

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E DEPRESSÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Jurema de Andrade Bressan¹
 Fabiana Schuelter-Trevisol²

RESUMO

Introdução e objetivo: A cirurgia bariátrica é eficaz no tratamento da obesidade. Contudo, pode haver repercussões na saúde mental. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão em pacientes no pós-operatório. Materiais e métodos: Estudo transversal. Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica entre 2015 e 2016. 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±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 ($p<0,001$). Conclusão: Os dados encontrados revelam que cirurgia bariátrica proporciona autoestima moderada e que sintomas depressivos podem surgir em decorrência da cirurgia.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Autoestima. Depressão.

1-Programa de Acessibilidade da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Brasil.
 2-Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, Brasil; Pesquisadora de Clínica Médica do Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital Nossa Senhora da Conceição e Universidade do Sul de Santa Catarina, Brasil.

ABSTRACT

Evaluation of self-esteem and depression after bariatric surgery

Introduction and objective: The bariatric surgery is effective in the treatment of obesity. However, it can be repercussions on mental health. The main of this study was to evaluate the effects of bariatric surgery on self-image, self-esteem and depression in postoperative patients. Materials and methods: This was a cross-sectional study on patients who underwent bariatric surgery between 2015 and 2016. Consenting patients were 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; mean age 39.8±10.3 years) participated. 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 ($p<0,001$). Conclusion: The findings revealed a moderate self-esteem and increased depressive symptoms as a result of bariatric surgery.

Key words: Bariatric Surgery. Self-esteem. Depression.

E-mails dos autores:
juremaandradebressan@gmail.com
fastrevisol@gmail.com

Endereço para correspondência:
 Fabiana Schuelter-Trevisol.
 Avenida José Acácio Moreira, 787.
 Tubarão, Santa Catarina.
 CEP: 88704-900.

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é uma das alternativas mais procuradas pela sua eficácia e rapidez na solução da obesidade (Benaiges e colaboradores, 2015).

Também chamada de cirurgia da obesidade, a cirurgia bariátrica 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 obesidade (ABESO, 2016).

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 kg/m² ou IMC superior a 35 kg/m² se o indivíduo apresentar comorbidades associadas (ABESO, 2016).

A cirurgia bariátrica 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 insatisfatória (Brandão e colaboradores, 2016).

A insatisfação, antes gerada pelo excesso de gordura, agora pode ser substituída pela sua falta (Drummond, 2016).

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 localizada (Marcelino e Patrício, 2011).

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-cirúrgico (Zancaner, 2011).

Nesse sentido, o estado emocional do indivíduo é, antes de tudo, uma trajetória de perdas que vai além da perda do IMC (Zancaner, 2011).

O resultado da cirurgia bariátrica influencia no reconhecimento da identidade corporal e nos processos de autoestima e depressão, pois a autoestima pode influenciar diretamente no bem-estar e autoconceito, consequentemente, 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 (Brandão e colaboradores, 2016; Drummond, 2016). É justamente esse vazio que poderá ser um possível causador da depressão (Freud, 2016).

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa se refere à quais as influências da cirurgia bariátrica 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.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP-UNISUL), com parecer número 1.832.255 em 23 de novembro de 2016. Estudo epidemiológico com delineamento transversal.

Foram incluídos pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica entre os anos de 2015 e 2016 e excluídos os indivíduos impossibilitados de se deslocar ao local do estudo para coleta de dados ou aqueles não localizados após três tentativas. Foi feito contato telefônico para agendamento de entrevista individual. A participação no estudo foi dada pela anuência do termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento de coleta continha dados sociodemográficos e clínicos como a idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, renda mensal e paridade. O peso antes/após a cirurgia, a 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 continha as informações pré-cirúrgicas e de acompanhamento dos pacientes pela equipe multiprofissional.

Os medicamentos antidepressivos utilizados após a cirurgia bariátrica foram relatados pelo paciente. Os hábitos de vida como uso de álcool, cigarro e drogas também foram investigados.

Para coleta e análise dos sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Beck e

a Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg para avaliação da autoestima.

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, auto depreciação, 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 depressão (Tae e colaboradores, 2014).

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 leve Tae e colaboradores, 2014).

A Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e auto aceitação 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 será 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 Rosenberg.

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 questionário (Schultheisz e Aprile, 2015).

O CAGE (acrônimo de *Cut-Annoyed-Guilt-Eye-opener*) é um instrumento que 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 saúde Considera-se um resultado positivo para o mesmo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa (Masur e Monteiro, 1983).

Quanto ao uso de cigarros, foram considerados tabagistas aqueles que relataram o consumo de 100 cigarros ou mais na vida (INCA, 2015).

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%.

RESULTADOS

No período selecionado houve 230 cirurgias bariátricas.

