

## **A DEPRESSÃO EM PACIENTES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: FATORES QUE DESENCADAIAM E CARACTERÍSTICAS**

*Nayara de Oliveira Silva<sup>1</sup>*

*Prof. Fausto Rocha Fernandes<sup>2</sup>*

**RESUMO:** A obesidade é um fenômeno que acompanha uma série de complicações que comprometem a saúde de maneira geral e pode acometer ao indivíduo risco de vida. Trata-se também de uma questão centrada no aspecto comportamental, suas causas são ocasionadas por diversos fatores: predisposição genética, estilo de vida, alterações hormonais, má alimentação e sedentarismo. Dentre as alternativas para a perda de peso tem-se a cirurgia bariátrica, indicada para obter resultados mais eficazes, no entanto a saúde emocional é afetada em decorrência desse procedimento. O presente estudo teve como objetivo verificar as características psicológicas e analisar os indícios e a prevalência de depressão em pacientes ex-obesos. A metodologia deste artigo constitui-se numa pesquisa de delineamento bibliográfico fazendo um levantamento de material já elaborado em obras na literatura, artigos e revistas científicas. Diante do exposto, o presente estudo verificou indícios de sintomas depressivos em pacientes após a cirurgia bariátrica, e o quanto é importante a adoção de uma série de cuidados a longo prazo após esse procedimento, incluindo acompanhamento psicológico correlacionado com mudança de estilo de vida e aceitação do novo corpo como prevenção do desenvolvimento destes sintomas.

**Palavras chave:** Depressão. Obesidade. Cirurgia Bariátrica.

### **1. INTRODUÇÃO**

O presente artigo aborda a temática sobre depressão em pacientes após a realização da cirúrgica bariátrica, nota-se em alguns casos que os pacientes tendem

---

<sup>1</sup> Graduanda no Curso de Bacharelado de Psicologia, UNIFUCAMP - Centro Universitário de Mário Palmério. E-mail: [nayarasilva@unifucamp.edu.br](mailto:nayarasilva@unifucamp.edu.br)

<sup>2</sup> Prof. Docente na Instituição UNIFUCAMP - Centro Universitário de Mário Palmério. E-mail: [faustorochoaferrandes@bol.com.br](mailto:faustorochoaferrandes@bol.com.br)

a demonstrar efeitos psicossociais após a cirurgia, sendo a depressão um dos mais comuns. Assim, é válido destacar a importância do psicólogo, nesses casos, tanto no pré como no pós-operatório do paciente.

A obesidade, segundo a Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2017), é definida como acúmulo anormal de gordura corporal consequente do desequilíbrio entre a energia ingerida e gasta pelo indivíduo, representando risco à saúde, tendo em vista que aumenta a possibilidade de desenvolvimento de comorbidades, que podem levar o indivíduo à morte. É considerada como doença crônica, de origem multifatorial, que abrange a agregação de fatores genéticos orgânicos, ambientais, comportamentais e psicológicos.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo geral, verificar as características psicológicas e analisar os indícios e a prevalência de depressão em pacientes ex-obesos, considerando a importância de indicadores referentes aos possíveis sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em pacientes acometidos pela cirurgia bariátrica. Como objetivos específicos busca-se, através da revisão bibliográfica, analisar o significado da obesidade, as expectativas destes em relação ao tratamento e a importância do acompanhamento de profissionais especializados, principalmente após a cirurgia.

O presente estudo discorre sobre possíveis sintomas depressivos provocados em pacientes ex-obesos em decorrência da cirurgia bariátrica, considerando que essa problemática tem sido alvo de muitos questionamentos, principalmente por afetar a qualidade de vida das pessoas devido às comorbidades a ela associadas que são fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, principalmente psicológicas.

À vista disso, esse trabalho tem como hipótese que o acompanhamento do psicólogo, tanto no pré quanto no pós-operatório, é fundamental para o sucesso da gastroplastia, e como justificativa pessoal, a aquisição de conhecimento mais aprofundado do tema escolhido, motivado principalmente pelos estudos sobre a avaliação de indícios de depressão em pacientes ex-obesos, além da justificativa social, que é a promoção de uma melhor adesão ao tratamento no pós-operatório, e da justificativa científica, que intenta a compreensão da correlação com a autoestima

e a presença de sintomas depressivos, tendo em vista discorrer sobre medidas que possam auxiliar o paciente de forma consciente.

