



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
JUREMA DE ANDRADE BRESSAN

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E DEPRESSÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Tubarão
2017

JUREMA DE ANDRADE BRESSAN

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E DEPRESSÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

LINHA DE PESQUISA: Investigação de agravos crônicos à saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador (a): Profa. Fabiana Schuelter Trevisol, Dra.

Tubarão

2017

Bressan, Jurema de Andrade, 1977-
B84 Avaliação da autoestima e depressão após cirurgia bariátrica
/ Jurema de Andrade Bressan ; -- 2017.
79 f. : il. color. ; 30 cm

Orientadora : Fabiana Schuelter Trevisol.
Dissertação (mestrado)--Universidade do Sul de Santa
Catarina, Tubarão, 2017.
Inclui bibliografias.

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Autoestima. 4.
Depressão Mental. I. Trevisol, Fabiana Schuelter. II.
Universidade do Sul de Santa Catarina - Mestrado em Ciências
da Saúde. III. Título.

CDD (21. ed.) 616.398

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária da Unisul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

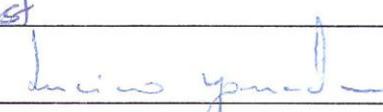
Título da Dissertação

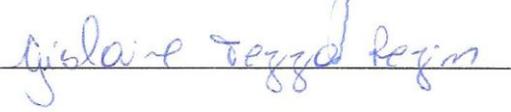
Avaliação da autoestima e depressão após cirurgia bariátrica

JUREMA DE ANDRADE BRESSAN
AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 13 de dezembro de 2017.

Doutora Fabiana Schuelter Trevisol (orientador) _____ 

Doutor Luciano Kurtz Jornada (avaliador externo-Unesc) _____ 

Doutora Gislaine Tezza Rezin (avaliador interno) _____ 



Professor Doutor Jefferson Traebert

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNISUL

Dedicatória

Dedico esse trabalho a todos que assim como eu pensaram em desistir...eu do mestrado, tantos outros de seus sonhos... do seu eu, mas como afirmou Cora Coralina, “desistir...eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem (...) mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

AGRADECIMENTOS

Inicio agradecendo a todos aqueles que confiaram em mim, desde sempre. Em especial meus **pais** pela educação e estímulo ao estudo. Minha **mãe amada** que certo dia me fez ver em uma conversa com mistura de estímulos e broncas que era possível fazer mestrado.

Minha irmã querida **Elivete**, exemplo de dedicação á vida acadêmica. Através do seu amor de irmã e apoio agradeço a Deus e aos nossos pais por todos e tantos irmãos e assim agradeço nossa família fonte de amor.

Meu esposo **Mario**, meu grande bem que me faz tão bem e sempre me apoia e eleva. E a nossos filhos amados, **Matheus e Miguel**, vidas da minha vida que muitas vezes mesmo sem querer aceitavam a ausência e o não brincar com a mãe.

Meus **amigos** (as) desculpa pela falta. Agora os jantares e encontros retomarão.

À Prof.^a Dr.^a **Fabiana Schuelter Trevisol** minha orientadora e exemplo profissional, por não ter permitido que nos momentos de desânimo eu interrompesse o processo de aprendizado, pela confiança e estímulo. Você é uma das profissionais que me faz querer seguir como exemplo.

Aos **professores do PPGCS**, obrigada pelos ensinamentos. A **Silvane**, funcionária do Programa, obrigada pela disposição. A **Cyntia** minha colega de mestrado, nova e grande amiga apoiadora.

A **Milena**, funcionária do **Centro de Pesquisas Clinicas do Hospital** e aos responsáveis pelo mesmo, meu muito obrigado pelas dicas e suporte.

A equipe do **CUIDO**, em especial a psicóloga **Fernanda**, minha amiga de faculdade. Nosso encontro tantos anos depois foi de muita troca de aprendizado.

Aos **pacientes** pós - bariátrica, pois sem vocês não chegaria até aqui. Vocês foram muito além de responder minhas perguntas, vocês me deram a arte de interroga-los e de me interrogar o tempo todo. E como dizia Jean-Jaques Rousseau, isso não é tão fácil como se pensa. É mais uma arte de mestres do que de discípulos; é preciso ter aprendido muitas coisas para saber perguntar o que não se sabe.

Com todos vocês, divido a alegria desta experiência.

“Nunca tenha certeza de nada, porque a sabedoria começa com a dúvida”.
(Sigmund Freud)

RESUMO

Introdução: Após a cirurgia bariátrica há necessidade de mudanças nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais. O não acompanhamento psicológico pode influenciar na capacidade de adaptação à nova imagem corporal e estilo de vida, e resultar em baixa autoestima e sintomas depressivos.

Objetivo: Avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão em pacientes no pós-operatório.

Métodos: Estudo transversal. Foram incluídos pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica entre 2015 e 2016. Após aprovação do estudo, e por meio de contato telefônico, os participantes foram submetidos a entrevista individual. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, além de revisão do prontuário eletrônico. Os sintomas depressivos foram identificados pelo Inventário de Beck e a autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg.

Resultados: Participaram 71 pacientes (76,1% mulheres), com média de idade de $39,8 \pm 10,3$ anos. A maioria era casada (77,5%), com alta escolaridade (54,9%), presença de comorbidades (62,0%) e sintomas ansiosos (59,2%). Antes da cirurgia, 9,9% tinham sintomas depressivos e após esta frequência aumentou para 38%: 3,3% com sintomas depressivos graves, 8,3% moderado a grave, 26,7% de leve a moderado. Os sintomas ansiosos se associaram ao uso de antidepressivos ($p=0,003$) e menor tempo de pós-operatório ($p=0,013$). Quanto a autoestima, 98,4% apresentaram uma pontuação moderada. Houve redução significativa do peso e índice de massa corporal após a intervenção cirúrgica ($p<0,001$).

Conclusão: Os dados encontrados revelam que cirurgia bariátrica proporciona autoestima moderada e que sintomas depressivos podem surgir em decorrência da cirurgia.

Descritores: cirurgia bariátrica, autoestima, depressão.

ABSTRACT

Introduction: After bariatric surgery, social, behavioral, and eating habits must change. The lack of psychological monitoring may affect negatively the adaptation to the new body image and lifestyle, and result in low self-esteem and depressive symptoms.

Objective: To evaluate the effects of bariatric surgery on accepting a new body image and the processes of self-esteem and depression in postoperative patients.

Methods: This was a Cross-sectional study on patients who underwent bariatric surgery from 2015 to 2016 at a hospital in southern Brazil. After approval by the Ethics Committee, each consenting patient was interviewed by phone. Sociodemographic and clinical data were collected, and the electronic medical records were examined. Depressive symptoms were identified by using the Beck Inventory, and self-esteem was measured by the Rosenberg Self-Esteem Scale.

Results: Seventy-one patients (76.1% women) participated, with a mean age of 39.8 ± 10.3 years. The majority were married (77.5%), had a high education level (54.9%), presence of comorbidities (62.0%), and anxiety symptoms (59.2%). Before surgery, 9.9% had depressive symptoms, which increased to 38% after surgery, according to the following breakdown: 3.3% severe, 8.3% moderate to severe, and 26.7% mild to moderate. Anxiety symptoms were associated with the use of antidepressants ($p = 0.003$) and shorter postoperative time ($p = 0.013$). The majority (98.4%) presented a moderate self-esteem score. There was a significant reduction in body weight and body mass index after the bariatric surgery ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings revealed a moderate self-esteem and increased depressive symptoms as a result of bariatric surgery.

Keywords: bariatric surgery, self-esteem, depression.

LISTAS

Lista de abreviaturas

§ - Inciso

μ - Média

ACSC - Associação Congregação de Santa Catarina

Art – Artigo

BIG - Balão Intragástrico

BFP- Bateria Fatorial de Personalidade

CAGE - do inglês: *Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opener*

CB - Cirurgia Bariátrica

CCC - Corte da Circunferência da Cintura

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CPC - Centro de Pesquisas Clínicas

CPF - Córtex Pré-Frontal

CUIDO - Centro Unificado Interdisciplinar de Doenças da Obesidade

DEXA - Radioabsorciometria de Feixes Duplos

DP - Desvio Padrão

DR - Rafe Dorsal

DSM -V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental – V

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

IL10 - Interleucina 10

IL1β - Interleucina Beta 1

IL-6 - Interleucina 6

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg - Quilograma

LC - Locus Ceruleus

M1 - Macrófagos do tipo 1

M2 - Macrófagos do tipo 2

m² - Metro Quadrado

NAc - Núcleo Accumbens

NPY - Neuropeptide Y

OMS - Organização Mundial de Saúde
SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SBV - Substância Branca Vascular
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
TAB - Tecido adiposo branco
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TDM - Transtorno Depressivo Maior
TDs - Transtornos Depressivos
TGF β - Transformando o Fator de Crescimento Beta
TNF - Fator de Necrose Tumoral
TNF- α - Fator de necrose tumoral alfa (do inglês: *Tumor Necrosis Factor alpha*)
UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina
VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VTA - Área Tegmental Ventral
VTA NAc - Área Tegmental Ventral do Núcleo Accumbens

Lista de Quadros

Quadro 1 - Combinações do IMC e pontos de corte de circunferência da cintura para excesso de peso ou obesidade e associação com risco de doença.	18
Quadro 2 - Critérios de indicação para cirurgia bariátrica.	29
Quadro 3 - Contraindicações da CB.....	30
Quadro 4 - Técnicas Cirúrgicas da CB.....	30
Quadro 5 - Classificação da depressão.....	35
Quadro 6 - Descrição das variáveis em estudo.....	45

Lista de Figuras

Figura 1 – Adiposidade abdominal promove inflamação e estresse oxidativo.	22
Figura 2 - Balanço Energético e a Etiologia da Obesidade.	23
Figura 3 - Componentes do tecido adiposo.....	25
Figura 4 - Papel do sistema imunológico em tecido adiposo versus tecido adiposo no obeso.....	26
Figura 5 - Circuito Neuronal da Depressão.	37

Figura 6 - Fluxograma de seleção de pacientes para o estudo.....	48
Figura 7 - Avaliação da autoestima através da Escala de Rosenberg.	52
Figura 8 - Sintomas depressivos após a CB com base no Inventário de Beck.	52

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas do estudo (n=71).....	49
Tabela 2 - Dados clínicos e relativos ao estilo de vida entre os participantes do estudo (n=71).	50
Tabela 3 - Dados clínicos e hábitos de vida dos participantes do estudo comparando o período pré e pós-operatório (n=71).....	51
Tabela 4 - Associação entre a presença de sintomas depressivos com dados sociodemográficos e clínicos.....	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1.1 Obesidade	17
1.1.1.1 Conceito e Diagnóstico.....	17
1.1.1.2. Prevalência e impactos financeiros da obesidade.....	18
1.1.1.3. Etiologia da Obesidade	19
1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA (CB)	28
1.3 IMAGEM CORPORAL.....	32
1.3.1 Autoestima: obesidade e o culto a beleza	32
1.4 DEPRESSÃO	34
1.4.1 Depressão e obesidade	34
1.4.2 Depressão pós CB	39
2. OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GERAL.....	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3. MÉTODOS	42
3.1 TIPO DE ESTUDO	42
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA.....	42
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	43
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	43
3.5 COLETA DE DADOS	43
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	45
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
3.8. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
4. RESULTADOS	48
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÃO	61
6.1 PERSPECTIVAS FUTURAS	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE	71
APENDICE A - Questionário de identificação	71

APÊNDICE B - Hábitos de vida – consumo de álcool, cigarro e drogas	72
ANEXO.....	73
ANEXO A - Inventário de Beck	73
ANEXO B - Avaliação da Autoestima – Escala de Rosenberg	77
ANEXO C - Parecer Aprovação do Comitê de Ética	78

1. INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser conceituada de maneira simplificada, como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo levando a um comprometimento da saúde¹. É um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, considerando a sua alta prevalência e complicações, além do impacto social e econômico decorrentes da doença¹. A base etiológica da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo e perda energética negativa, resultando em ganho de peso². Geralmente sua ocorrência é multifatorial, havendo determinantes genéticos, ambientais, metabólicos e infecciosos relacionados³.

A prevalência da obesidade em nível mundial tem aumentado drasticamente nas últimas décadas, sendo tão elevada que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera esta doença a epidemia global do século XXI⁴. Em 2015, aproximadamente 1,6 bilhões de adultos tinham excesso de peso e pelo menos 400 milhões eram obesos. A OMS previu que se não houver intervenções eficazes no tratamento e prevenção de obesidade, em 2025, 50% da população mundial será obesa. Além disso, a obesidade não se encontra limitada aos adultos; a prevalência tem aumentado rapidamente entre crianças e adolescentes^{3,4}.

O impacto da obesidade no indivíduo pode ser quantificado pela influência na qualidade de vida, no recurso aos serviços de saúde, no absenteísmo escolar, na limitação nas atividades de vida diária, na prática de desporto e alterações nas relações interpessoais, marginalização, depressão e isolamento⁵. Por ser uma condição clínica crônica, de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve várias abordagens, tais como nutricional, medicamentosa e prática de exercícios físicos. No entanto, vários pacientes não respondem à essas manobras clínicas e terapêuticas, necessitando de uma intervenção cirúrgica⁶.

A cirurgia bariátrica (CB) é uma das alternativas mais procuradas pela sua eficácia e rapidez na solução da obesidade³. Também chamada de cirurgia da obesidade, a CB é um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade³. Apresenta-se como o método mais eficaz para a obtenção de resultados satisfatórios em termos de perda de peso, melhoria das comorbidades e aumento da

sobrevida, estando indicada para doentes com obesidade mórbida com Índice de massa corporal (IMC) $> 40 \text{ kg/m}^2$ ou IMC superior a 35 kg/m^2 se o indivíduo apresentar comorbidades associadas³.

A CB pode proporcionar, também, melhoria geral na qualidade de vida dos pacientes submetidos a este procedimento. Contudo, os resultados obtidos após este tipo de intervenção não são uniformes, existindo casos em que a perda de peso é insatisfatória⁷. A insatisfação, antes gerada pelo excesso de gordura, agora pode ser substituída pela sua falta⁸. Tal situação pode levar a baixa autoestima em relação à imagem corporal adquirida, atribuída aos resultados provenientes da perda ponderal acelerada, a qual confere ao corpo grandes excessos de pele na forma de flacidez localizada⁹.

O indivíduo pode experimentar em maior ou menor grau sentimentos de medo, estresse, ansiedade ou depressão em decorrência da expectativa do contato com o novo, o novo corpo pós-cirúrgico¹⁰. Nesse sentido, o estado emocional do indivíduo é, antes de tudo, uma trajetória de perdas que vai além da perda do IMC¹⁰. O resultado da CB influencia no reconhecimento da identidade corporal e nos processos de autoestima e depressão, pois a autoestima pode influenciar diretamente no bem-estar e autoconceito, conseqüentemente, pode ser também um desencadeador de depressão por demonstrar o quanto o sujeito está satisfeito ou não com sua vida e satisfeito ou não com seu corpo^{7,8}. É justamente esse vazio que poderá ser um possível causador da depressão¹¹.

Portanto, a pergunta de pesquisa se refere à quais as influências da CB no reconhecimento da identidade corporal e nos processos de autoestima e depressão nos pacientes durante o período pós-operatório. Desse modo, surgirão reflexões que tenham o potencial de mobilizar novas interlocuções entre profissionais e pacientes em busca da prevenção a depressão no pós-cirúrgico.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Obesidade

1.1.1.1 Conceito e Diagnóstico

A obesidade é uma doença universal de proporções epidêmicas e que está aumentando em incidência e prevalência. É um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna pelas comorbidades associadas que afetam a qualidade de vida de forma significativa¹². Pode ser classificada como o acúmulo de tecido adiposo, localizado em todo o corpo, causado por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais. É uma condição caracterizada pelo peso acima de valores considerados adequados e constitui um fator de risco responsável pela mortalidade precoce e pelo desenvolvimento de várias doenças. O aumento de tecido adiposo na região abdominal, chamado de obesidade abdominal ou androide, é considerado um fator etiológico para muitas doenças não transmissíveis, representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição de gordura corporal¹³.

Por ser a obesidade uma condição complexa com sérias dimensões sociais e psicológicas, que afeta todas as idades e grupos socioeconômicos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, destaca-se na literatura alguns critérios para classificação da obesidade¹⁴. Entre esses estão: tomografia computadorizada, ressonância magnética e radioabsorciometria de feixes duplos (DEXA)¹⁴, medição da espessura das pregas cutâneas, bioimpedância, ultrassonografia, tomografia computadorizada, relação circunferência abdominal/quadril e medida da circunferência da cintura³.

Entretanto, em razão do alto custo desses equipamentos, da maior demanda de tempo e da necessidade de capacitação técnica, sua utilização em estudos populacionais é limitada. Nesse sentido, a simplicidade de utilização e a relativa facilidade de interpretação destacam-se os métodos antropométricos como bons instrumentos para avaliação do excesso de gordura corporal¹⁵. O IMC é um dos mais utilizados devido ao seu baixo custo e praticidade de execução. Seu cálculo é baseado na razão entre o peso corporal pela altura ao quadrado (Quadro 1)¹⁶.

Quadro 1 – Combinações do IMC e pontos de corte de circunferência da cintura para excesso de peso ou obesidade e associação com risco de doença.