A Figura 1 ilustra o recrutamento e inclusão dos participantes neste estudo.

Foram incluídos 71 pacientes com média de idade de $39,8 \pm 10,3$ anos, variando de 19 a 66 anos de idade. O tempo decorrido entre a cirurgia e a entrevista foi de 17,1 meses.

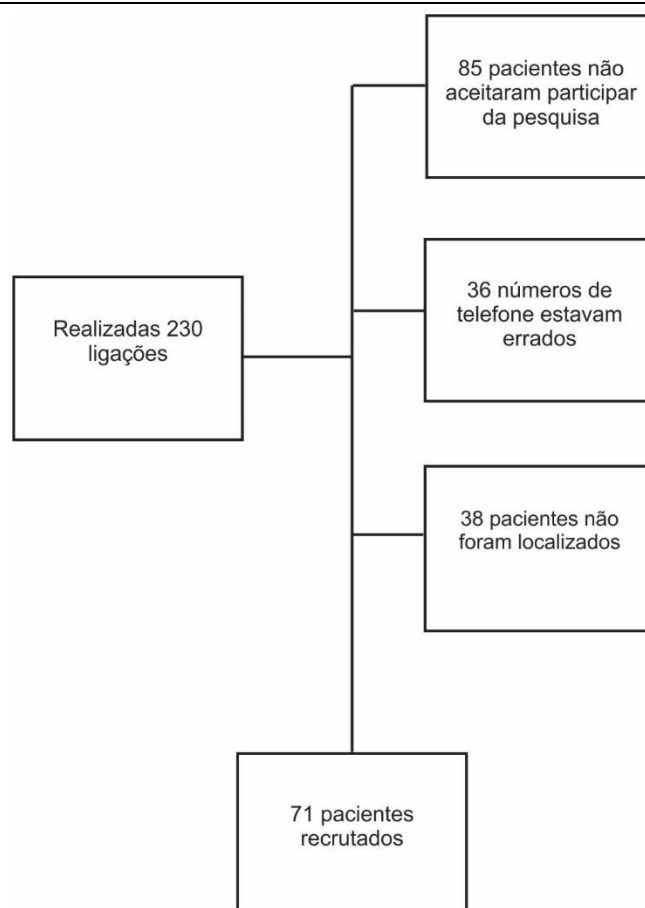


Figura 1 - Fluxograma de seleção de pacientes para o estudo.

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	76,1 (76,1)
Não	17 (23,9)
Escolaridade (em anos de estudo)	
0-11	32 (45,1)
>11	39 (54,9)

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

Características	n (%)	Características	n (%)
Classificação do IMC atual		Medicamento antidepressivo	
Eutróficos	22 (31,0)	Atual	22 (31,0)
Sobrepeso	14 (19,7)	Antes da cirurgia	18 (25,4)
Obeso grau I	5 (7,0)	Não	49 (69,0)
Obeso grau II	1 (1,3)	Consumo de álcool atual	
Comorbidades*		Atual	11 (15,5)
Sim	44 (62,0)	Antes da cirurgia	15 (21,1)
Não	21 (29,6)	Abstêmico	60 (84,5)
Ignorado	6 (8,5)	Tabagismo	
Humor no pré-cirúrgico*		Fumante	1 (1,4)
Ansiedade	42 (59,2)	Ex-fumante	9 (12,6)
Tristeza	8 (11,3)	Nunca fumou	61 (87,4)
Agitação e nervosismo	21 (29,6)	Uso de drogas ilícitas	
Ignorado	23 (32,4)	Atual	0 (0)
Tipo de cirurgia		Antes da cirurgia	8 (11,3)
Bypass	49 (69,0)	Nunca	63 (88,7)
Sleeve	22 (31,0)		

Legenda: *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.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

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

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 cirurgia e após o procedimento apenas um continuou fumando.

Dos 15 participantes que consumiam bebida alcoólica antes da cirurgia bariátrica, cinco continuaram bebendo álcool após o procedimento cirúrgico, enquanto os outros dez se tornaram abstêmicos. Entretanto, seis passaram a consumir álcool após a cirurgia bariátrica. 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 cirurgia bariátrica. 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†

Legenda: * teste t de Student; † teste de McNemar. CB = cirurgia bariátrica; μ = média; DP = desvio padrão.

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 cirurgico em mês($\mu \pm DP$)	14,2 \pm 6,8	18,8 \pm 7,3	0,013 [‡]
Escala de Rosemberg ($\mu \pm DP$)	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 [†]

Legenda: * 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.

Considerando a classificação de autoestima pela Escala de Autoestima de Rosemberg a média foi de 25,5 (DP \pm 1,9), variando de 21 a 31 pontos. Do total, 98,4% apresentaram média autoestima e 1,6% alta autoestima.