Verifica-se que as primeiras recomendações médicas após o diagnóstico de obesidade são a adoção de exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis, em alguns casos o uso de medicação é prescrito, porém, existem quadros em que nenhuma das possibilidades atingem os resultados almejados e então a cirurgia bariátrica torna-se a alternativa mais eficaz, apresentando como principal benefício a perda de peso, no intuito de promover a melhoria na qualidade de vida, e diminuição do risco de mortalidade.

O tratamento cirúrgico da obesidade demanda a atenção sobre a presença da depressão, ansiedade e compulsão alimentar. Considerando esses aspectos faz-se necessário a avaliação psicológica pré e principalmente pós-operatória, visto que a cirurgia bariátrica envolve um processo de mudanças físicas, hormonais, nutricionais, sociais e emocionais.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Obesidade e a cirurgia bariátrica**

A obesidade pode ser caracterizada como um grande acúmulo de gordura corporal presente no organismo comprometendo a saúde do indivíduo. Nesse sentido de acordo com Barbieri & Mello (2012) a obesidade é definida também como pelo excesso de consumo alimentar comparado com o consumo de energia para as atividades vitais, ou seja, um balanço energético positivo comprometendo a saúde e a qualidade de vida do indivíduo. É classificada segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC), dividindo o peso corporal em kg pelo quadrado da altura em m<sup>2</sup>, sendo considerada obesidade grau I quando o IMC está entre 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>, grau II é quando o IMC é entre 35 a 39,9kg/m<sup>2</sup> e grau III é quando o IMC é maior que 40 kg/m<sup>2</sup>.

A obesidade mórbida ou severa é acompanhada de uma série de complicações que comprometem a saúde de maneira geral e põe em risco a vida do indivíduo. Entre

as complicações estão os distúrbios cardiovasculares, ortopédicos, digestivos, endócrinos, dermatológicos e respiratórios (GARRIDO, 2002).

A busca desenfreada pelo peso e o nível ideal de saúde exige uma atenção a nutrição e a inclusão de práticas saudáveis. Sabe-se que no Brasil, o aumento da população obesa refletiu no aumento das doenças comórbidas, motivando ações que orientem a redução das deficiências nutricionais da alimentação adotada e visando a prevenção das doenças crônicas. As doenças crônicas como infarto do miocárdio, diabetes, cânceres e hipertensão, estão muitas vezes interligadas e associadas a fatores de risco, por exemplo, o diabetes tipo II pode estar associado ao aumento de triglicerídeos. Assim, os programas de promoção da saúde visam a adesão às dietas saudáveis e a atividade física com intuito de reduzir os riscos que a obesidade implica (SICHERI et al, 2000).

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo em excesso de gordura corporal no indivíduo e um fator de risco para inúmeras doenças, entre elas, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia mundial que se origina principalmente pela má alimentação e pelo sedentarismo (DIAS et al., 2017).

A obesidade não é uma patologia psiquiátrica, por estar vinculada a causas orgânicas, porém intensamente entrelaçada a fatores emocionais, de ordem psicossomática. Está associada a transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade em 60% dos casos e relacionada com transtornos de alimentação em 30% dos casos (MELLO FILHO 2000).

Conforme destaca Berthoud (2007), os fatores relacionados à obesidade são complexos e multideterminados, envolvendo mecanismos biológicos, ambientais e neuropsicológicos. Estudam-se os mecanismos cerebrais envolvidos no controle da saciedade, mudanças na disponibilidade dos alimentos e o aumento do apelo sensorial, associado ao seu valor hedônico, como principais responsáveis pelo excesso no consumo.

De acordo com Khaodhiar e Blackburn (2001), pessoas obesas podem apresentar maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade. Entretanto, a natureza associativa entre obesidade e

depressão ainda não está completamente estabelecida, porém, estudos apontam que a obesidade pode ser considerada um fator de risco para a depressão, e a depressão pode ser apontada como preditiva para se desenvolver obesidade.