Classificação	IMC	Risco de comorbidades	
		Circunferência da cintura Homem: < 102 cm Mulher: < 88 cm	Circunferência da cintura Homem: >102 cm Mulher: > 88 cm
Magno ou Baixo peso	< 18,5	-	-
Normal ou Eutrófico	18,5-24,9	-	-
Sobrepeso	25-29,9	Aumentado	Alto
Obeso grau I	30,0 – 34,9	Alto	Alto
Obeso grau II	35,0 – 39,9	Muito alto	Muito alto
Obeso grau III	≥ 40,0	Extremamente alto	Extremamente alto

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileira de Obesidade, 2016¹⁷.

A obesidade pode ser facilmente reconhecida, mas além da aparência física, o diagnóstico correto requer que sejam identificados os níveis de risco a saúde causados por ela¹⁴, pois a obesidade está associada a múltiplas condições médicas, aumento da mortalidade, aumento da depressão e diminuição da qualidade de vida¹⁸.

1.1.1.2. Prevalência e impactos financeiros da obesidade

Dados da OMS mostram que em 2014 havia 1,9 bilhões de adultos com sobrepeso em todo o mundo, e destes 600 milhões eram obesos⁴; sendo que, dentre os obesos, 17,3% eram homens e 22,7% eram mulheres obesas. A pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, divulgada em 2015, mostrou que mais da metade da população adulta 52,5% está acima do peso ideal, e que destes 17,9% são obesos¹⁹. No Brasil uma em cada cinco pessoas está acima do peso. A prevalência da doença passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016²⁰.

Além de ser considerada um problema de saúde pública²¹, a prevalência de obesidade e suas comorbidades, também afetam negativamente a economia

mundial²². Os gastos com as doenças relacionadas com a obesidade representam uma parte significativa do orçamento de vários países²³. Esse impacto financeiro pode ser medido de forma indireta, através das alterações na vida produtiva ou de forma direta pelos custos no tratamento da doença¹⁷.

1.1.1.3. Etiologia da Obesidade

Sabe-se que a obesidade não é um transtorno singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade¹². O seu desenvolvimento é o resultado de complexas interações, tais como, fatores genéticos, culturais, ambientais, socioeconômicos, endócrinos, fisiológicos e psicológicos³.

Quanto aos fatores genéticos, é altamente provável que a hereditariedade determina a obesidade. O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto que quando um dos genitores é obeso, eleva-se o risco a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos³. Os determinantes genéticos podem desempenhar um papel importante na patogênese da obesidade ou aumentar a susceptibilidade ao seu desenvolvimento²⁴. Clinicamente, é possível identificar alguns fatores indicadores de influências genéticas na obesidade, como o início precoce e marcante da obesidade na infância ou adolescência. O risco de desenvolvimento de obesidade é maior na presença de história familiar de obesidade mórbida, com IMC ≥ 40 kg/m², ou com níveis mais moderados de obesidade, IMC 30-40 kg/m²³. Outro fator genético que pode determinar a obesidade é a gestação. A manutenção de peso vem mostrando ligações entre o excesso de peso e obesidade pré-gravidez, o que faz evitar complicações na gestação e/ou no parto; evitando também o nascimento de filho obeso bem como evitando a obesidade da mãe após o nascimento²⁵.

Considera-se que os genes envolvidos no aumento do peso aumentam o risco ou a susceptibilidade de um indivíduo para o desenvolvimento de obesidade, quando expostos a um meio ambiente desfavorável²⁶. Os fatores genéticos parecem ter um papel fundamental na determinação da susceptibilidade individual para a obesidade, mas não explicam por si só o aumento da prevalência de obesidade. Os efeitos de um ou de múltiplos genes podem desempenhar um papel importante no aparecimento do excesso de peso e da obesidade, porém, estes não são os

principais responsáveis pelo aparecimento do excesso de peso ou da obesidade na maioria dos indivíduos³. As diferenças na relação de massa gorda e a sua distribuição corporal são devidas não somente à variação genética, mas também às experiências vividas no seu contexto familiar e ambiental²⁶. Além de fatores energéticos e da ingestão excessiva de alimentos, outros fatores, como traços de personalidade, depressão, efeitos colaterais de produtos farmacêuticos, dependência alimentar²⁷, fatores culturais e socioeconômicos, também podem contribuir para a ocorrência de obesidade²⁸.

Outro tipo de estudo que explica a etiologia da obesidade está relacionada com a privação do sono²⁹. A magnitude que o sono tem sobre os fatores psicológicos de bem-estar pessoal é semelhante aos efeitos da dieta e do exercício físico. Privação de sono tem graves efeitos negativos sobre a saúde geral de um indivíduo. No exame físico é preciso procurar sinais e sintomas que possam sugerir uma causa orgânica que gera insônia do paciente²⁹. A privação do sono está relacionada com a concentração plasmática de leptina, elevação da concentração plasmática de grelina e aumento na massa corporal³⁰. Estudo realizado por Spiegel, avaliou o padrão da secreção da leptina em pacientes em que houve uma diminuição do tempo de sono (4 horas) durante seis noites. Os resultados demonstraram que o sono desempenha importante papel nessa regulação, uma vez que os valores médios e máximos da leptina diminuíram (-19 e -26%, respectivamente) durante a restrição de sono, quando comparados com os valores encontrados em indivíduos dormindo normalmente (8 horas)³¹. Na redução de 8 para 5 horas no período do sono esta associada à diminuição de 15,5% nos níveis da leptina³⁰. Assim, a restrição do sono parece alterar a habilidade da leptina em desencadear um sinal no balanço energético, produzindo o sinal de saciedade quando as necessidades calóricas são alcançadas³¹. Nesse sentido, a diminuição do sono pode romper a regulação endócrina do balanço energético, promovendo aumento de peso corporal³².

A literatura indica a obesidade relacionada a falta de exercícios físicos. O aumento da capacidade aeróbica está associado inversamente ao acúmulo de gordura e a fatores de risco cardiovascular. De acordo com metanálise feita por Saavedra³³ a melhoria do condicionamento aeróbico desencadeia estímulos fisiológicos que potencializam a captação de oxigênio e o uso dos ácidos graxos como fonte de energia, o que reduz os depósitos de gordura corporal e diminui o

índice de obesidade³³. Estão comprovados os benefícios que o exercício físico promove para a saúde das pessoas, por atuar na melhoria da aptidão cardiorrespiratória, da composição corporal e do bem-estar psicossocial, entre outros. O exercício físico tem sido usado como importante ferramenta na prevenção e no tratamento da obesidade³⁴.

Algumas alterações endócrinas também podem conduzir à obesidade, como por exemplo, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso. Outros problemas dessa mesma origem incluem alterações no metabolismo de corticosteroides, hipogonadismo em homens e ovariectomia em mulheres, e a síndrome do ovário policístico, a qual pode estar relacionada a mudanças na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal³⁵. As várias fases da vida podem influenciar na questão do ganho de peso. Após a menopausa o ganho de peso está relacionado à idade e ao estilo de vida. Em relação à terapia de reposição hormonal, quando comparada ao placebo, não afeta o peso corporal, podendo até reduzir a gordura central³.

O uso de alguns fármacos também influencia na obesidade. Uma revisão sistemática com metanálise incluiu 257 estudos randomizados com 54 medicamentos diferentes e 84.696 doentes envolvidos geraram evidências sobre fármacos comumente utilizados e sua associação com alteração de peso. O ganho de peso ocorreu com o uso dos antidepressivos amitriptilina e mirtazapina; dos antipsicóticos atípicos olanzapina, quetiapina e risperidona, do anticonvulsivante e estabilizador do humor gabapentina; e com as drogas hipoglicemiantes tolbutamida, pioglitazona, glimepirida, gliclazida, glibenclamida, glipizida, sitagliptina, e nateglinida¹⁶.

Observa-se ganho de peso em pessoas em uso de corticosteroides; de outros antipsicóticos atípicos como a clozapina; de antidepressivos como a imipramina e a paroxetina; de outros anticonvulsivantes e estabilizadores do humor, como o valproato de sódio e o carbonato de lítio; de insulina; de benzodiazepínicos como diazepam, alprazolam e flurazepam; e de anti-hipertensivos como beta, também parecem induzir ganho de peso, com bloqueadores¹⁶.

A função biológica do tecido adiposo atualmente é um dos principais focos das pesquisas em obesidade³⁶, em que diferentes respostas aos diversos tratamentos da obesidade podem estar relacionadas com as características

celulares do tecido adiposo³⁷. O tecido adiposo é um importante órgão endócrino capaz de modular processos metabólicos tanto localmente como em diversos outros tecidos, tendo papel modulador da obesidade, com função reguladora do processo inflamatório³⁸.

O tecido adiposo abdominal é metabolicamente mais ativo, contendo uma quantidade maior de macrófagos residentes em comparação com outros depósitos de gordura. A adiposidade abdominal promove inflamação e estresse oxidativo, que são precursores de várias complicações envolvendo componentes da taxa metabólica, resistência à insulina, hipertensão e hiperlipidemia, como explicado na Figura 1.

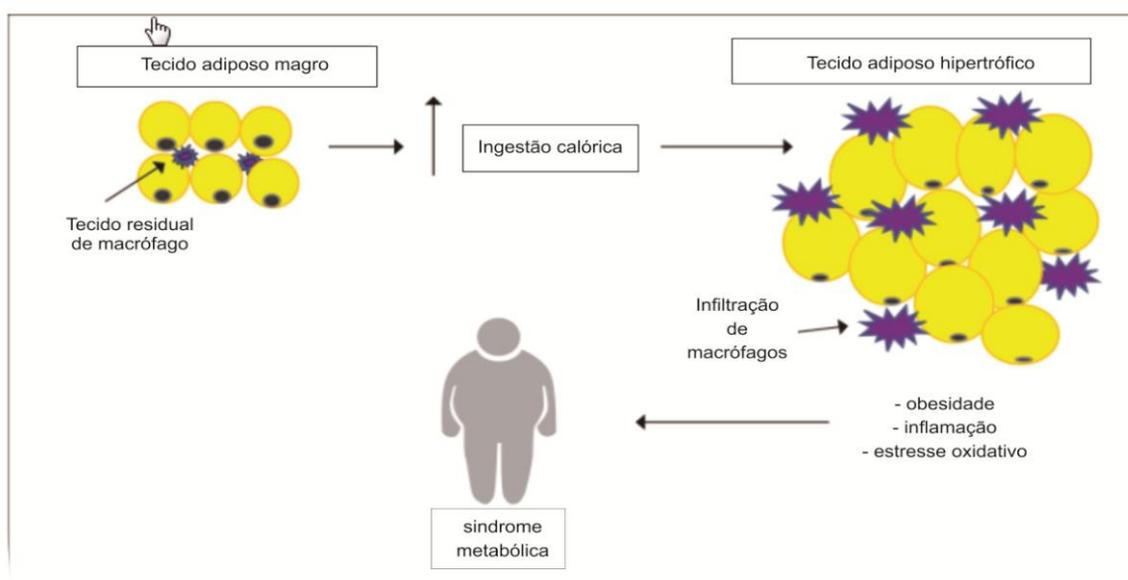


Figura 1 – Adiposidade abdominal promove inflamação e estresse oxidativo.

Fonte: Francisqueti, 2017³⁹.

A ingestão excessiva de calorias leva à hipertrofia do tecido adiposo e ao aumento da infiltração de macrófagos, condição que favorece a inflamação e situações de estresse oxidativo: um precursor da síndrome metabólica. Os componentes da síndrome metabólica estão intimamente relacionados com a obesidade. O aumento do tecido adiposo abdominal, o qual é metabolicamente mais ativo, contendo uma quantidade maior de macrófagos residentes em comparação com outros depósitos de gordura⁴⁰. Esse aumento favorece a inflamação e o estresse oxidativo, ambos precursores de diversas complicações, mas principalmente as envolvidas na síndrome metabólica, como resistência à insulina,

hipertensão arterial sistêmica e hiperlipidemia. Uma maneira de bloquear os efeitos do estresse oxidativo seria pelo sistema de defesa antioxidante, o qual anula os radicais livres em excesso³⁹.

A obesidade ou excesso de gordura corporal é um importante problema de saúde e um fator de risco para o desenvolvimento de numerosas doenças crônicas. Esse excesso que obtemos é consequência do nosso estilo de vida moderno e confortável. Nós comemos demais pela pouca energia que gastamos⁴¹.

A Figura 2 mostra o balanço energético e a etiologia da obesidade.

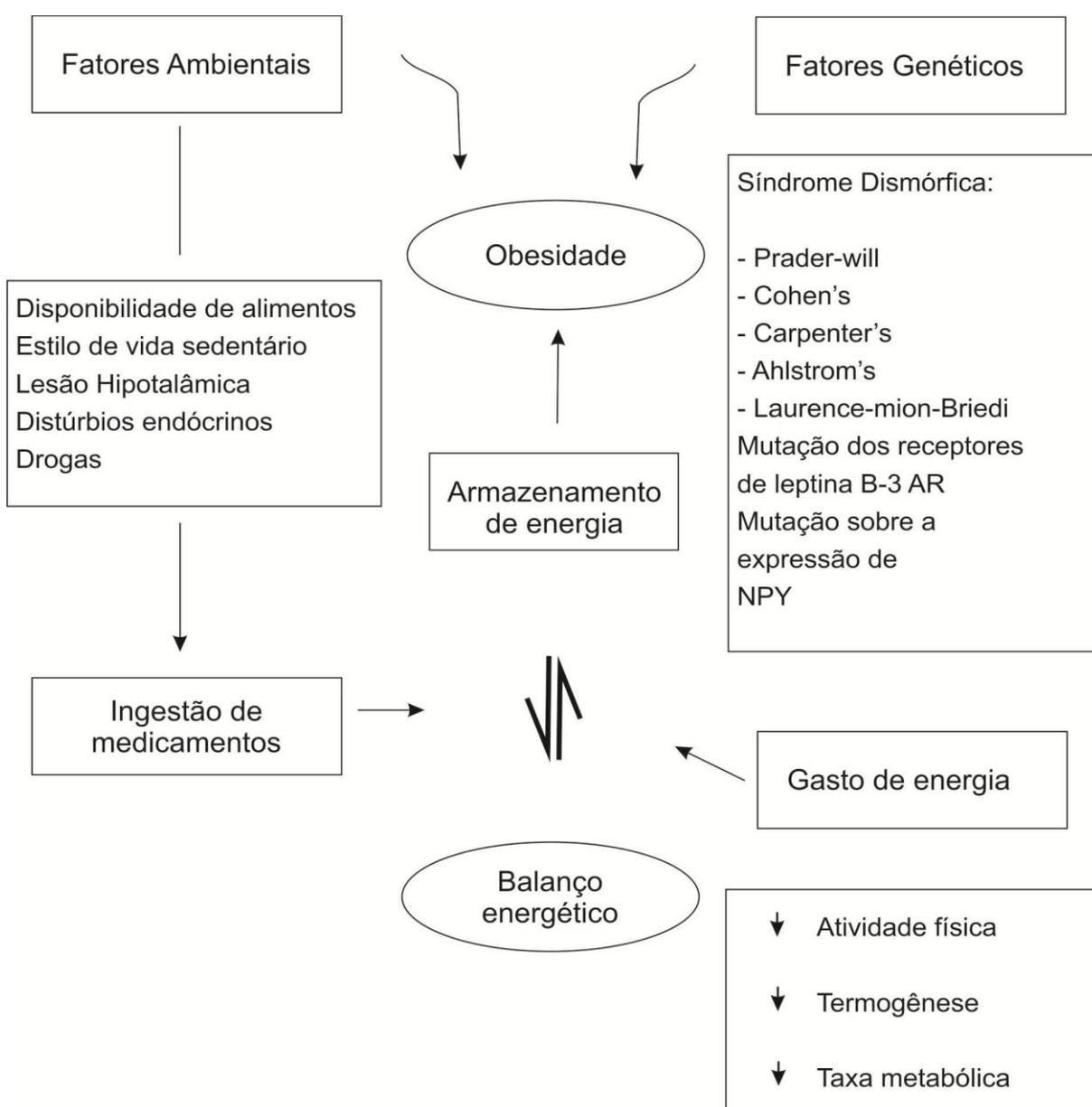


Figura 2 - Balanço Energético e a Etiologia da Obesidade.

Fonte: Panigrahi, 2009²⁴.

O equilíbrio energético é determinado pela interação entre consumo de alimentos, gasto de energia e armazenamento de energia. As reduções da atividade física, da taxa metabólica e da termogênese, eventualmente, diminuem o gasto energético, levando ao aumento do armazenamento de energia e à obesidade. A disponibilidade de alimentos palatáveis, bem como lesões hipotalâmicas e diferentes drogas estimulam a ingestão de alimentos. Uma lista crescente de fatores genéticos, incluindo síndromes dismórficas, mutação de leptina / receptor e sobre expressão de Neuropeptide Y (NPY) que contribuem para o desenvolvimento da obesidade²⁴.

Uma das mais importantes descobertas das pesquisas recentes em relação a etiologia da obesidade é que ela é caracterizada por uma inflamação crônica, e dentre todas as adipocinas, a interleucina-6 (IL-6), o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), a leptina (pró-inflamatórias) e a adiponectina (anti-inflamatória) vêm recebendo atenção especial como causadoras da obesidade⁴². As adipocinas mais conhecidas e estudadas no ambiente científico são a leptina, adiponectina e resistina⁴³. O hormônio leptínico se caracteriza pela leptina, que é uma citocina produzida especificamente e secretada pelo tecido adiposo branco (TAB), tendo um papel fundamental na regulação da ingestão de alimentos e do balanço energético⁴⁴. A quantidade de tecido adiposo é regulada através de sinais neuronais transmitidos para o cérebro. Quando ocorre uma falha nessa regulação ocorre a obesidade⁴⁵.