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.

A Tabela 4 apresenta a comparando dos sintomas depressivos aferidos pelo Inventário de Beck, em relação aos dados sociodemográficos, perda ponderal percentual, técnica cirúrgica utilizada, autoestima e estilo de vida.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica 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 Cash (2002), a preocupação com a imagem corporal resulta na insatisfação com o corpo, que somada a outros sintomas depressivos, pode contribuir para a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica.

Essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como se percebe o ambiente, inclusive modificando as relações com outras pessoas.

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 às 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 cirurgia bariátrica, estão relacionadas com a preocupação com a imagem corporal (Souza e colaboradores, 2014).

Os pacientes depressivos ou com sintomas depressivos geralmente apresentam sintomas que causam impacto significativo no convívio social, no trabalho ou em outras áreas importantes (ABP, 2014).

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 cirurgia bariátrica há aproximadamente 14 meses, ou seja, há menos tempo que os pacientes que não apresentaram sintomas depressivos.

Segundo Marcelino e Patrício (2011) 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. Ainda há muita expectativa, ansiedade e insegurança relativa à nova situação.

O Transtorno Depressivo Maior é uma complicação frequente da cirurgia, o que pode levar a uma maior morbidade e mortalidade (Ghoneim e O'Hara, 2016).

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-operatórias (Toussi e colaboradores, 2009).

Nessa fase de adaptação, a cirurgia bariátrica tende a provocar déficits nutricionais importantes, se não houver suplementação nutricional adequada.

Essa situação exige acompanhamento profissional sistemático com base em exames laboratoriais (Gomes, 2009), 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 B12 (Blume e colaboradores, 2012; Bordalo e Teixeira, 2011; Schweiger e colaboradores, 2010).

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 depressivos (Hvas e Nexø, 2006).

A cirurgia bariátrica 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 Rizzolli (2006) 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 peso.

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 depressão (Fandiño e colaboradores, 2004).

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 casada. 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 que busca pela cirurgia bariátrica é mulheres (Matos e colaboradores, 2002), fator 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 jovens (Silva e colaboradores, 2015).

Cerca de 70% do público que realiza a cirurgia bariátrica tem entre 35 e 50 anos (Matos e colaboradores, 2002).

Quanto a justificativa para a situação conjugal como causador da obesidade e busca pela cirurgia bariátrica, 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 vida (James, 2004).

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 cirurgia bariátrica.

As mudanças de comportamento que visam o corpo que se enquadre nos padrões de beleza imposta como ideal pela sociedade podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal.

Para Matos e colaboradores (2002), 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 psiquiátricos.

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. 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 (2011), 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 ideais.

Essa mudança pode se dar devido as alterações necessárias referentes a quantidade de alimentos ingeridos que causa deficiência nutricional, prejudicando a fisiologia 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.

Estudo realizado com candidatos 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 ansiedade (Silva e Maia, 2012).

No entanto, a cirurgia bariátrica 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 Sistema Nervoso Central (Rao, 2012).

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 (2009) 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 estômago.

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.

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 pudesse haver casos de ganho de peso, sintomas depressivos ou adoção de outros vícios.

Além disso, não há dados relativos à 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 cirurgia bariátrica, sendo encaminhado ao serviço de psiquiatria. Alguns dados são autorelatados, 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.

Com base nos dados do presente estudo é possível concluir que a autoestima no pós-operatório da cirurgia bariátrica 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 cirurgia bariátrica.

Houve associação estatisticamente significativa na redução de peso corporal e IMC ao se comparar o antes e o depois da cirurgia bariátrica, 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.

REFERENCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome

Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4ª edição. São Paulo. 2016.

2-ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM V. Porto Alegre. Artmed. 2014.

3-Benaiges, D.; Goday, A.; Pedro-Botet, J.; Más, A.; Chillarón, J.J.; Flores-Le Roux, J.A. Bariatric surgery: to whom and when? *Minerva Endocrinology*. Vol. 40. Núm. 2. 2015 p.119-128.

4-Benedetti C. De obeso a magro: A trajetória psicológica. São Paulo: Vetor. 2009.

5-Blume, C.A.; Boni, C.C.; Casagrande, D.S.; Rizzolli, J.; Padoin, A.V.; Mottin, C.C. Nutritional Profile of Patients Before and After Roux-en-Y Gastric Bypass: 3-Year Follow-up. *Obesity Surgery*. Vol. 22. Núm. 11. 2012. p.676-685.

6-Bordalo, L.A.; Teixeira, T.F.S.; Bressan, J.; Mourão, D.M. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 57. Núm. 11. 2011. p.113-120.

