve ser acompanhada pela citação correspondente. O revisor também deve chamar a atenção do editor para qualquer semelhança substancial ou sobreposição entre o manuscrito em questão e qualquer outro artigo publicado de que tenha conhecimento pessoal.

### **Desvios**

Quaisquer desvios das regras acima definidas devem ser informados diretamente para o editor, que está comprometido em fornecer resoluções rápidas para qualquer problema desse tipo.

### **Correções e Retratação**

Quando houver erros em artigos publicados decorrentes de problemas durante o processo editorial, haverá a publicação de uma correção ou errata de parte do trabalho. As correções aparecerão em

páginas numeradas e listadas no Sumário. Também, se for detectada falha relativa à honestidade ou integridade do trabalho, tanto submetido como publicado, é responsabilidade do editor levar a questão para ser acompanhada pela instituição onde o trabalho foi realizado ou pela agência financiadora. Após a decisão final, caso um artigo fraudulento tenha sido publicado, a revista publicará uma retratação. Como uma alternativa à retratação, o editor poderá publicar uma retificação espontânea ou uma nota de preocupação sobre aspectos da conduta ou integridade do trabalho.

### Antes de Enviar seu Manuscrito

Faça uma revisão cuidadosa do texto com relação ao Português e à digitação.

Solicite a um colega bilíngue que revise o Abstract e o Resumen.

Revise cuidadosamente o texto, no que diz respeito às normas de publicação da revista.

Solicite a um colega de área que faça uma apreciação prévia de seu manuscrito para garantir a qualidade e tornar o processo editorial mais ágil. Verifique, então, os itens seguintes.

### Endereço para Contato

Acácia Aparecida Angeli dos Santos  
Revista Avaliação Psicológica  
Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Universidade São Francisco  
Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Centro – 13251-900, Itatiba,  
SP.  
Fones: + 55 11 4534-8040  
E-mail: [revista@ibapnet.org.br](mailto:revista@ibapnet.org.br)