Na fisiopatologia da obesidade, o cérebro, principalmente o hipotálamo, responde aos sinais endócrinos, metabólicos, incluindo os nutrientes propriamente ditos, a liberação pancreática de insulina e a secreção de leptina pelo tecido adiposo. Tanto a insulina como a leptina possuem importantes efeitos supressores do apetite, mediados pela sinalização hipotalâmica⁴⁶. O hipotálamo, desempenha papel central no controle do balanço energético⁴⁷.

A Figura 3 apresenta as células que contribuem para o funcionamento e desenvolvimento do tecido adiposo.

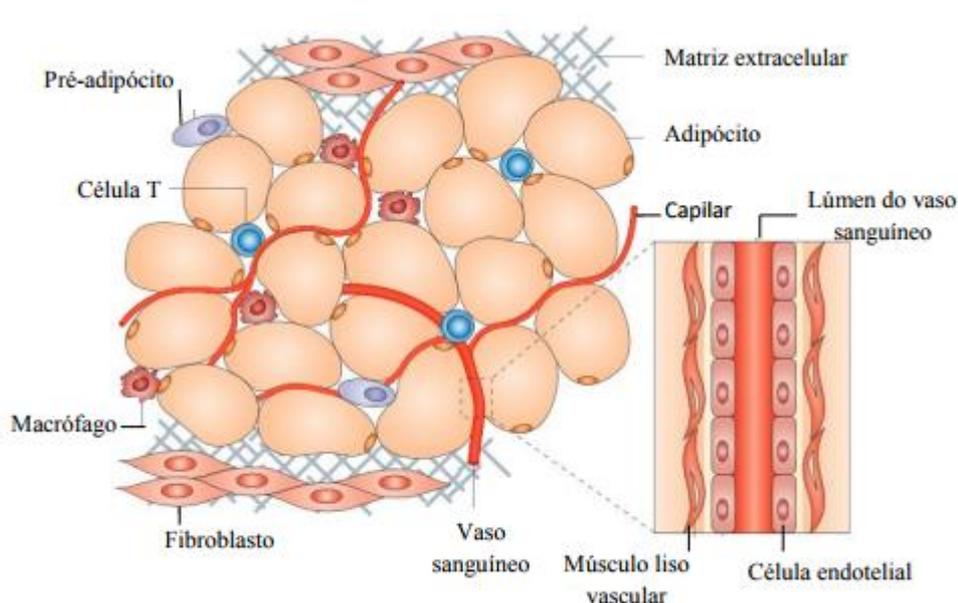


Figura 3 - Componentes do tecido adiposo.

Fonte: Ouchi, 2011⁴⁸.

Os adipócitos são os principais componentes do tecido adiposo, e são cruciais para o armazenamento de energia e atividade endócrina. Os outros tipos de células que estão presentes são células precursoras (incluindo pré-adipócitos), fibroblastos, células vasculares e células imunes, e essas células constituem a fração vascular estromal do tecido adiposo⁴⁸. O tecido adiposo é conhecido por possuir várias funções, entre elas o armazenamento de energia, regulação hormonal dos sistemas homeostáticos, termogênese e proteção de impacto contra as vísceras⁴³. As células vasculares incluem tanto células endoteliais como células musculares lisas vasculares, que estão associadas aos principais vasos sanguíneos. Os vasos sanguíneos em tecido adiposo são necessários para o fluxo adequado de nutrientes e oxigênio para adipócitos, e são as condutas que permitem a distribuição de adipocinas⁴⁸. As células vasculares são sensíveis às proteínas segregadas por tecido adiposo. Outros componentes do tecido adiposo ativos incluem macrófagos e células T, que têm papéis principais na determinação do estado imune do tecido adiposo. A matriz extracelular derivada de fibroblasto funciona para fornecer suporte mecânico e o excesso de matriz pode levar à disfunção do tecido adiposo. Os fatores que são segregados por esses diferentes componentes celulares são fundamentais para manter a homeostase no tecido adiposo e em todo o corpo⁴⁸.

Além disso, as células vasculares têm uma importante função endócrina, pois secreta uma variedade de proteínas sintetizadas e liberadas pelos adipócitos, denominadas adipocinas. Estas adipocinas têm diferentes funções, como: regulação de apetite e balanço energético, imunidade, sensibilidade à insulina, inflamação e resposta de fase aguda, pressão sanguínea e metabolismo de lipídeos⁴⁹.

A Figura 4 esclarece sobre o papel do sistema imunológico no tecido adiposo e no tecido adiposo do obeso.

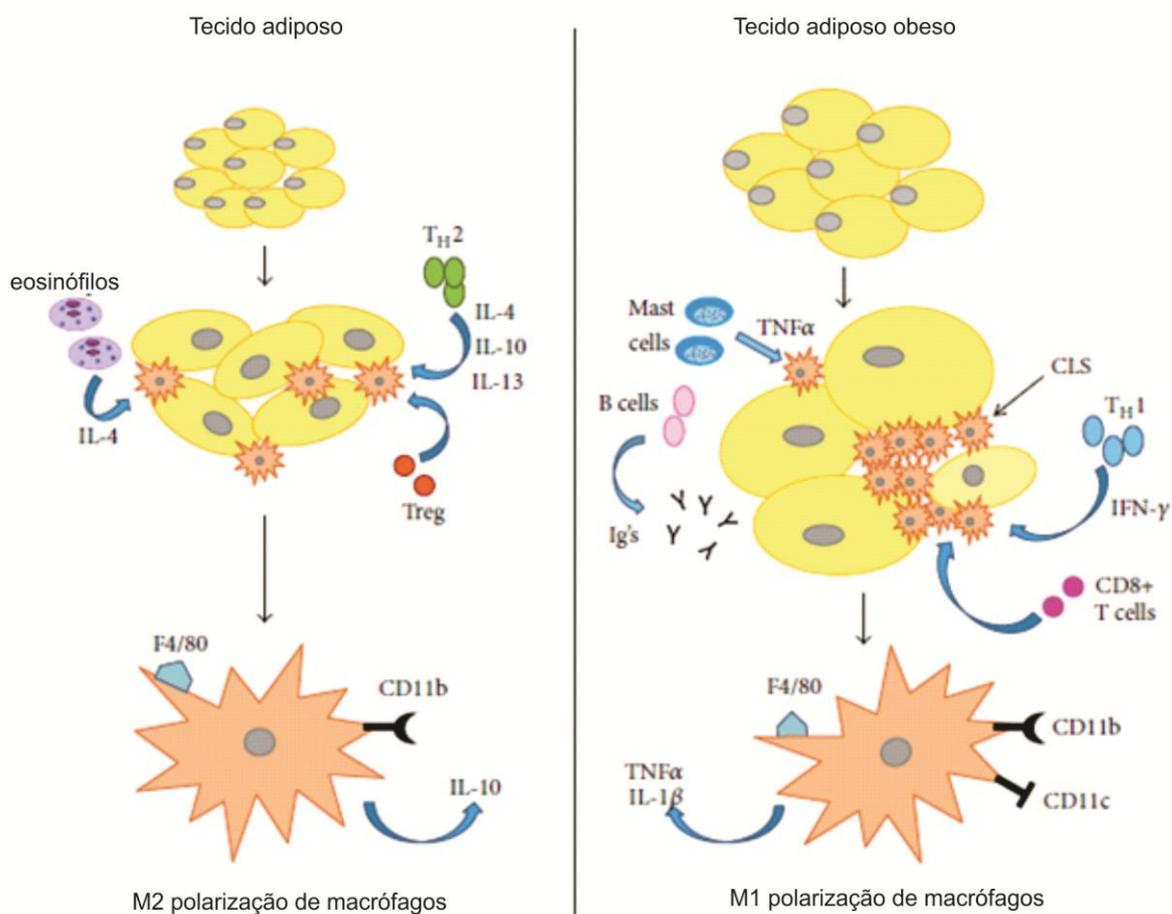


Figura 4 - Papel do sistema imunológico em tecido adiposo versus tecido adiposo no obeso.

Fonte: Payal, 2013⁴⁹.

O estado de inflamação crônica de baixo grau tipicamente associado à obesidade é caracterizado por infiltração de macrófagos no tecido adiposo que são classificados em dois principais tipos de acordo com marcadores de superfície e

perfil de citocinas secretadas. Macrófagos do tipo M1 (M1) ou classicamente ativados, têm perfil de citocinas pró-inflamatórias, como Fator de Necrose Tumoral (TNF), interleucina 6 (IL-6) e Interleucina beta 1 (IL1 β). Em contraste macrófagos do tipo M2 (M2), ou alternativamente ativados, expressam fatores anti-inflamatórios como interleucina (IL10), transformando o fator de crescimento beta (TGF β), dentre outras. A obesidade induz mudança de fenótipo de macrófagos M2 para M1, caracterizados por redução na produção de citocinas anti-inflamatórias e aumento nas pró-inflamatórias⁵⁰.

Portanto, a obesidade é um excesso de adiposidade que influencia na fisiopatologia do diabetes mellitus, resistência à insulina, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e aterosclerose, em grande parte devido à sua secreção de adipocinas excessivas. A obesidade é um contribuinte importante para a disfunção metabólica envolvendo lipídios e glicose, mas em uma escala mais ampla, ela influencia a disfunção orgânica envolvendo funções cardíacas, hepáticas, pulmonares, endócrinas e reprodutivas. A obesidade contribui para a disfunção imune dos efeitos de sua secreção de adipocinas inflamatórias e é um importante fator de risco para várias doenças⁵¹.

Os estudos ainda não deixam claro se as mudanças estruturais do cérebro precedem ou acompanham a obesidade. No entanto, as reduções de volume em áreas associadas com recompensa e controle podem ser consequentes a comprometimento da ativação funcional em relação à obesidade e podem ajudar a explicar o excesso fenotípico na obesidade²⁷. Nesse sentido, o tratamento da obesidade é muito difícil porque há variação do metabolismo basal em diferentes pessoas e na mesma pessoa em circunstâncias diferentes. Assim, com a mesma ingestão calórica, alguns podem engordar e outros não. Além disso, a atividade física de obesos é geralmente menor do que a de não obesos. Difícil é saber se a tendência ao sedentarismo é causa ou consequência da obesidade⁵². Embora a solução para a obesidade pareça ser tão simples quanto reduzir a ingestão de calorias (por exemplo, evitar alimentos com elevada densidade calórica) e aumentar o gasto energético (aumentando o nível de atividade física), isso não vem acontecendo, o que indica que a obesidade é um problema muito mais complexo do que a sabedoria prevalecente de baixa vontade⁵³. Na verdade, mesmo com tantos estudos, ainda não estão completamente claras as sofisticadas interações entre genética, fisiologia e comportamento cognitivo que regulam a homeostase

energética⁵³. Dessa forma, a obesidade está associada a uma constelação de patologias que, em conjunto, são definidas clinicamente como a síndrome metabólica⁵⁴.

O problema da obesidade é complexo e requer estratégias preventivas na tentativa de controlar e tratar essa doença e suas complicações²³. Como condição clínica crônica de etiologia multifatorial pode não gerar resultados satisfatórios no tratamento clínico e terapêutico que levam a necessidade de uma intervenção mais agressiva, como a cirúrgica⁶.

1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA (CB)

A CB tem sido o método mais utilizado no tratamento para solucionar a obesidade por sua eficácia na perda de peso, e na melhora de comorbidades e qualidade de vida. No entanto não fornece uma cura definitiva para a obesidade, e requer persistência em mudanças comportamentais e de estilo de vida após o procedimento⁵⁵. A CB surgiu em 1952 nos Estados Unidos, como uma proposta de tratamento cirúrgico a pessoas com obesidade grau III que não tinham efetividade aos tratamento clínicos e engordavam indefinidamente até falecerem em decorrência das comorbidades⁵⁶. No Brasil a CB começou a ser realizada em maior escala a partir do ano 2000, quando alguns planos de saúde privados e a rede pública passaram a assumir os custos do procedimento. Esse tratamento foi regulamentado no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001, cujo protocolo foi aperfeiçoado em 2005. Desde então, o usuário do SUS com obesidade mórbida e/ou com comorbidades passaram a realizar essa cirurgia em algumas instituições governamentais do país⁵⁷.

A cirurgia antiobesidade é um procedimento complexo e, assim como qualquer cirurgia de grande porte, apresenta risco de complicações. Portanto, o paciente precisa conhecer o procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia. Desta forma, além das orientações técnicas, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo⁵⁸.

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) apontam que em 2010 foram realizadas 64,4 mil CBs no país, o que representa uma alta de 275% em relação a 2003, ano em que os primeiros registros foram coletados, e de 33% em relação a 2009. Pelo SUS, o número de cirurgias aumentou 23,7%

entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 intervenções, mesmo com filas de espera de até oito anos. Em hospitais vinculados ao SUS, o número de cirurgias aumentou quase 800%, entre 2001 e 2010. No ano de 2015 foram realizadas 93.500 CBs. Em unidades particulares, o crescimento registrado na última década é menor, cerca de 300%. Os números fazem do Brasil o segundo colocado no *ranking* de CBs, atrás apenas dos Estados Unidos, com 300 mil procedimentos em 2010⁵⁹.

O protocolo 425 do SUS⁶⁰ esclarece sobre a idade para a realização de CB, em seu “Art. 8 § 1º determina a idade para o procedimento de CB. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore - Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas da área clínica e cirúrgica. Quanto à idade máxima para tal procedimento, fica determinado no § 2º que os adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento”⁶⁰. O Quadro 2 lista os critérios de indicação para realização da CB e o quadro 3 as contraindicações para a CB.

Quadro 2 - Critérios de indicação para cirurgia bariátrica.

Critérios de indicação para cirurgia bariátrica	Grau de recomendação e força de evidência
Adultos com IMC \geq 40 kg/m ² sem comorbidades associadas	(A)
Resistência aos tratamentos conservadores realizados regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física)	(A)
Motivação, aceitação e conhecimento sobre os riscos da cirurgia.	(A)
Ausência de contraindicações	(A)

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009³.

Quadro 3- Contraindicações da CB.

Contraindicações da cirurgia bariátrica	Grau de recomendação e força de evidência
Causas endócrinas tratáveis de obesidade	(D)
Doenças psiquiátricas graves, sem controle	(D)
Risco anestésico e cirúrgico classificado como ASA-IV	(D)
Pacientes com dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas com a cirurgia bariátrica.	(D)

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009³.

A CB evoluiu significativamente nos últimos 20 anos. As complicações diminuíram e os vazamentos e fístulas acontecem em menos de 0,5% dos casos⁵⁹. De acordo com a SBCBM, no Brasil são aprovadas quatro modalidades diferentes de CB e metabólica (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico)⁵⁹. As diferentes técnicas cirúrgicas estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Técnicas Cirúrgicas da CB.

(continua)

Tipo de cirurgia	Origem	Procedimento / função	Resultado
Bypass gástrico	É uma técnica cirúrgica mista por restringir o tamanho da cavidade gástrica e, conseqüentemente a quantidade de alimentos ingeridos, e por reduzir a superfície intestinal em contato com o alimento (disabsorção).	Caracteriza-se pela criação de uma pequena câmara ou bolsa gástrica junto à pequena curvatura e pela exclusão do restante do estômago, incluindo todo o fundo e o antro gástrico, o duodeno e a porção inicial do jejuno.	Como efeito principal, leva à saciedade mais precocemente, associada a efeitos causados pela reconstrução do trânsito em Y de Roux.
Restritiva banda gástrica ajustável	Criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa aproximadamente	Uma cinta é posicionada em volta do estômago, com uma porção interna de silicone que pode ser ajustada por meio	Perda do excesso de peso é de aproximadamente 50%. Taxa de

(conclusão)

	5% dos procedimentos realizados no país.	de injeções periódicas de soro fisiológico num portal suturado no subcutâneo, sobre a musculatura abdominal.	mortalidade de 0,1% e complicações de 3,2%.
Gastrectomia vertical (Sleeve)	É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início dos anos 2000.	O estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 ml. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão arterial sistêmicas e dislipidemias	Redução de 33 a 85% do excesso de peso. Taxa de mortalidade de 0,19% e complicações 0 a 15%. Perda de peso comparável à do <i>bypass</i> gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável
Balão intragástrico (BIG)	Trata-se de um procedimento endoscópico, e não de uma cirurgia propriamente dita	Pode ser utilizado como método auxiliar para perda de peso no pré-operatório. Só se pode utilizar o balão por até seis meses e, se houver necessidade de recolocá-lo, deve-se aguardar um intervalo de 30 dias.	Apesar de ser um procedimento de baixo risco, em geral cursa com reganho de peso após sua retirada

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica 2017⁵⁹.

A CB não garante resultados por si só, necessitando de uma série de intervenções que visam a mudança de hábitos e de estilo de vida. Para que isso ocorra, é necessário que haja um aporte de apoio terapêutico multiprofissional que acompanhe os pacientes antes e depois da intervenção clínica com objetivo comum de discutir e orientar todas as mudanças significativas de ordem psíquica e de hábitos diários⁶¹.

A depressão é uma das variáveis psicológicas que tem se destacado em relação à CB. Em muitos casos, o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos, tais como: depressão, ansiedade, alcoolismo e gastos excessivos,

dentre outras situações. A perturbação depressiva pré ou pós-cirurgia influencia consideravelmente na recuperação e nos resultados do tratamento cirúrgico, estando associada a preocupações com a aparência, baixa autoestima, episódios de ingestão alimentar compulsiva e com alterações de peso⁶².