7-Brandão, I.; Pinho, A.M.; Arrojado, F.; Pinto-Bastos, A.; Costa, J.M.; Coelho, R., Calhau, C.; Conceição, E. Diabetes Mellitus Tipo 2, Depressão e Alterações do Comportamento Alimentar em Doentes Submetidos a Cirurgia Bariátrica. *Acta Medica Portuguesa*. Vol. 29. Núm. 3. 2016. p.176-181.

8-Cash, T.F.; Pruzinsky T. *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York. Guilford Press. 2002.

9-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. p. 73-84.

10-Fandiño, J.; Benchimol, A. K.; Coutinho, W. F.; Appolinário, J.C. Cirurgia Psiquiatria, bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol. 26. Núm. 1. 2004. p.47-51.

- 11-Freud Online. Inibições, sintomas e angústia. 2016. Disponível em: <<http://www.freudonline.com.br/livros/volume-20/vol-xx-2-inibicoes-sintomas-e-ansiedade1926-1925/>> Acesso em: 15/11/2016.
- 12-Ghoneim, M.M.; O'Hara, M.W. Depression and postoperative complications : an overview. *BMC Surgery*. Vol. 16. 2016. p. 1-10.
- 13-Gomes, G.S. Perfil nutricional dos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Digital de Nutrição*. Vol. 3. 2009. p.462-476.
- 14-Hutz, C.S.; Zanon, C. Revision of the Adaptation, Validation, and Normalization of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Avaliação Psicológica*. Vol. 10. Núm. 1. 2011. p.41-49.
- 15-Hvas, A.M.; Nexø, E. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency. An update. *Haematologica*. Vol. 91. Núm. 11. 2006. p.1506-1512.
- 16-Instituto Nacional de Câncer. Vigilância de tabagismo em escolares. Brasil: Instituto Nacional de Câncer. 2015.
- 17-James, P.T. Obesity: The Worldwide Epidemic. *Clinics in Dermatology*. Vol. 22. Núm. 4. 2004. p.276-280.
- 18-Magdaleno, R. J. 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.
- 19-Marcelino, L.F.; Patrício, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saude Coletiva*. Vol. 16 Núm. 12. 2011. p. 4767-4776.
- 20-Masur, J.; Monteiro, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*. Vol. 16. Num. 3. 1983. p.215-218.
- 21-Matos, M.I.R.; Aranha, L.S.; Faria, N.A.; Ferreira, S.R.G.; Bacaltchuck, J.; Zanella, M.T. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24. Núm. 4. 2002. p.165-169.
- 22-Rao, R.S. Bariatric Surgery and the Central Nervous System. *Obesity Surgery*. Vol. 22. 2012. p. 967-978.
- 23-Repetto, G.; Rizzolli, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In M. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. Galvão, W.Coutinho, (Orgs.). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2006. p.343-352.
- 24-Schultheisz, T.S.V.; Aprile, M.R. Autoestima, conceitos, correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corpor e Saúde*. Vol. 5. Núm. 1. 2015. p.36-48.
- 25-Schweiger, C.; Weiss, R.; Berry, E.; Keidar, A. Nutritional Deficiencies in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*. Vol. 20. Núm. 2. 2010. p.193-197.
- 26-Silva, P.T.; Patias, L.D.; Alvarez, G.C.; Kirsten, V.R.; Colpo, E.; Moraes, C.M.B. Profile of patients who seek the bariatric surgery. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. Vol. 28. Núm. 4. 2015. p.270-273.
- 27-Silva, S.S.P.; Maia, A.C. Obesity and Treatment Meanings in Bariatric Surgery Candidates: A Qualitative Study. *Obesity Surgery*. Vol. 22. Núm. 11. 2012. p.1714-1722.
- 28-Sousa, P.; Bastos, A.P.; Venâncio, C.; Vaz, A.R.; Brandão, I.; da Costa, J.M.; Machado, P.; Conceição, E. Compreender a Sintomatologia Depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do Peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. *Acta Médica Portuguesa. Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Vol. 27. Núm. 4. 2014. p. 450-457.
- 29-Tae, B.; Pelaggi, E.R.; Moreira, J.G.; Waisberg, J.; Matos, L.L.; D'Elia, G. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol. 41. Núm. 3. 2014. p.155-160.
- 30-Toussi, R.; Fujioka, K.; Coleman, K.J.; Pre- and Postsurgery Behavioral Compliance, Patient Health, and Postbariatric Surgical Weight Loss. *Obesity*. Vol. 17. Núm. 5. 2009. p.996-1002.

31-Zancaner, M.S. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In: Franques, A.R.M; Arenales-loli, M.S. Novos corpos, novas realizadades - Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo. Vetor. 2011.

Recebido para publicação em 16/01/2019

Aceito em 31/03/2019