1.3 IMAGEM CORPORAL

1.3.1 Autoestima: obesidade e o culto a beleza

A construção da imagem corporal se inicia nas primeiras experiências infantis, quando acontece o reconhecimento do outro e, conseqüentemente, do sujeito como distinto do mundo externo. Assim, o indivíduo assimila a sua imagem pelo processo de identificação com figuras representativas da família e esta vai se desenvolvendo e sofrendo constantes transformações, visto que ela reflete o percurso de uma história de vida, subjetiva, única e dinâmica. A infância e a adolescência são fases em que a aceitação e a valorização do esquema corporal dependerão em grande parte da aprovação do outro⁶³.

A autoestima interfere na saúde e na qualidade de vida das pessoas, pois sua ausência pode levar ao isolamento social e a doenças psicossomáticas e/ou psiquiátricas, como a depressão por causarem sentimentos de autodepreciação e baixa autoestima transmitida pela ênfase midiática e a relação estabelecida do obeso como pessoa não saudável^{8,9,64}. Os primeiros estudos sobre autoestima foram realizados por William James, psicólogo que estudava o quanto o organismo se utiliza das funções da mente para se adaptar ao meio ambiente⁶⁴. A subjetividade e tudo aquilo que definia o ser eram sinônimos de valor interior, da ética, da educação, dos bons costumes e, sobretudo, do nosso caráter^{13,65}. Com o avanço do capitalismo, da sociedade de consumo, do império da moda e da publicidade, da ascensão da cultura da imagem e do espetáculo, do ideal de beleza e bem-estar físico e corporal, a concepção de sujeito mudou. A pessoa passa a ser definida pela imagem, por aquilo que apresenta como valor estético e corporal, ou seja, ressaltamos nossa aparência em detrimento de nossa essência^{13,65}.

As atitudes, crenças e valores que integram a autoestima não são fáceis de medir, pois são propriedades intrínsecas ao ser humano, ou seja, referem-se às características psicológicas, muitas vezes, não passíveis de visualização. Por outro

lado, essas características não são estáveis. Podem sofrer variações durante a vida dos indivíduos, dependendo de seu grau de conhecimento, de sua compreensão dos fenômenos, de suas experiências e vivências prazerosas e/ou desagradáveis⁶⁶.

A autoestima é definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria⁶⁴. Sua carência fortemente evidenciada nos sujeitos obesos, é justificada pelo preconceito e pela discriminação existente na sociedade⁹. Imagem Corporal é um termo que vem sendo usado frequentemente e está vinculada a subjetividade de cada indivíduo⁶⁷. Em relação a construção da imagem corporal, há muito o que fazer, pois nesta perspectiva de construir um ser humano capaz de entender a relação saúde/doença, auxiliando cada pessoa no processo de conhecer-se e estruturar sua imagem corporal de acordo com sua imagem emocional⁶⁸.

Com base em estudo descritivo realizado, percebe-se que a redução de peso não garante uma imagem corporal "normal". A imagem corporal de pacientes obesos submetidos a CB pode ser prejudicada, pois é possível que haja insatisfação com seu físico⁹. Os pacientes sentem dificuldade em aceitar as mudanças do corpo, pelas crises de identidade, busca por novos relacionamentos, necessidade de reaprender a se alimentar, dificuldade em assumir um olhar "normal" sobre o corpo, de aceitar as mudanças do corpo, além de um permanente monitoramento da alimentação⁶⁹.

Esse mesmo autor acrescenta ainda que, as mudanças psicológicas ocorridas durante o tratamento da CB seguem fases, que é a perda excessiva de peso até o terceiro mês (período de lua de mel) após a cirurgia e é considerada a mais preocupante, pois o paciente entra em contato com o enfrentamento de sua nova realidade, percebendo conflitos antes não visualizados, e antes justificados pelo excesso de peso que os mascaravam⁶⁹. À medida que o paciente vai perdendo peso, ele percebe que nem todos os problemas podem ser resolvidos emagrecendo, que pode acarretar em sintomas depressivos^{70,68}. Segundo este autor, na fase seguinte (do sexto ao oitavo mês), o paciente já perdeu por volta de 30% do seu peso e passa a ser notado pela família e pela sociedade. É uma fase de grande euforia com a nova imagem. Na terceira etapa, quando os pacientes completam um ano de cirurgia, o peso já está estabilizado, mas algumas pessoas se sentem insatisfeitas por não terem alcançado certos objetivos, alheios à cirurgia, como

metas profissionais, relacionamentos amorosos, além de ainda não conseguirem ter uma imagem positiva do corpo⁶⁹.

A percepção de estarem sendo rejeitados gera estados de reclusão e, também, de relações pessoais conturbadas, o que provoca perdas afetivas significativas, e consequentes estados de tristeza, ansiedade e até de depressão⁹. A depressão é, portanto, uma inibição generalizada, ou seja, são as “limitações das funções do eu, são as fugas – por precaução ou por empobrecimento de energia”¹¹. Nesse momento, muitos pacientes procuram auxílio psicoterápico para reorganizar a vida e trabalhar alguns aspectos dessa nova identidade⁶⁹.

1.4 DEPRESSÃO

1.4.1 Depressão e obesidade

De acordo com OMS, até 2020 a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo. A pessoa com depressão deixa de produzir e tem a sua vida pessoal bastante prejudicada⁴. Aproximadamente 120 milhões de pessoas sofrem com a depressão no mundo. Estima-se que só no Brasil, são 17 milhões. E cerca de 850 mil pessoas morrem, por ano, em decorrência da doença⁴.

A depressão é um transtorno mental e esses são classificados como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental⁷⁰. Cerca de 40% dos custos na saúde pública são para consultas, exames laboratoriais e hospitalizações que chegam a ser de duas a quatro vezes maiores em pacientes com depressão. E 50% dos pacientes que buscam serviços primários de saúde por queixas físicas apresentam depressão. Entre os custos indiretos, a perda de produtividade e as faltas ao trabalho podem corresponder a 60% dos custos totais com a depressão⁷¹.

O transtorno depressivo maior (TDM) ou depressão é uma doença heterogênea caracterizada por baixo humor, perda de interesse e prazer em atividades normalmente agradáveis, perda de energia, dificuldades de pensamento e tomada de decisão, distúrbios do apetite e do sono, perturbações psicomotoras e ideação suicida. Podem estar presentes, também, diversos sintomas somáticos⁴.

A depressão ou TDM é uma das doenças médicas mais frequentes e acarreta importantes prejuízos pessoais, ocupacionais, econômicos e sociais, além de se relacionar à maior morbidade e mortalidade por outras doenças clínicas, se não tratada. Sua identificação precoce com tratamento adequado para remissão dos sintomas é fundamental⁷¹.

Os transtornos depressivos (TDs) estão classificados em diversas categorias que incluem o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado⁷⁰. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. Quanto aos graus de classificação, a depressão pode variar em gravidade, desde a depressão leve até a muito grave. Ocorre muitas vezes por episódios, mas pode ser recorrente ou crônica⁷⁰. O Quadro 5 explica os critérios de classificação da depressão de acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental - V (DSM-V) de 2014¹¹.

Quadro 5 - Classificação da depressão.

Divisão	Classificação dos sintomas
Depressão Leve	São poucos os sintomas presentes e necessários para fazer o diagnóstico. A intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional
Depressão Moderada	O número de sintomas, a intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para “leve” e/ou “grave”.
Depressão Grave	O número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa grave sofrimento e não é manejável, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento social e profissional

Fonte: DSM-V, 2014¹¹.

A depressão não tem uma causa clínica identificável, existem fatores que podem explicá-las, como os de ordem genética, fisiológicos, bioquímicos, morfológicos e ambientais⁷². Nas últimas décadas, foram vários os progressos nas pesquisas de neurociências para explicar a fisiopatologia da depressão, porém ainda não foi totalmente elucidada. São vários os mecanismos que incluem alterações serotoninérgicas, noradrenérgicas, dopaminérgicas e glutamatérgicas. No entanto, essas descobertas não estão presentes em todas os pacientes e os tratamentos que direcionam esses mecanismos diretamente foram parcialmente explorados. Os componentes da síndrome metabólica, tais como obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia podem levar à aterosclerose, e é provável que essas condições também podem causar ou exacerbar a depressão através da substância branca vascular (SBV)⁷³. Especialmente no circuito neuronal cortical-subcortical, pode contribuir para a fisiopatologia do TDM, além de fornecer novas evidências de que anormalidades microestruturais na matéria branca podem ocorrer precocemente durante a depressão⁷⁴.

O TDM é, portanto, uma doença com consequências neurobiológicas significativas que envolvem alterações estruturais, funcionais e moleculares em várias áreas do cérebro. O papel dos glicocorticoides, citosinas inflamatórias e fatores de crescimento derivados do cérebro são discutidos como mediadores dessas alterações patológicas⁷³.

Atualmente, o sistema monoaminérgico é considerado o principal sistema envolvido na neurobiologia da depressão e existem vários fármacos antidepressivos, cujo mecanismo de ação baseiam-se no aumento da serotonina na fenda sináptica⁷⁵. O sistema monoaminérgico se localiza em pequenos núcleos no tronco cerebral e mesencéfalo e se estende pelo córtex e sistema límbico. A noradrenalina, serotonina e dopamina atuam na regulação da atividade psicomotora, do apetite, do sono e, possivelmente, do humor^{75,76}.

Na hipótese monoaminérgica a noradrenalina tem também um papel fundamental, pois as projeções noradrenérgicas para a amígdala e o hipocampo estão implicadas na memória emocional e na sensibilização comportamental ao estresse. Como se sabe nos neurônios noradrenérgicos os corpos celulares se situam no locus ceruleus (LC) do tronco cerebral e são projetados para o hipotálamo, núcleos basais, sistema límbico e córtex cerebral. O padrão noradrenérgico de neurotransmissão pode estar associado a depressão por sua capacidade de iniciar e

manter a ativação límbica e cortical, assim como a modulação de outros sistemas⁷⁶. A Figura 5 explica o Circuito Neuronal da Depressão.

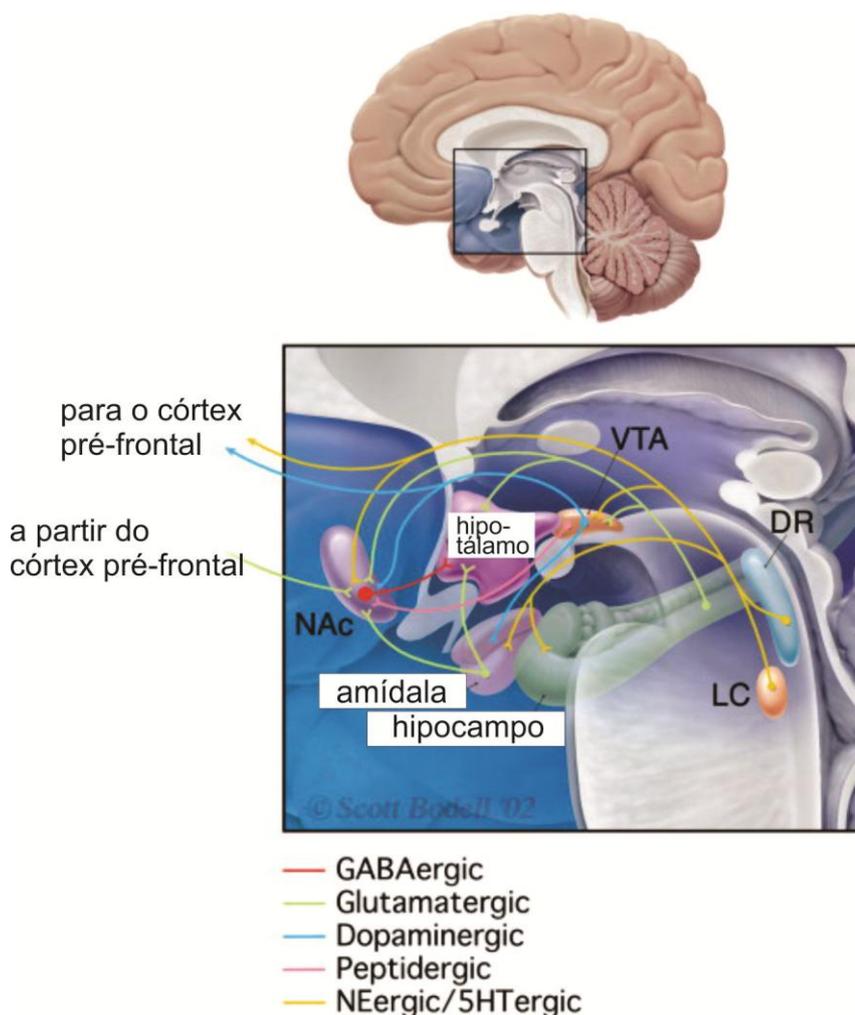


Figura 5 - Circuito Neuronal da Depressão.

Fonte: Nesteler, 2002⁷⁷.

A Figura 5 apresenta um resumo simplificado de uma série de circuitos neurais no cérebro que podem contribuir para sintomas depressivos. Embora a maioria das pesquisas no campo da depressão tenha se concentrado no hipocampo e no córtex frontal (por exemplo, córtex pré-frontal - CPF), existe a crescente percepção de que várias estruturas subcorticais envolvidas na recompensa, medo e motivação também estão envolvidas. Estes incluem o núcleo accumbens (NAc), amígdala e hipotálamo. A Figura 5 mostra apenas um subconjunto das muitas conexões conhecidas entre essas várias regiões cerebrais por neurônios monoaminérgicos. A área tegmental ventral (VTA) fornece entrada dopaminérgica ao

NAc, amígdala, CPF e outras estruturas límbicas. A norepinefrina do LC e a serotonina (do rafe dorsal [DR] e outros núcleos de rafe) inervam todas as regiões mostradas na figura. Além disso, existem fontes de conexões entre o hipotálamo e a via VTA-NAcnen⁷⁷.

A depressão é mais comum no gênero feminino do que no masculino, e por ser uma doença recorrente, a cada novo episódio a possibilidade de recorrências aumenta, o que reforça a importância da efetividade e da adesão aos tratamentos antidepressivos⁶⁶. Os obesos, especialmente as mulheres mais jovens com baixa autoestima estão em alto risco de depressão⁶². A preocupação com a imagem corporal gera insatisfação significativamente maior na população de obesos em comparação com indivíduos de peso normal, acarretando a depressão na obesidade⁶⁶. Os sintomas depressivos e a obesidade são altamente prevalentes nas configurações de cuidados primários e estão relacionados. A medida que o peso corporal aumenta, os indivíduos são mais propensos a apresentar sintomas depressivos⁷⁸.

O organismo humano é composto de diferentes interações entre o patrimônio genético (herdado de pais e familiares), o ambiente socioeconômico, cultural e educativo e o ambiente individual e familiar⁷⁹. A obesidade é o resultado de várias dessas interações, em que chama a atenção os aspectos genéticos, ambientais ou comportamentais. Atualmente, este último – o comportamental – parece ser o mais importante para o desenvolvimento dessa doença. Assim, a obesidade aparenta trazer repercussões não só de ordem clínica, mas também de aspecto psicológico, ainda que manifestações psíquicas possam ser consideradas causa ou efeito da obesidade⁷⁹. O estigma relacionado com o peso nas pessoas obesas conduz a uma menor satisfação com o seu corpo e forma, ficando com a autoestima diminuída, o que poderá estar associado ao aparecimento da sintomatologia depressiva⁸⁰.

A obesidade acarreta uma série de consequências psicológicas, acrescidas ao fato destes indivíduos estarem ainda sujeitos a grande discriminação, por parte da sociedade, apesar do aumento da consciência populacional relativamente à aceitação desta doença⁸¹. Os transtornos mentais depressivos estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes⁷⁰.

É interessante refletir o paralelo entre depressão e obesidade levando em consideração que os obesos podem possuir inúmeras maneiras de refletir sobre o

alimento⁷⁹. Entender a dinâmica de preenchimento a que os obesos estão ligados ou considerar se a ingestão de alimentos é forma de ficar constantemente preenchendo algo; ou se o comer está relacionado a preencher um “espaço vazio”; ou se é considerado uma forma de prazer⁴⁸.

1.4.2 Depressão pós CB

Quando se faz uma cirurgia para redução de estômago o indivíduo sai da condição de obeso e entra na categoria de eutrófico ou peso considerado normal ou saudável para a altura⁷⁹. Uma vez que comer constitui a principal fonte de prazer e se essa fonte é inibida, deixando uma lacuna, um vácuo, isso pode resultar em inexplicáveis transtornos, como a depressão e a ansiedade⁷⁹.

No processo de adaptação pós-cirurgia, ocorre a necessidade de mudança de rotinas, o que provoca algumas dificuldades nas relações sociais, em especial na família, principalmente em decorrência do assédio à comida e o conflito com suas limitações alimentares⁹. Esse processo exige dos indivíduos uma maior reflexão sobre si mesmo, o que provoca o emergir de diferentes significados ou o reforço de questões existenciais⁹.

Após emagrecer com a CB os pacientes podem desenvolver depressão, bulimia, anorexia, dependência ao álcool e outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo⁹. Um dos motivos seria porque a redução do estômago não permite que suas carências afetivas continuem a ser suplementadas nos alimentos, entre outras razões inconscientes que os levaram a engordar⁹. O alimento é transformado pelo sujeito no objeto que o liberta do sentimento da falta e do vazio, e, conseqüentemente, da frustração e de sua ansiedade⁷⁹.

Pode-se fazer um comparativo com o paciente pós CB com um dependente químico, pois assim como no drogadicto, há aqui uma tentativa psicossomática de superar algo que é de outra ordem, de ordem psíquica, pela utilização de um recurso a substâncias externas concretas que tem como função o bem estar emocional⁸. Ou seja, o conflito não é resolvido, mas se obtém certo alívio, mesmo que momentâneo. A comida pode assim representar, para alguns obesos, algo semelhante à droga para o drogadicto, tendo até o mesmo inconveniente do vício, ou seja, o de ser repetido sempre que houver a necessidade de aplacar o conflito. E esse não se resolve, visto que se trata de lidar com algo que é da ordem do psíquico e, portanto,

deveria ser acessado pela palavra e não sedado pela comida²⁸. É comum às pessoas procurarem novas alternativas para suprir as necessidades afetivas ou inconscientes que surgem após a CB⁸². Essa discussão é vista pela psicanálise como além do ponto de vista estético, físico ou patológico, mas, sim, aos aspectos simbólicos da obesidade e aos fatores psicoemocionais que a ela levam⁷⁹.

A depressão após CB ainda é um assunto complexo, pois alguns estudos apontam que os sintomas depressivos surgidos antes da cirurgia diminuem significativamente após a CB. Entretanto, em muitos casos, o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos⁶². A perturbação depressiva pré ou pós-cirúrgica influencia consideravelmente na recuperação e nos resultados do tratamento cirúrgico, estando associada a preocupações com a aparência, baixa autoestima, episódios de ingestão alimentar compulsiva e com alterações de peso⁶⁶. Conseqüentemente, a depressão não deve ser vista como uma única doença, mas uma síndrome heterogênea composta por numerosas doenças de causas distintas e fisiopatologias⁷⁷.

Após a CB há necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais, pois além da mudança de sua imagem corporal, surgem, muitas vezes, dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia. Assim, o paciente deve ser avaliado e acompanhado pela equipe multidisciplinar que estará envolvida no tratamento, em intervalos regulares, para monitorar o seu funcionamento psicológico⁶⁹.

Nesse sentido, com a hipótese de que a CB pode ser um desencadeador da depressão este estudo propôs avaliar a autoestima e depressão no período pós-operatório de pacientes submetidos a CB, com intuito de avaliar os efeitos da CB no reconhecimento da identidade corporal e nos processos de autoestima e depressão desses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos da CB no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão em pacientes pós-operatório.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à CB;
- Identificar os hábitos de vida com relação ao uso de álcool, cigarro, drogas e medicamentos antidepressivos nos entrevistados no pré e pós cirúrgico;
- Verificar através da Escala de Autoestima de Rosemberg, se após a CB o paciente tem identificação com seu corpo (imagem do corpo) reforçando sua autoestima e reconhecimento;
- Comparar a análise psicológica pré-operatória através de dados obtidos no prontuário eletrônico dos pacientes com os resultados do pós-operatório obtidos através do Inventário de Beck;
- Comparar os indivíduos com sinais e sintomas depressivos e de baixa autoestima em relação a dados sociodemográficos, perda ponderal percentual e técnica cirúrgica utilizada.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico com delineamento transversal.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) foi fundado em 8 de dezembro de 1904 e mantido pela Congregação das Irmãs da Divina Providência. No dia 1 de abril de 2015, o HNSC passou a ser administrado pela Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC) uma entidade sem fins lucrativos, com certificado de entidade beneficente de assistência social e prestação de serviços na área de saúde, com natureza jurídica e finalidades sociais congêneres às da Sociedade Divina Providência. É referência como Hospital Geral para a Região Sul do Estado de Santa Catarina.

No mês de agosto de 2016 completaram 10 anos de CB no referido hospital. A partir de 7 de maio de 2015 o setor responsável pelas CBs passou a ser considerado como Centro de Excelência em CB e Metabólica, realizando as cirurgias no Centro Unificado Interdisciplinar de Doenças da Obesidade – (CUIDO). Os profissionais envolvidos com o procedimento formam uma equipe multiprofissional de cirurgiões, clínicos, endocrinologistas, psiquiatra, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. A equipe acompanha desde as primeiras consultas, no pré-operatório e após a recuperação. O número de cirurgias até o ano de 2016 era de aproximadamente 1.200 pacientes oriundos de cidades do estado de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. São realizadas em média 12 cirurgias mês.

A instituição hospitalar está atualmente entre os 11 hospitais do Brasil a possuir a certificação como Centro de Excelência em CB e Metabólica e o único no Estado de Santa Catarina. Foram entrevistados pacientes submetidos à CB no HNSC de Tubarão com tempo pós-cirúrgico de 12 a 24 meses, realizados no ano de 2015 e 2016. Considerando a demanda de 12 pacientes mensais, a amostra foi estimada em aproximadamente 120 indivíduos, sendo a amostragem por conveniência, conforme a demanda do serviço.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, com idade de 18 anos a 65 anos, submetidos a CB entre 2015 e 2016 que aceitaram participar de estudo mediante anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE).

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos indivíduos impossibilitados de se deslocar ao local do estudo para coleta de dados ou aqueles não localizados após três tentativas.

3.5 COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer número 1.832.255 em 23 de novembro de 2016. (ANEXO C). Os pacientes foram contactados por telefone para agendamento da entrevista individual. As entrevistas foram realizadas no Centro de Pesquisas Clínicas (CPC) do HNSC. Após o consentimento dos pacientes com a anuência do TCLE, a entrevista individual e privativa foi realizada pela pesquisadora. O instrumento de coleta continha dados sociodemográficos e clínicos como a idade, gênero, escolaridade, situação conjugal, renda mensal e número de filhos. (Apêndice A). O peso antes/após a cirurgia, altura, bem como o uso de medicamentos antidepressivos antes da cirurgia foram relatados pelos entrevistados e confirmados pela consulta ao prontuário eletrônico do hospital, que contém as informações pré-cirúrgicas e de acompanhamento dos pacientes pela equipe multiprofissional. O parecer dos sintomas depressivos no pré-operatório foram obtidos através de Escalas de BFP- Bateria Fatorial de Personalidade e Escala de Compulsão Alimentar, realizados pela psicóloga do CUIDO e para essa pesquisa através do prontuário eletrônico do HNSC. Os medicamentos antidepressivos utilizados após a CB foram relatados pelo paciente. Os hábitos de vida como uso de álcool, cigarro, drogas também foram investigados (Apêndice B). Para coleta de dados foi utilizado o Inventário de Beck como instrumento de coleta

para análise dos sintomas depressivos (Anexo A) e a Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg para avaliação da autoestima (Anexo B).

A Escala de Beck é um questionário com 21 perguntas que permite verificar os sintomas e atitudes como: tristeza, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, fadiga, perda de apetite, preocupação somática e diminuição de libido. Embora não tenha finalidade diagnóstica, permite classificar com confiabilidade a sintomatologia depressiva, medindo não apenas a “psicopatologia geral”, mas também aspectos específicos de depressão⁸³. O critério de definição dos casos de pacientes com sintomas depressivos graves foram os pacientes que atingiram pontuação entre 30 e 63 pontos. Entre 19 e 29 pontos depressão moderada a grave, 10 e 18 pontos, caracterizando depressão leve a moderada e abaixo de 10 pontos significa sem depressão ou depressão leve⁸³.

A Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. As questões são organizadas em uma escala tipo Likert de quatro pontos variando entre discordo totalmente (1 ponto), discordo (2 pontos), concordo (3 pontos) e concordo totalmente (4 pontos). O resultado se dá pela soma de todos os itens. Neste estudo foi utilizada a versão adaptada para o português por Hutz (2011), cujos resultados iniciais já indicavam a unidimensionalidade do instrumento e características psicométricas equivalentes às encontradas por Rosenberg⁸⁴. Foram considerados pacientes com melhor autoestima os que atingiram na soma das respostas valor maior que 30 (trinta), entre 10 e 29 pontos (dez e vinte e nove) média autoestima e como estado de pior autoestima os que atingiram pontuação de 0 a 9 pontos (zero a nove). A partir disso, os indivíduos foram classificados com alta, média e baixa autoestima de acordo com o resultado obtido na soma do questionário⁶⁴.

O CAGE (acrônimo de *Cut-Annoyed-Guilt-Eye-opener*) é um instrumento em forma de questionário que foi elaborado na década de 1970, com questões capazes de rastrear o uso e abuso de álcool. As quatro perguntas, permitem respostas monossilábicas (sim/não) e uma pontuação clara e objetiva. Sem a pretensão de inferir no diagnóstico, o CAGE possibilita indicar a probabilidade de uso e abuso de álcool em um dado segmento ou grupo social, podendo ser usado no dia a dia de

qualquer profissional da área da saúde⁸⁵. No Brasil, a validação do CAGE foi feita por Masur e Monteiro em 1983 que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% nos resultados obtidos. Neste teste os pacientes devem responder afirmativa ou negativamente às quatro perguntas. Considera-se um resultado positivo para o mesmo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa⁸⁶. Quanto ao uso de cigarros, foram considerados tabagistas aqueles que relatarem o consumo de 100 cigarros ou mais na vida⁸⁷.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

O Quadro 6 apresenta as variáveis em estudo.

Quadro Quadro 6 - Descrição das variáveis em estudo.

(continua)

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Gênero	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino Feminino Em proporção
Idade	Independente	Quantitativa discreta	Em anos completos Média e desvio padrão
Peso	Independente	Quantitativa contínua	Em quilogramas Média e desvio padrão
Altura	Independente	Quantitativa contínua	Em metros e centímetros
IMC	Independente	Quantitativa contínua	Razão entre peso e altura ao quadrado
Escolaridade	Independente	Quantitativa discreta	Em anos completos de estudo Dicotomizada na mediana da distribuição
Situação conjugal	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Casado Solteiro Separado Viúvo Divorciado Amasiado Em proporção

(conclusão)

Renda mensal	Independente	Qualitativa ordinal	Um salário mínimo Entre dois e três salários mínimos Entre três e cinco salários mínimos Mais que cinco salários mínimos Em proporção
Paridade	Independente	Quantitativa discreta	Número de filhos Mediana
Uso de álcool	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção
Comorbidades	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção
Medicamentos antidepressivos	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção
Tabagismo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção
Tempo de pós-operatório	Independente	Quantitativa discreta	Em meses
Tipo de cirurgia	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Bypass Gastrico Banda Gastrica Ajustável Gastrectomia Vertical Duodenal Switch
Depressão	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção
Baixa autoestima	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim Não Em proporção

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos no programa EpiData versão 3.1 (EpiData Association, Odense, Denmark) e a análise estatística realizada no software SPSS v.21 (IBM, Armonk, New York, USA). As variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central e dispersão e as variáveis qualitativas expressas em números absolutos e proporções.

Para verificar a associação entre as variáveis de interesse foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas. No caso das

variáveis qualitativas foram comparadas a presença ou ausência de autoestima e depressão com relação ao gênero, escolaridade, relação conjugal, renda, tabagismo, alcoolismo e uso de antidepressivos. Para a comparação das variáveis categóricas comparando-se o antes e o depois da cirurgia bariátrica, utilizou-se o teste de McNemar.

Nas variáveis quantitativas verificou-se a normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizou-se o teste t pareado para a comparação entre peso e IMC antes e após a cirurgia bariátrica. Nos casos de distribuição não normal, como o tempo de pós-operatório, foi empregada a estatística não paramétrica com aplicação do teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparação das medianas. Nas variáveis quantitativas de distribuição normal utilizou-se o teste de t de Student na comparação entre médias. Adotou-se o nível de significância de 5%.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O protocolo de pesquisa foi submetido ao CEP da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) em respeito à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado com o número de Parecer: 1.832.255 (ANEXO D). Os pacientes incluídos no estudo foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, assim como do caráter voluntário da sua participação e assinaram o devido TCLE.

4. RESULTADOS

No período selecionado houve 230 CB. A Figura 6 ilustra o recrutamento e inclusão dos participantes neste estudo.

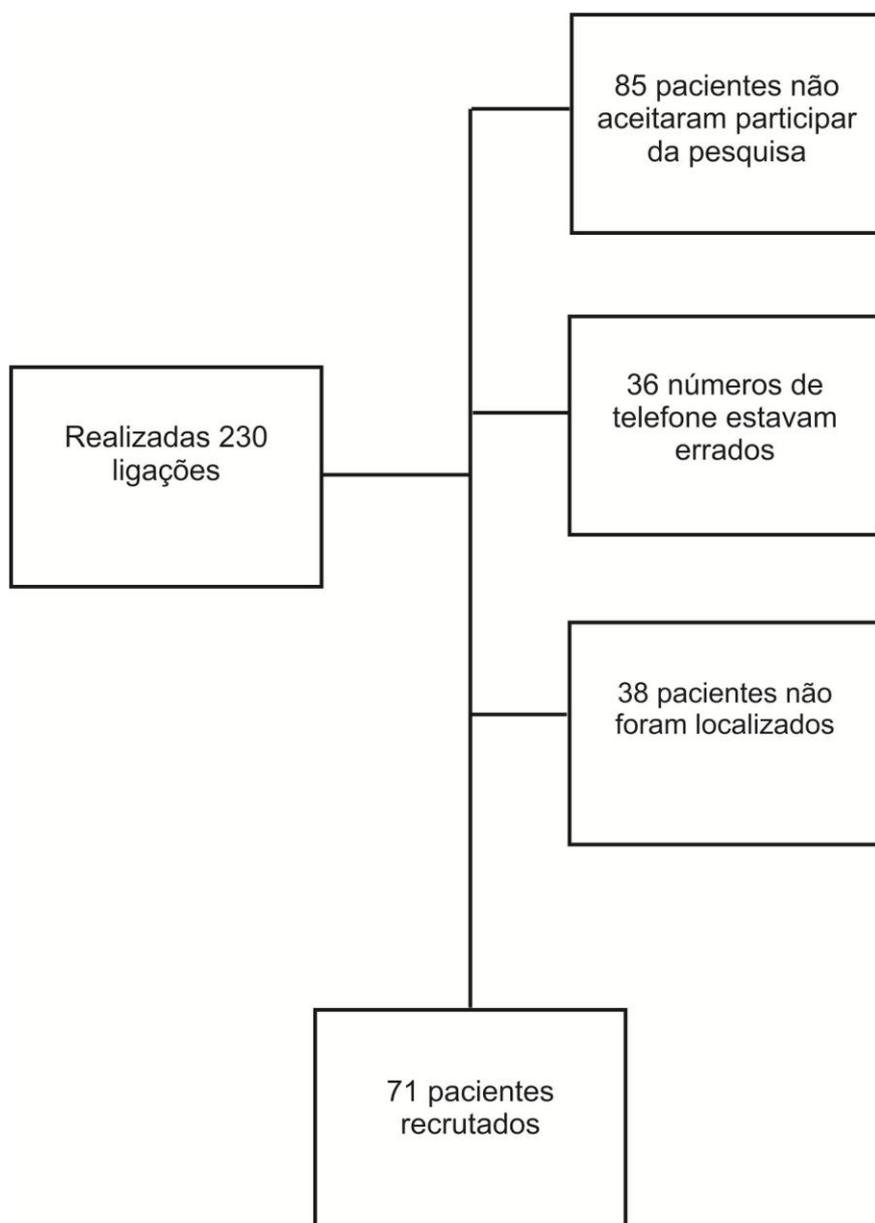


Figura 6 - Fluxograma de seleção de pacientes para o estudo.

Foram incluídos 71 pacientes com média de idade de $39,8 \pm 10,3$ anos, variando de 19 a 65 anos de idade. O tempo decorrido entre a cirurgia e a entrevista

foi de 17,1 meses. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 características sociodemográficas do estudo (n=71).

Características	n (%)
Idade em anos	
19-29	10 (14,1)
30-39	27 (38,0)
40-49	2 (32,4)
50-59	7 (9,9)
≥60	4 (5,6)
Sexo	
Masculino	17 (23,9)
Feminino	54 (76,1)
Estado civil	
Casado	55 (77,5)
Solteiro	11 (15,5)
Viúvo	1 (1,4)
Divorciado	4 (5,6)
Renda em salários mínimos	
1	7 (9,9)
2-3	31 (43,7)
4-5	20 (28,2)
>5	11 (15,5)
Não informado	2 (2,8)
Filhos	
Sim	54 (76,1)
Não	17 (23,9)
Escolaridade (em anos de estudo)	
0-11	32 (45,1)
>11	39 (54,9)

A Tabela 2 apresenta os dados clínicos e relativos aos hábitos de vida dos participantes do estudo.

Tabela 2 – Dados clínicos e relativos ao estilo de vida entre os participantes do estudo (n=71).

Características	n (%)
Classificação do IMC atual	
Eutróficos	22 (31,0)
Sobrepeso	14 (19,7)
Obeso grau I	5 (7,0)
Obeso grau II	1 (1,3)
Comorbidades*	
Sim	44 (62,0)
Não	21 (29,6)
Ignorado	6 (8,5)
Humor no pré-cirúrgico*	
Ansiedade	42 (59,2)
Tristeza	8 (11,3)
Agitação e nervosismo	21 (29,6)
Ignorado	23 (32,4)
Tipo de cirurgia	
Bypass	49 (69,0)
Sleeve	22 (31,0)
Uso de Medicamento antidepressivo	
Atual	22 (31,0)
Antes da cirurgia	18 (25,4)
Não	49 (69,0)
Consumo de álcool atual	
Atual	11 (15,5)
Antes da cirurgia	15 (21,1)
Abstêmico	60 (84,5)
Tabagismo	
Fumante	1 (1,4)
Ex-fumante	9 (12,6)
Nunca fumou	61 (77,4)
Uso de drogas ilícitas	
Atual	0 (0)
Antes da cirurgia	8 (11,3)
Nunca	63 (88,7)

*Alguns pacientes apresentaram mais de uma comorbidade ou transtornos do humor.

IMC = índice de massa corporal; eutrófico = IMC entre 18,5 e 24,99 kg/m²; sobrepeso = IMC entre 25 e 29,99 kg/m²; obeso grau I = IMC entre 30 e 34,99 kg/m²; obeso grau II = IMC entre 35 e 39,99 kg/m²

Dentre as comorbidades citadas destaca-se a hipertensão arterial sistêmica em 27 participantes (38,0%), 10 (14,1%) com doenças gastresofágicas como refluxo, esofagite e hérnia de hiato; doenças osteoarticulares 7 (9,9%), diabetes melitus 8 (11,3%), dentre outras.

Com relação ao tabagismo, nove participantes fumavam ou tinham fumado durante a vida, entretanto apenas três eram tabagistas na ocasião da CB, e após o procedimento apenas um continuou fumando. Dos 15 participantes que consumiam bebida alcoólica antes da CB, cinco continuaram bebendo álcool após o procedimento cirúrgico, enquanto que os outros dez se tornaram abstêmicos. Entretanto, seis passaram a consumir álcool após a CB. Apenas um participante foi classificado como alcoolista mediante aplicação do questionário CAGE.

Dentre os oito participantes que relataram consumir drogas ilícitas, todos não faziam uso após a CB. Dentre as substâncias utilizadas 6 (8,5%) consumiram maconha, 4 (5,6%) cocaína, 2 (2,8%) anfetamina.

A Tabela 3 apresenta a comparação entre dados clínicos pré e pós-cirúrgicos entre os participantes do estudo.

Tabela 3 - Dados clínicos e hábitos de vida dos participantes do estudo comparando o período pré e pós-operatório (n=71).

	Antes da CB	Depois da CB	Valor de p
Peso $\mu \pm DP$	115,7 \pm 23,6	75,9 \pm 14,4	<0,001*
IMC $\mu \pm DP$	48,1 \pm 7,4	28,3 \pm 4,5	<0,001*
Uso de antidepressivos n (%)	18 (25,4)	22 (31,0)	0,388 [†]
Tabagismo n (%)	3 (4,2)	1 (1,4)	0,500 [†]
Uso de álcool n (%)	15 (21,1)	11 (15,5)	0,454 [†]
Uso de drogas ilícitas n (%)	8 (11,3)	0 (0)	-
Sintomas depressivos n (%)	7 (9,9)	27 (38,0)	<0,001[†]

* teste t de Student; † teste de McNemar.

CB = cirurgia bariátrica; μ = média; DP = desvio padrão.

A Figura 7 apresenta a classificação de autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg. A média da escala foi de 25,5 (DP \pm 1,9), variando de 21 a 31 pontos.

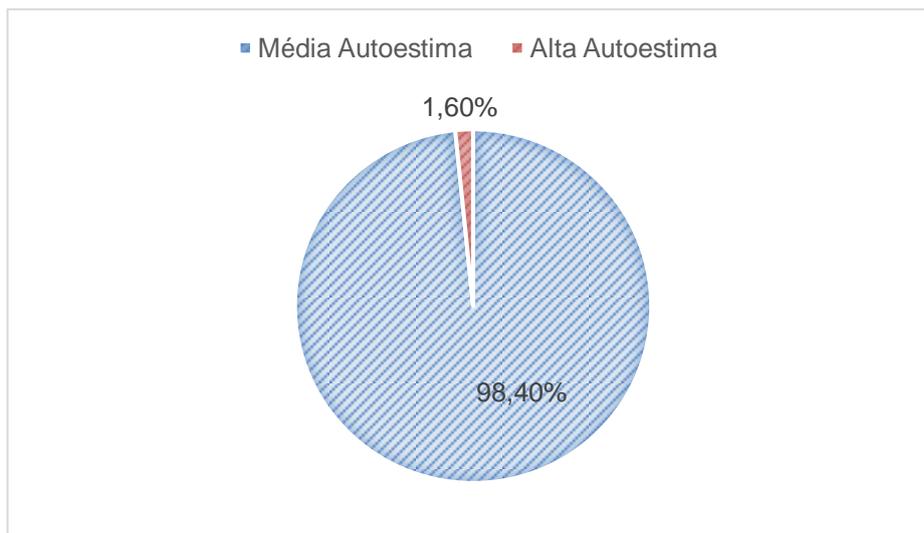


Figura 7 - Avaliação da autoestima através da Escala de Rosenberg.

Os sintomas depressivos foram verificados pelo Inventário de Beck que apresentou mediana de 7 (EP=1), variando de 2 a 48 pontos. Quanto aos sintomas depressivos, 90,1% não tinham depressão antes da cirurgia, de acordo com a avaliação psicológica da equipe do CUIDO. Após a cirurgia 38% apresentaram sintomas depressivos de acordo com o escore do Inventário de Beck: 3,3% com sintomas depressivos considerados graves, 8,3% de moderado a grave, 26,7% de leve a moderado e 62,0% sem sintomas depressivos ou depressão leve, conforme apresentado na Figura 8.

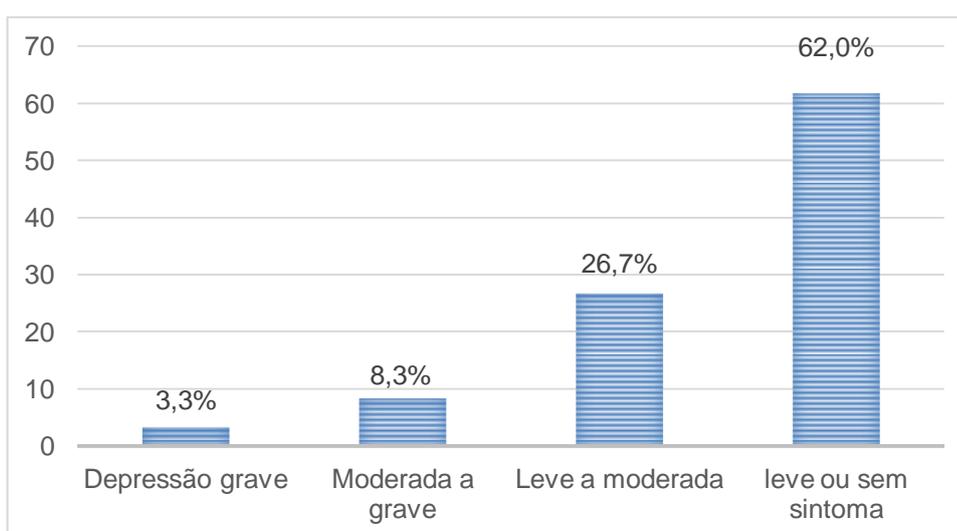


Figura 8 - Sintomas depressivos após a CB com base no Inventário de Beck.

Comparando os resultados dos sinais e sintomas depressivos obtidos pelo Inventário de Beck, em relação aos dados sociodemográficos, perda ponderal percentual, técnica cirúrgica utilizada, autoestima e estilo de vida, não houve associação estatisticamente significativa. Houve associação estatisticamente significativa entre ter sintomas depressivos e a utilização de medicamentos antidepressivos ($p = 0,003$), e o tempo médio de pós-operatório ($p=0,013$), conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre a presença de sintomas depressivos com dados sociodemográficos e clínicos.

	Sintomas depressivos		Valor de p
	Sim	Não	
Idade em anos ($\mu \pm DP$)	39,0 \pm 10,2	40,2 \pm 10,4	0,620*
Peso atual em Kg ($\mu \pm DP$)	76,4 \pm 15,1	75,7 \pm 14,1	0,852*
Tempo de pós CB em meses ($\mu \pm DP$)	14,2\pm6,8	18,8\pm7,3	0,013[¥]
Escala de Rosenberg ($\mu \pm DP$)	25,3 \pm 1,7	25,6 \pm 2,0	0,410*
Tipo de cirurgia			0,211 [†]
Bypass	21 (42,9)	28 (57,1)	
Sleeve	6 (27,3)	16 (72,7)	
Sexo			0,790 [†]
Masculino	6 (35,3)	11 (64,7)	
Feminino	21 (38,9)	33 (61,1)	
União estável	22 (40,0)	33 (60,0)	0,526 [†]
Baixa escolaridade	15 (46,9)	17 (53,1)	0,164 [†]
Tabagismo	3 (33,7)	6 (66,3)	0,532 [§]
Uso de álcool	5 (45,5)	6 (54,5)	0,409 [§]
Uso de drogas ilícitas	5 (62,5)	3 (37,5)	0,131 [§]
Presença de comorbidades	14 (31,8)	30 (68,2)	0,217 [†]
Uso de antidepressivos	14 (63,6)	8 (36,4)	0,003[†]

* teste t de Student; † teste de qui-quadrado de Pearson; § prova exata de Fisher; ¥ teste de U de Wilcoxon Mann-Whitney.

CB = cirurgia bariátrica; μ = média; DP = desvio padrão.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da CB no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão em pacientes pós-operatório. O resultado obtido para avaliação da autoestima foi homogêneo, considerando que a maioria dos participantes teve pontuação condizente com autoestima moderada. Entretanto, uma parcela dos participantes apresentou sintomas depressivos, num percentual superior ao encontrado no período pré-operatório. Segundo Casch, a preocupação com a imagem corporal resulta na insatisfação com o corpo, que somada a outros sintomas depressivos, pode ser um dos contributos para a sintomatologia depressiva após a cirurgia. Essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como se percebe o ambiente, inclusive modificando as relações com outras pessoas⁸⁸.

Comparando a análise psicológica pré-operatória e pós-operatória, grande parcela dos pacientes não tinha depressão e após a cirurgia a frequência aumentou. Isso pode ter ocorrido devido a questões relacionadas as mudanças de comportamento necessárias após a cirurgia e que causam maior comprometimento psicológico, bem como alterações no sono, alterações no interesse sexual e no reconhecimento/preocupação com a imagem corporal. Souza corrobora com essa ideia, afirmando que 50% da variância da sintomatologia depressiva após a CB, estão relacionadas com a preocupação com a imagem corporal⁸⁹. Os pacientes depressivos ou com sintomas depressivos geralmente apresentam sintomas que causam impacto significativo no convívio social, no trabalho ou em outras áreas importantes⁹⁰.

Houve diferença estatisticamente significativa com relação ao tempo cirúrgico dos pacientes nesse estudo e os sintomas depressivos, pois os pacientes que têm sintomas depressivos realizaram a CB há aproximadamente 14 meses, ou seja, há menos tempo que os pacientes que não apresentaram sintomas depressivos. Segundo Marcelino, o período imediato após a cirurgia é o mais difícil para o paciente. É a fase de maior desconforto e de várias tentativas de adaptação à nova dieta. Associado isso ainda há muita expectativa, ansiedade e insegurança relativa à nova situação⁹.

Qualquer procedimento cirúrgico pode despertar no sujeito emoções, mudança de comportamento e fantasias de como será o pós-operatório e se sobreviverá sem complicações. Segundo Ribeiro (2016), a avaliação psicológica antes da cirurgia bariátrica tem sua importância no sentido de que permite a discriminação dos aspectos psicossociais dos pacientes elegíveis a cirurgia bariátrica. Também permite que a equipe trabalhe na prevenção de problemas futuros e trabalhe nos aspectos que precisam de mais atenção e cuidados, contribuindo para melhorar as chances de sucesso cirúrgico sem sintomas depressivos⁹¹.

O TDM é uma complicação frequente da cirurgia, o que pode levar a uma maior morbidade e mortalidade⁹². Existe forte correlação entre pré-operatório, doença mental e o risco de não acompanhar o seguimento pós-operatório, bem como o paciente ser capaz de não aderir às diretrizes comportamentais pós-operatórias⁹³. Nessa fase de adaptação, a CB tende a provocar déficits nutricionais importantes, se não houver suplementação nutricional adequada. Essa situação exige acompanhamento profissional sistemático com base em exames laboratoriais⁹⁴, pois é alta a prevalência de deficiência vitamínica. É de suma importância o monitoramento pré-operatório e pós-operatório, bem como a suplementação nutricional. Algumas vitaminas têm maior risco para deficiência como a vitamina A, D, K, B1, C, folato e B12⁹⁵⁻⁹⁷. A vitamina B12, ou cianocobalamina, desempenha importantes funções metabólicas e neurotróficas no organismo. Pacientes com deficiências vitamínicas (principalmente a B12) podem apresentar sintomas diversos como anemia megaloblástica, neuropatia periférica e sintomas psiquiátricos, especialmente transtornos depressivos⁹⁸.

A CB influenciou positivamente na perda de peso e diminuição do IMC. Esta redução significativa de peso é atribuída a uma interação de fatores. Estudo de Reppeto e Rizzoli⁹⁹ afirma que os fatores mecânicos como a redução na ingestão calórica resultante da diminuição da capacidade gástrica, além de fatores hormonais levam a uma redução do apetite e perda de peso⁹⁹. Após a cirurgia, a perda de peso pode contribuir para uma avaliação positiva da imagem corporal, melhora da autoestima e dos sintomas de ansiedade e depressão¹⁰⁰. Nesse estudo, de acordo com a fala dos pacientes durante as entrevistas, percebeu-se que, a perda de peso ponderal causou satisfação, mas ao mesmo tempo, essa perda pode causar consequências devido as transformações físicas (flacidez e excesso de pele) e

comportamentais (distúrbios da autoimagem – não se reconhecer). Estes podem ser fatores importantes no resultado obtido nesse estudo com relação a variável autoestima estar presente no período pós-cirúrgico de forma mediana. Essa falta de autoestima pode estar ligada a falta, falta de peso, falta de alimento, falta de prazer, gerando o vazio existencial e que pode interferir na autoestima levando a depressão. Com a cirurgia, as mudanças psicológicas ocorrem de forma mais lenta, como se o corpo fosse perdendo peso, mas o cérebro continuasse informando os desejos do obeso e que para sustentar esse corpo/peso é necessário comer como antes da CB.

A maior parcela da amostra desse estudo era composta por mulheres jovens e casadas. A visão de corpo ideal é imposta pela sociedade principalmente para as mulheres o que confirma os dados da literatura de que as mulheres buscam mais a CB. De acordo com a SBCBM cerca de 70% do público bariátrico são mulheres³, concordante com os dados encontrados no presente estudo. A idade contribui para as estimativas de que esse tipo de procedimento tem sido realizado cada vez mais em pacientes mais jovens¹⁰¹. Cerca de 70% do público que realiza a CB tem entre 35 e 50 anos³. Quanto a justificativa para a situação conjugal como causador da obesidade e busca pela CB, é de que o matrimônio pode influenciar no ganho de peso, principalmente em mulheres. As razões podem ser redução no gasto energético e aumento na ingestão calórica por alterações nos hábitos e estilo de vida¹⁰². A relação com o corpo é para a mulher um fator de pressão social, em que se vê coagida pelo estereótipo de beleza imposto pela sociedade que determina o que é mais belo, o corpo magro, podendo ser esse um dos motivadores para CB. As mudanças de comportamento que visam o corpo que se enquadre nos padrões de beleza imposto como ideal pela sociedade podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal. Para Matos e colaboradores¹⁰³, as mulheres são mais suscetíveis aos padrões impostos pela mídia, buscam mais os tratamentos para a obesidade e também apresentam maior frequência de distúrbios alimentares e psiquiátricos¹⁰³.

A CB, além de interferir na autoestima e poder causar sintomas depressivos, pode também desencadear quadros de alcoolismo, tabagismo, uso drogas e/ou outras compulsões. Comparando os resultados dos sinais e sintomas depressivos obtidos através do Inventário de Beck, em relação aos dados de hábitos de vida, não houve associação estatisticamente significativa. Antes da cirurgia a maioria dos pacientes desse estudo não faziam uso de álcool e após uma parcela passou a fazer

uso. No entanto, não houve identificação de quadros de alcoolismo. A literatura afirma que a CB altera o metabolismo quanto ao efeito do álcool, e a exposição a eventos estressores, somados à história familiar positiva ao uso de álcool, podem colocá-lo sobre o risco aumentado de dependência¹⁰⁴. O aumento da prevalência de problemas relacionados ao álcool pode acontecer imediatamente após a CB ou até dois anos depois¹⁰⁵. Ainda são poucas as evidências que apoiam a ideia de que a CB está associada a um aumento subsequente do consumo de álcool¹⁰⁶, embora com índice reduzido de estudos que comprovem o crescimento do uso de álcool, após o procedimento isso pode significar muito em custo pessoal e social, considerando o aumento na quantidade de cirurgias realizadas¹⁰⁷. Sabe-se que indivíduos compulsivos, após o tratamento cirúrgico, na impossibilidade de consumir alimentos em excesso poderão substituí-los por álcool¹⁰⁸. Provavelmente, isso ocorre no período de transição entre a alimentação líquida e sólida. O líquido é melhor absorvido pelo organismo, além da substituição de prazeres, se antes o prazer era ao mastigar, agora como não se pode fazer com a mesma intensidade, substitui-se pelo prazer ao beber, podendo tornar o uso de álcool um hábito de vida. Estudo realizado por Tonelli, afirmou que após a CB, os pacientes referiram maior sensibilidade e intoxicação com menores doses além de mais dificuldade em controlar o uso¹⁰⁹. Porém, não se evidenciou este achado no presente estudo.

Outra questão referente aos hábitos de vida é quanto ao tabagismo. Antes da cirurgia havia fumantes, e desses apenas um continuou fumando até o momento da entrevista. A cessação do tabagismo é recomendada para minimizar os riscos de complicações cirúrgicas, mas também está associada a um aumento da massa corporal, representando uma preocupação na tentativa de abandono do fumo¹¹⁰. A interrupção do uso do cigarro vem sendo sugerida para reduzir o risco de complicações pós-operatórias na cicatrização de feridas cirúrgicas¹¹¹. Quando comparado o tempo de interrupção do tabagismo, um curto período (inferior a quatro semanas) comparada com um período superior a quatro semanas, um estudo realizado por Millis, resultou em redução de 20% do risco relativo no total de complicações pós-cirúrgicas. Deixar de fumar gera um impacto positivo e significativo sobre as complicações pós-operatórias¹¹². Esse tempo mínimo de quatro semanas sem cigarro, faz com que ocorra a restauração dos níveis de oxigênio nos tecidos, diminuição do estresse oxidativo, redução do impacto negativo sobre a função dos macrófagos e aumento dos níveis de vitamina C e de

colágeno¹¹³. Para alguns pacientes além do vício, o cigarro está associado à perda de peso, porém, ele aumenta a resistência à insulina e atributos para outras características da síndrome metabólica, aumentando o risco cardiovascular¹¹⁴.

O uso de drogas também pode ser uma das compulsões adquiridas após CB. Porém, nesse estudo, segundo os entrevistados submetidos a CB, após o procedimento nenhum deles continuou o uso de drogas ilícitas, dentre os que haviam feito uso antes do procedimento.

Comparando o uso de medicamentos antidepressivos com a presença ou ausência de depressão, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa entre ter sintomas depressivos e a utilização de medicamentos antidepressivos. Esses pacientes não seguem as orientações de acompanhamento estabelecidas pela equipe multiprofissional e acabam abandonando o acompanhamento psicológico no CUIDO ou mesmo com outros psicólogos que não atendem no hospital. E é justamente com esse profissional que se trabalha as angústias e desafios do período pós-cirúrgico que podem evitar os sintomas depressivos e necessidade de tratamento farmacológico para estas questões. Os profissionais devem estar alertas quanto a ocorrência de sintomas depressivos comuns na fase pós-cirúrgica. Segundo Magdaleno, o paciente no pós-cirúrgico passa por momentos de angústia, vazio, sensação de tédio e vontade de "beliscar" alguma coisa a todo o tempo. O indivíduo começa a questionar e a enfrentar sua nova realidade, não percebida anteriormente em decorrência da obesidade, que escondia seus conflitos, sonhos e ideais¹¹⁵. Essa mudança pode se dar devido as alterações necessárias referentes a quantidade de alimentos ingeridos que causa deficiência de nutrientes, prejudicando o andamento normal do organismo, causando falta de energia, cansaço, alterações no sono e no apetite e doenças como anemia e, todos esses fatores são influenciadores no humor.

Um dos critérios para aprovação da cirurgia é a liberação psicológica e posterior acompanhamento por profissional dessa área. No caso de o paciente apresentar sintomas depressivos na avaliação pré-cirúrgica, como ocorreu em uma parcela dos pacientes, os mesmos são encaminhados para tratamento psiquiátrico e autorizados ao procedimento após acompanhamento e liberação do psiquiatra da equipe, além do aval psicológico. A avaliação psicológica é um dos mais relevantes e difíceis componentes da avaliação clínica no pré-operatório, devido a dificuldade em afirmar que o paciente está pronto para realizar o procedimento cirúrgico e

garantir um bom prognóstico, além de identificar seu histórico familiar, social, suas motivações para CB, com a consciência dos cuidados necessários pós-cirúrgico^{80,116}.

Estudo realizado com candidatas à gastroplastia evidenciou que, apesar de a cirurgia ser considerada o caminho mais efetivo para o controle do peso em longo prazo, essa decisão não é simples, pois se dá envolta ao medo com relação ao risco cirúrgico, bem como à dor e às complicações que podem surgir no pós-operatório. Soma-se, ainda, a cobrança da família para com a pessoa obesa, culminando em um sentimento de inadequação gerador de autocobrança, angústia e ansiedade¹¹⁷. No entanto, a CB é considerada um dos tratamentos mais eficazes para obesidade mórbida e comorbidades associadas, entretanto seus efeitos no corpo/peso não estão relacionados apenas a restrição de alimentos, mas também da redução da fome e da saciedade mais rápida. Esses efeitos fisiológicos e suas contrapartes comportamentais ocorrem por ações mediadas, mesmo que parcialmente, pelo SNC¹¹⁸.

Comparando os resultados dos sinais e sintomas depressivos obtidos pelo Inventário de Beck e os dados obtidos na avaliação da autoestima em relação a técnica cirúrgica utilizada, percebeu-se que não houve associação estatisticamente significativa e o procedimento cirúrgico realizado com maior frequência nos pacientes desse estudo foi o Bypass, e seguido pelo Sleeve. O Bypass é a técnica cirúrgica estudada desde a década de 1960, é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial⁵⁹. Já o Sleeve é um procedimento cirúrgico, que apesar de ser relativamente novo como técnica cirúrgica, sendo aprovado no mês de fevereiro de 2010 pelo Conselho Federal de Medicina¹¹⁹, tem grandes vantagens como a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar, portanto, não há interferência na absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Caso haja insucesso, pode ser transformada em outro procedimento como com algum componente disabsortivo, como o bypass gástrico em Y¹²⁰. Considerando que a maior parte da amostra utilizou o Bypass, a ausência de associação estatística pode estar relacionada a homogeneidade do grupo estudado.

Ressalta-se que a qualidade técnica da cirurgia não garante nem emagrecimento nem melhor qualidade de vida. É necessário um conjunto de atitudes

nessa etapa de emagrecimento. Beneddelli reforça essa afirmativa ao dizer que o emagrecimento não é consequência direta da intervenção cirúrgica bem-sucedida, pois o fator determinante para o sucesso do tratamento é a forma como o paciente vai lidar com o novo contexto alimentar e de tratamento associado à redução do estômago¹²¹. Dessa forma, é de suma importância que a equipe multiprofissional deixe claro todas as transformações ocorridas no pós-cirúrgico além da perda de peso, como a possibilidade da síndrome de *dumping*, excesso de gases, dores no estômago, angústia, fadiga e cansaço (pela deficiência vitamínica e menor aporte energético), alimentação líquida e fracionada nos primeiros 15 dias, além da possível necessidade de colecistectomia, entre outros. Nesse sentido, a combinação de características associadas com o novo comportamento alimentar exigido, somados com os resultados da perda de peso e excesso de pele e com a difícil aceitação/reconhecimento da nova imagem corporal podem explicar consideravelmente o resultado de autoestima mediana e a sintomatologia depressiva após a cirurgia destacada nesse estudo.

Dentre as limitações do presente estudo ressalta-se o pequeno tamanho amostral. A dificuldade em recrutar pacientes foi desafiadora. Houve muita recusa, muitos pacientes residiam em outras cidades, além do fato de esse tipo de público não ter interesse em realizar acompanhamento no serviço. Isso pode afetar os dados encontrados, pois talvez entre os pacientes não incluídos poderia haver casos de reganho de peso, sintomas depressivos ou adoção de outros vícios. Além disso, não há dados relativos a autoestima no período pré-operatório e a avaliação dos sintomas depressivos utiliza o Inventário de Beck modificado, com a avaliação de outras escalas combinadas. Apesar disso, ressalta-se que nenhum paciente com depressão moderada a grave é aprovado como candidato a CB, sendo encaminhado ao serviço de psiquiatria. Alguns dados são auto - relatados, e podem ser influenciadas pelo “desejo de nivelamento social”.

Contudo, destaca-se que há poucos estudos na literatura que abordam esta questão e as poucas pesquisas encontradas também têm tamanho amostral restrito e as mesmas dificuldades metodológicas. Sugere-se o acompanhamento tardio aos pacientes, para que se avalie a saúde mental e a influência da restrição calórica e vitamínica nos transtornos depressivos.

6. CONCLUSÃO

Com base nos dados do presente estudo é possível concluir que a autoestima no pós-operatório da CB foi considerada mediana e que houve aumento da frequência de sintomas depressivos.

A amostra estudada revela o predomínio de mulheres adultas jovens, casadas, que tinha filhos e com alta escolaridade. Houve poucos casos de consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas, havendo uma redução no consumo após a CB.

Houve associação estatisticamente significativa na redução de peso corporal e IMC ao se comparar o antes e o depois da CB, assim como o aumento da frequência de sintomas depressivos.

A prevalência de sintomas depressivos foi de 38% no pós-operatório, e os sintomas depressivos se associaram positivamente ao consumo de medicamentos antidepressivos e ao menor tempo de pós-operatório.

6.1 PERSPECTIVAS FUTURAS

Há necessidade de mais estudos com maior tamanho amostral para se verificar a presença de sintomas depressivos e autoestima em pós-operatório tardio, sendo também relacionado as questões nutricionais e complicações futuras da CB. A técnica cirúrgica no Brasil é relativamente nova e seus desfechos a longo prazo ainda são incertos. Também é preciso refletir sobre alternativas multidisciplinares que evitem os sintomas psiquiátricos no pós-cirúrgico e assim, além da perda ponderal e redução de comorbidades, se possa ter saúde mental após a intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Maciel RL. Obesidade: o mal do século. *Perspect Online*. 2007;55:86–99.
2. Rita A, Almeida P. Formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por estudantes do ensino médio de uma escola pública de Salvador, Bahia. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento*. 2008;446–66.
3. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. São Paulo; 2009.
4. World Health Organization. [internet]. Obesity and overweight. 2017. Acesso em: 10/07/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
5. Amaral MOP, Pereira C. Obesidade da genética ao ambiente. *J Educ Techn Health*. 2008;34(13): 311-322.
6. Zeve JLM, Novais PO, Junior NO. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Rev Ciência Saúde*. 2012;5:132–40.
7. Brandão I, Pinho AM, Arrojado F, Pinto-Bastos A, Costa JM, Coelho R, et al. Diabetes Mellitus Tipo 2, Depressão e Alterações do Comportamento Alimentar em Doentes Submetidos a Cirurgia Bariátrica. *Acta Med Port*. 2016;29(3):176–81.
8. Drummond C. Obesidade. In: Associação Mundial de Psicanálise. *Scilicet: O Corpo Falante - Sobre o inconsciente do século XXI. X Congresso da Associação Mundial de Psicanálise*. São Paulo. Escola Brasileira de Psicanálise; 2016. 73-84 p.
9. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2011;16(12):4767–76.
10. Zancaner MS. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In: Franques ARM, Arenales-loli MS. *Novos corpos, novas realidades - Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor; 2011. 13-30 p.
11. Freud S. Inibições, sintomas e angústia. Acesso em: 15/11/2016. Disponível em: <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-20/vol-xx-2-inibicoes-sintomas-e-ansiedade1926-1925/>.
12. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopper M, Santos RC, VIEIRA P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr*. 2000 Apr;13(1):17–28.

13. Guimaraes MS, Evane AM, Bezerra WA, Moraes; LLJLCM. Prevalência de sobrepeso e obesidade em funcionários de uma instituição de ensino superior privada veredas FAVIP. *Rev Eletrônica Ciências*. 2013;6.
14. Meneses TN, Rocha FL, Belém PLO, Pedraza DF. Obesidade abdominal revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 19(6):1741-1754, 2014.
15. Haun DR, Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):705–11.
16. Luz DMD, Encarnação JN da. Vantagens e desvantagens da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade mórbida. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento*. 2008;2(10):376–83.
17. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. 4. ed. São Paulo, 2016.
18. Jia H, Lubetkin EI. Trends in Quality-Adjusted Life-Years Lost Contributed by Smoking and Obesity. *AmJ Prev Med*. 2010;38(2):138–44.
19. Ministério da Saúde (Brasil). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel 2014)*. Brasília 2015.
20. Ministério da Saúde (Brasil) [internet]. Obesidade cresce 60% em dez anos no Brasil. Acesso em: 12/09/2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil>.
21. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr., Campinas*, 2004; 17(4):523-533.
22. Dobbs R, Fraser CS, James FT, Jonathan JM, Woetzel J, Sorcha PC, et al. *Overcoming obesity: An initial economic analysis*. Institute, McKinsey Global. 2014.
23. Bahia LR, Araújo DV. Impacto econômico da obesidade no Brasil. *Revista Hupe*. 2014;13(1):13-17.
24. Gurevich-Panigrahi T, Panigrahi S, Wiechec E, Los M. Obesity: Pathophysiology and Clinical Management. *Curr Med Chem*. 2009;16:506–21.
25. Monteiro JGA. *Prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade: associação com o índice de massa corporal [dissertação]*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Lisboa, 2015.
26. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Obesidade: prevenindo e controlando*

- a epidemia global. São Paulo: Roca, 2004.
27. Zhu X, Wang X, Xiao J, Zhong M, Liao J, Yao S. Obesity Pathophysiology and Intervention. *Brain Research*. 2010; 223-229.
 28. Viana Terezinha LI. Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação. 1 ed. Lisboa: Placebo, 2013.
 29. Sánchez-Cárdenas AG, Navarro-Gerrard C, Nellen-Hummel H, Halabe-Cherem J. [Insomnia. A severe health care problem]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(6):760–9.
 30. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med*. 2004;1(3):210–7.
 31. Spiegel K, Leproult R, L'Hermite-Balériaux M, Copinschi G, Penev PD, Van Cauter E. Leptin levels are dependent on sleep duration: Relationships with sympathovagal balance, carbohydrate regulation, cortisol, and thyrotropin. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(11):5762–71.
 32. Irwin MR. Nocturnal levels of ghrelin and leptin in chronic insomnia. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;34(4):540–5.
 33. Saavedra, José M.; Dattilo AM. Factores Alimentares y Dietéticos Asociados a la Obesidad Infantil: Recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Rev Peru Med Exp e saúde pública*. 2012;29(3):379–85.
 34. Kelley GA, Kelley KS. Effects of exercise in the treatment of overweight and obese children and adolescents: a systematic review of meta-analyses. *J Obes*. 2013;1–10.
 35. Jebb SA. Aetiology of obesity. *British Med Bull*. 1997;3(2):264–85.
 36. Trayhurn P. Adipocyte biology. *Obesity Reviews*. 2007; 8:41-44.
 37. Hausman DB, Digirolamo M, Bartness TJ, Hausman GJ, Martin RJ. The biology of white adipocyte proliferation. *Obes Rev*. 2001;2:239–54.
 38. Oliveira S, Bressan J. Tecido adiposo como regulador da inflamação e da obesidade. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 2010.
 39. Teles YCF, Monteiro RPM, Oliveira MSO, Ribeiro-Filho J. O papel do estresse oxidativo na fisiopatologia da síndrome metabólica. *J Health Sci Inst*. 2015;33(1):89-93.
 40. Luna-Luna M, Medina-Urrutia A, Vargas-Alarcón G, Coss-Rovirosa F, Vargas-Barrón J, Pérez-Méndez Ó. Adipose Tissue in Metabolic Syndrome: Onset and Progression of Atherosclerosis. *Arch Med Res*. 2015;

41. Tchernof A, Després J. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev*. 2013;93:359–404.
42. Sippel C, Mundstock De Azevedo Bastian R, Giovanella J, Faccin C, Contini V, Morelo S, et al. Processos inflamatórios da obesidade. *Rev Atenção a Saúde*. 2014;12(42):48–56.
43. Silveira MR, Frollini AB, Verlengia R, Cavaglieri CR. Correlação entre obesidade, adipocinas e sistema imunológico. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2009;11(4):466–72.
44. Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*. 1994;372:425–32.
45. Berthoud H. Multiple neural systems controlling food intake and body weight. *Neurosci Biobehav Rev*. 2002;26:393–428.
46. Fróes CTS [internet]. Obesidade: um enfoque na inflamação periférica e central. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Nutrição. 2012. Acesso em: 20/08/2017. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/66676>.
47. Woods D, Begg P, Stephen C. The endocrinology of food intake. *Nat Rev Endocrinol*. 2013;9:584–97.
48. Ouchi N, Parker JL, Lugus JJ, Walsh K. Adipokines in inflammation and metabolic disease. *Nat Rev Immunol*. 2011;11(2):85–97.
49. Patel PS, Buras ED, Balasubramanyam A. The Role of the Immune System in Obesity and Insulin Resistance. *J Obes*. 2013.
50. Kalupahana NS, Moustaid-moussa N, Claycombe KJ. Molecular Aspects of Medicine Immunity as a link between obesity and insulin resistance. *Mol Aspects Med*. 2012;33:26–34.
51. Redinger RN. The pathophysiology of obesity and its clinical manifestations. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2007;3(11):856–63.
52. Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev Nutr*. 2004;17(4):479–89.
53. Lam YY, Ravussin E. Analysis of energy metabolism in humans: A review of methodologies. *Mol Metab*. 2016;5:1057–71.
54. Johnson AR, Milner JJ, Makowski L. The inflammation highway: metabolism accelerates inflammatory traffic in obesity. *Immunol Rev*. 2012;249(1): 218–238.

55. Costa RCN, Yamaguchi N, Santo MA, Riccioppo D, Pinto Junio PE. Outcomes on Quality of Life, Weight Loss, and Comorbidities After Roux-En-Y Gastric Bypass. *Arq Gastroenterol*. 2014 Sep;51(3):165–70.
56. Zaiden MP. Qualidade de vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós-cirurgia bariátrica [dissertação]. Universidade Federal de São Carlos. Cent Ciências Biológicas e da Saúde. 2014;
57. Ministério da Saúde (Brasil) [internet]. Portaria GM/MS N° 628, de 26 de abril de 2001. Acesso em: 11/11/2016. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf.
58. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004;31(4):199–201.
59. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [internet]. Técnicas Cirúrgicas. 2016. Acesso em: 12/12/2016. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>.
60. Ministério da Saúde (Brasil) [internet]. Portaria n° 425, de 19 de março de 2013. Acesso em: 12/12/2016. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/Publicaes_20.03.2013_-_III.pdf.
61. Moraes LV. A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional [dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestrado em Ciências Médicas. São Paulo, 2004.
62. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2007;27:324–7.
63. Silva GA, Lange ESN. Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol Argum*. 2010;28:43–54.
64. Schultheisz. Thais Sist de Vicenze; Aprile. Maria Rita. Autoestima, conceitos, correlatos e avaliação. *Rev Equilíbrio Corporal e Saúde*. 2015;5(1):36–48.
65. Silva SG. As modificações corporais na sociedade contemporânea. *Cad Psicanál*. 2011;33(25):239–57.
66. Sousa P, Bastos AP, Venâncio C, Vaz AR, Brandão I, Maia J, et al. Compreender a Sintomatologia Depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do Peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. *Acta Med Port*. 2014;27(4):450–8.
67. Tavares MCGF. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole; 2003. 147 p.

68. Nozaki VT, Rossi NM. Imagem Corporal: Cirurgia Bariátrica. *Rev Saúde e Pesqui.* 2010;3(2):185–91.
69. Ehrenbrink PP, Pinto EEP, Prando FL. A new look at bariatric surgery and eating disorders. *Psicologia Hospitalar.* 2009;7(1):88-105.
70. Associação Brasileira de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM V. Porto Alegre: Artmed, 2014.
71. Soares MBM [Internet]. O Impacto da Depressão. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. 2016. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.abrata.org.br/new/artigo/impactoDepressao.aspx>.
72. Nestler EJ, Barrot M, DiLoene RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nat Rev Neurosci.* 2009;7:137–51.
73. Maletic V, Robinson M, T. Oakes, Iyengar S, Ball S, Russel J. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *J Clin Pr.* 2007;61(12):2030–40.
74. Zhu X, Wang X, Xiao J, Zhong M, Liao J, Yao S. Altered Matter Integrity in First Episode, Treatment Naive Young Adults with Major Depressive Disorder. *Brain Research.* 2010;223-229.
75. Marques AH, Cizza G, Sternberg E. Brain-immune interactions and implications in psychiatric disorders Interações imunocerebrais e implicações nos transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:27–32.
76. Almada LF, Borges MF, Machado SEC. Considerações neurológicas sobre a depressão maior: um histórico neurocientífico. *Rev Psicol.* 2014;17(26):111–24.
77. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of Depression. *Neuron.* 2002;34:13–25.
78. Hooker SA, MacGregor KL, Funderburk JS, Maisto SA. Body mass index and depressive symptoms in primary care settings: examining the moderating roles of smoking status, alcohol consumption and vigorous exercise. *Clin Obes.* 2014;4(1):21-9.
79. Utrini MC. Obesidade e distorção da imagem: a dificuldade de reconhecimento da imagem corporal pelo obeso [dissertação]. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2013.
80. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obes Res.* 2005;13(4):639–48.
81. Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König H-H, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health:

- a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11(1):661.
82. Marinho SP. Associação do estado nutricional de indivíduos de uma mesma família: uma proposta elucidativa [dissertação]. Univ São Paulo (USP) Fac Saúde Pública São Paulo. 2003;115 p.
 83. Tae B, Pelaggi ER, Moreira JG, Waisberg J, Matos LL de, D'Elia G, et al. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(3):155–60.
 84. Hutz CS, Zanon C. Revision of the Adaptation, Validation, and Normalization of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Avaliação Psicológica*. 2011;10(1):41–9.
 85. Vargas D, Campos AN, Carvalho F de S, Shirama FH. Emprego do Questionário CAGE para Detecção de Indivíduos com Transtornos de Uso de Álcool numa Demanda Espontânea de um Município Paulista. *Faculdades Integr Fafibe*.
 86. Masur J, Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian J Med Biol Res*. 1983;16(3):215–8.
 87. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. *Vigilância de tabagismo em escolares (Vigescola)*. vol. 1. 2004.
 88. Cash TF PT. *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York Guilford Press. 2002;
 89. Sousa P, Pinto Bastos A, Venâncio C, Vaz AR, Brandão I, Maia J, et al. Compreender a Sintomatologia Depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do Peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. *Rev Científica da Ordem dos Médicos*. 2014;27(4):450–7.
 90. Duailibi K, Silva ASM. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. *Revis Bras Clin Terap*. 2014;40(1):27-32.
 91. Ribeiro GANA, Giampietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. Psychological profile of patients eligible for bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2016;29:27–30.
 92. Ghoneim MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications : an overview. *BMC Surg*. 2016;16:1–10.
 93. Toussi R, Fujioka K, Coleman KJ. Pre-and Postsurgery Behavioral Compliance, Patient Health, and Postbariatric Surgical Weight Loss. *Obesity*. 2009;17(5):996–1002.
 94. Gomes GS, Rosa MA, Faria HRM. Nutritional profile of patients post-bariatric surgery. *Rev Digit Nutr*. 2009;3:462–76.

95. Bordalo AL, Teixeira TFS, Bressan J, Mourão DM. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(1):113–20.
96. Schweiger C, Weiss R, Berry E, Keidar A. Nutritional Deficiencies in Bariatric Surgery Candidates. *Obes Surg.* 2010;20:193–7.
97. Blume CA, Boni CC, Casagrande DS, Rizzolli J, Padoin AV, Mottin CC. Nutritional Profile of Patients Before and After Roux-en-Y Gastric Bypass: 3-Year Follow-up. *Obes Surg.* 2012;22(11):676–85.
98. Hvas A-M, Nexø E. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency. An update. *Hematol J.* 2006;91(11).
99. Reppeto G, Rizzolli J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In Nunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Coutinho W (Orgs.). *Transtornos Alimentares e Obesidade.* Porto Alegre: Artmed. 2006;343–52.
100. Fandiño J., Benchimol A. K., Coutinho W. F. AJC. Cirurgia Psiquiatria, bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2004;26(1):47–51.
101. Turchiello P, Patias LD, Alvarez C, Kirsten VR, Colpo E, Machado C, et al. Profile of patients who seek the bariatric surgery. 2015;28(4):270–3.
102. James PT. Obesity: The Worldwide Epidemic. *Clin Dermatol.* 2004;22:276–80.
103. Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Teresa M. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(4):165–9.
104. Santos JG, Cruz MS. Alcoolismo após cirurgia bariátrica : relato de caso. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(4):340-3.
105. Canason A, Teixeira J, Hsu CH, Puma L, Knafo D, Geliebter A. Substance Use Following Bariatric Weight Loss Surgery. *Jama Surg.* 2013;148(2): 145-150.
106. Suzuki J, Haimovici F, Chang G. Alcohol Use Disorders After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2012;22:201–7.
107. King WC, Chen J-Y, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama.* 2012;307(23):2516–25.
108. Wendling A, Wudyka A. Narcotic Addiction Following Gastric Bypass Surgery: A Case Study. *Obes Surg.* 2011;21:680–3.
109. Tonelli HS, Sartori FM, Marchesini JCD, Marchesini JB, Tonelli DG. Effects of bariatric surgery on the central nervous system and eating behavior in humans: a systematic review on the neuroimaging studies. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(4):297-305.

110. Boscatto EC, Fátima M, Boscatto EC. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica Active behaviors and perception of health in obese under bariatric surgery. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2011;16:43–7.
111. Wog J, Lam DP, Abrishami A, Chan MTV, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *J Can Anesth* (2012) 59:268–279.
112. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert J. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2011;124(2):144–54.
113. Cavichio BV, Pompeo DA, Oller GASAO, Rossi LA. Duration of smoking cessation for the prevention of surgical wound healing complications. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1):170-6.
114. Verhaegen A, Gaal L Van. Do E-cigarettes induce weight changes and increase cardiometabolic risk ? A signal for the future. *Obes Rev*. 2017;18:1136–46.
115. Magdaleno RJ. Pós-operatório da cirurgia bariátrica: repercursões emocionais. In Franques ARM, Orenales-Loli MS (Eds.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor. 2011. 109–34 p.
116. Bagdade PS, Grothe B. Psychosocial Evaluation, Preparation and Follow-Up for Bariatric Surgery Patients. *Diabetes Spectr*. 2012;25:211–6.
117. Silva SSP, Maia AC. Obesity and Treatment Meanings in Bariatric Surgery Candidates: A Qualitative Study. *Obes Surg*. 2012;22(11): 1714-1722.
118. Rao RS. Bariatric Surgery and the Central Nervous System. *Obes Surg*. 2012;22:967–78.
119. Conselho Federal de Medicina [internet]. Resolução CFM N° 1.942/2010. Acesso em: 22/10/2016. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm.
120. Brethauer S, Hammel J, Schauer P. Systematic review of sleeve gastrectomy as staging and primary bariatric procedure. *Surg Obes Relat Dis*. 2009;5:469–75.
121. Benedetti C. *De obeso a magro: A trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor; 2009.

APÊNDICE**APENDICE A - Questionário de identificação**

Data do preenchimento do questionário: ___/___/___

Tipo de cirurgia:

Dados de identificação:

1. Gênero () Feminino () Masculino

2. Estado civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo
() Divorciado () Amasiado

3. Data de nascimento:

4. Peso

_____antes da cirurgia

_____ | _____ | meses após cirurgia

5. Altura _____

6. Renda mensal

() Um salário mínimo

() Entre dois e três salários mínimos

() Entre quatro e cinco salários mínimos

() Mais que cinco salários mínimos

7. Paridade ___ filhos

8. Escolaridade: _____ (anos completos)

9- Uso de medicamentos controlados:

() Antes da cirurgia

Quais?

() Depois da cirurgia

Quais?

APÊNDICE B - Hábitos de vida – consumo de álcool, cigarro e drogas

HÁBITOS DE VIDA – Uso de álcool cigarro e drogas

1. Você toma bebidas alcoólicas ou tomava antes da cirurgia?
0 [] Não Pule para questão 6 1. [] Sim
2. Você já sentiu necessidade de cortar a bebida?
0 [] Não 1. [] Sim
3. Você já se sentiu aborrecido ao ser criticado por beber ?
0 [] Não 1. [] Sim
4. Já se sentiu culpado em relação á bebida?
0 [] Não 1. [] Sim
5. Alguma vez já bebeu logo ao acordar para acalmar os nervos ou combater uma ressaca?
0. [] Não 1. [] Sim
6. Você já fumou 100 cigarros ou mais na vida?
0 [] Não 1. [] Sim **Se não pule para questão 10**
Você continua fumando?
0. [] Não. Parei há | ___ |___ | anos e |___|___|meses
7. Com que idade você começou a fumar? |___|___|___| anos
8. Quantos cigarro fuma (ava) por dia? |___|___|___|
Fumar ou ter fumado mais de 100 cigarros= fumante
Se parou mais de 30 dias = ex-fumante
9. Já usou alguma das drogas a seguir? Assinale:
Maconha 1. Sim 2. Não 8. NSA
Cocaína 1. Sim 2. Não 8. NSA
Crack 1. Sim 2. Não 8. NSA
LSD 1. Sim 2. Não 8. NSA
Heroína 1. Sim 2. Não 8. NSA
Outras _____
10. Nunca usei drogas []
11. Você continua usando drogas? 1. Sim 2. Não NSA =8
12. Com que idade você começou a usar drogas? |___|___| anos NSA=88

ANEXO

ANEXO A - Inventário de Beck

1 - Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2 - Pessimismo

- 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão que as coisas não podem melhorar.

3 - Senso de fracasso

- 0 Não me sinto um fracasso.
- 1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Sinto que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4 - Insatisfação

- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5 - Culpa

- 0 Não me sinto especialmente culpado.
- 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2 Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado

6 - Expectativa de punição

- 0 Não acho que esteja sendo punido.
- 1 Acho que posso ser punido

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7 - Autodesgosto

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enjoado de mim.

3 Eu me odeio.

8 - Autoacusações

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9 - Ideias suicidas

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 - Choro

0 Não choro mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, Choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira.

11 - Irritabilidade

0 Eu não estou mais irritado agora do que já fui

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Agora eu me sinto irritado o tempo todo.

3 Não me irrita me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

12- Interação social

0 Eu não perdi o interesse por outras pessoas.

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

2 Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas

3 Perdi todo o meu interesse por outras pessoas.

13 - Indecisão

- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1 Adio a tomada de decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
- 3 Absolutamente não consigo tomar quaisquer decisões.

14 - Mudança da imagem corporal

- 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
- 1 Eu estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Acredito que pareço feio.

15 - Retardo para o trabalho

- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16 - Insônia

- 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- 3 Acordo varias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17- Suscetibilidade à fadiga

- 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
- 2 Fico cansado ao fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer alguma coisa.

18 - Anorexia (perda de apetite)

- 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19- Perda de peso

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, recentemente.
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.

2 Perdi mais do que 5 quilos.

3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim____ Não ____

20 - Preocupação somática (preocupação com o organismo; em adoecer)

0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.

3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21 - Perda do interesse sexual

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.

2 Estou muito menos interessado por sexo, agora.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO B - Avaliação da Autoestima – Escala de Rosenberg**1- Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2- Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3- Eu acho que tenho muitas boas qualidades

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4- Eu tenho motivos para me orgulhar na vida

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5- De um modo geral, estou satisfeito (a) comigo mesmo(a)

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6- Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a)

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7- Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8- As vezes eu penso que não presto para nada

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9- Levando tudo em conta eu me sinto um fracasso

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10- Às vezes eu me sinto inútil

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

ANEXO C - Parecer Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E DEPRESSÃO EM PACIENTES ACOMPANHADOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Pesquisador: Fabiana Schuelter Trevisol

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60593816.0.0000.5369

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.832.255

Apresentação do Projeto:

A pesquisa sob análise tem como objetivo avaliar os impactos da cirurgia bariátrica e sua influência no reconhecimento da identidade corporal e nos processos de autoestima e depressão nos pacientes pós operatório. É uma pesquisa relativa a Mestrado em Saúde Pública, e perspectiva abranger 120 pessoas submetidas a esse processo cirúrgico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão em pacientes pósoperatório.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sócio-demográfico dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica;
- Identificar os hábitos de vida com relação ao uso de álcool, cigarro, drogas e medicamentos antidepressivos nos entrevistados;
- Verificar se após a cirurgia bariátrica o paciente tem identificação (imagem do corpo) reforçando sua autoestima e reconhecimento;

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC **Município:** PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

Continuação do Parecer: 1.832.255

- Analisar se há ocorrência de sintomas de depressão após a cirurgia bariátrica;
- Comparar os indivíduos com sinais e sintomas depressivos e de baixa autoestima em relação a dados sócio-demográficos, perda ponderal percentual, técnica cirúrgica utilizada e complicações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação entre riscos e benefícios aparece da seguinte forma no TCLE e no Sistema da Plataforma Brasil: "Entre os benefícios em participar desta pesquisa ressalta-se a possibilidade de rastreamento e identificação de problemas relacionados a auto-estima ou sintomas depressivos e, que neste caso, serão encaminhados e acompanhados pelo Centro Unificado Interdisciplinar de Doenças da Obesidade (CUIDO) do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Entre potenciais riscos do estudo está o possível desconforto dos entrevistados ao responder as perguntas dos questionários, por envolverem questões referentes a peso, sentimentos, sintomas e atitudes. Existe a possibilidade de esse risco ser superado e/ou amenizado, pois a pesquisadora tem formação e atuação como psicóloga e dependendo da problemática destacada e da estrutura de personalidade apresentada saberá conduzir a entrevista fornecendo informações adequadas e conduzindo-a de acordo com a subjetividade de cada entrevistado. Não existe um risco específico para essa pesquisa, apenas um desconforto em responder algumas perguntas, mas que pode ser superado e/ou amenizado, pois a pesquisadora tem formação e atuação como psicóloga e dependendo da problemática destacada e da sua personalidade saberá conduzir a entrevista fornecendo informações adequadas e conduzindo-a de acordo com a subjetividade de cada entrevistado"

Tal avaliação pode ser considerada correspondente a uma pesquisa que envolva seres humanos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa reúne em seu texto todos os elementos constituintes de um projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatório encontram-se consoantes com a Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se que quando da aplicação do TCLE este seja previamente assinado pelos pesquisadores, sendo que essa recomendação se dá a fim de ampliar o alcance dos princípios bioéticos da Justiça e

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.132-000
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

Continuação do Parecer: 1.832.255

Autonomia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764073.pdf	17/11/2016 13:45:28		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	fabbi.pdf	17/11/2016 13:42:24	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJurema.docx	14/11/2016 13:46:16	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declara.pdf	03/10/2016 13:35:06	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Folha de Rosto	CONEP.pdf	03/10/2016 13:34:48	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Outros	jurema.pdf	30/09/2016 16:54:50	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJurema.doc	29/09/2016 14:57:54	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Outros	Frostounisul.doc	29/09/2016 14:14:19	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br