Sabe-se que um dos fatores que influenciam diretamente a obesidade são os biológicos e genéticos. Para Lent (2004 apud SOUSA et al., 2011), cada pessoa em sua particularidade está sujeita a vários fatores, entre eles os genéticos para escolher a quantidade de alimentos que vai consumir e este mesmo comportamento pode ter seus mecanismos variados de pessoa para pessoa, dependendo do estado emocional. O hipotálamo tem duas áreas que regulam a ingestão de alimentos e são elas a região lateral e a ventromedial. A região lateral relaciona-se ao centro da fome, já a região ventromedial está ligada à saciedade. Todas as regiões do hipotálamo estão sob influência do sistema límbico e qualquer alteração desse sistema liga-se e interfere na vontade de comer, chamada de fome.

Atualmente, existem diversos tratamentos para a perda de peso, dentre os quais se destaca a variedade de dietas, psicoterapias, medicamentos e programas de atividades físicas. Porém, a maioria dos obesos mórbidos não obtém sucesso com esses recursos. Com isso surgem outros problemas, além daqueles associados ao ganho de peso, como, por exemplo, a frustração e a ansiedade constantes, o estresse e a depressão, que influenciam ainda mais no comportamento alimentar inadequado e no agravamento da morbidade (REPETTO, RIZZOLLI, BONATTO, 2003).

Segundo Martins (2010), a obesidade, portanto, vem sendo uma grande preocupação, começando a ser vista como epidemia, originando políticas públicas para o seu tratamento. Destaca-se, também, que incentivos para o combate da obesidade têm como objetivo diminuir a incidência de doenças diretamente relacionadas ao aumento de peso, como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, quadros psicopatológicos, entre outros. Para que isso ocorra, deve haver uma mudança significativa em seu estilo de vida, pois os fatores genéticos, metabólicos e morfológicos são muito fortes na manutenção da obesidade.

Atualmente, a obesidade atinge grandes proporções, segundo a World Health Organization (WHO, 2017), sendo considerada como um dos maiores problemas de

saúde pública no mundo, no qual 2,8 milhões de pessoas morrem por ano como resultado de sobrepeso ou obesidade, ou de complicações relacionadas à obesidade.

A obesidade, segundo Porcu et al. (2011), não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém, distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes dispostos de tal condição. Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é o que mais se associa ao quadro de obesidade. A depressão é um transtorno do humor caracterizado, principalmente, pela presença de humor deprimido, perda do interesse por atividades prazerosas, alterações de sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas

Os impactos da obesidade podem ser sentidos pelos indivíduos muito além das questões físicas, pois, em decorrência disso, tem-se uma menor qualidade de vida, mais acesso aos serviços de saúde, ausências no ambiente de trabalho e escolar, limitações nas atividades diárias e por isso, muitas pessoas, que sofrem de obesidade, recorrem a vários procedimentos para conseguir perder peso, além de riscos de doenças (AMARAL; PEREIRA, 2008).

Segundo Fisberg (2004), o tratamento da obesidade deve incluir modificações dietéticas, aumento na atividade física, e modificação comportamental na postura familiar e do indivíduo obeso. Acredita-se que esse tratamento deve ser baseado em uma ação multidisciplinar, integrada por profissionais como professor de educação física, nutricionista, psicólogo e médico, visando principalmente o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo.

Atualmente, existem diversos tratamentos para a perda de peso, dentre os quais se destaca a variedade de dietas, psicoterapias, medicamentos e programas de atividades físicas, porém, a maioria dos obesos mórbidos não obtém sucesso com esses recursos.

Com isso surgem outros problemas, além daqueles associados ao ganho de peso, como, por exemplo, a frustração e a ansiedade constantes, o estresse e a depressão, que influenciam ainda mais no comportamento alimentar inadequado e no agravamento da morbidade (Repetto et al 2003).

Muitas pessoas que sofrem de obesidade, recorrem a vários procedimentos para conseguir perder peso, além de reduzir riscos às doenças. De acordo com Segal

et al., (2002), o crescimento do número de pessoas obesas está sendo considerado um problema de saúde pública, principalmente porque esses casos estão sobrecarregando o sistema público de saúde no tratamento de excesso de peso e doenças ligadas a esse problema. A questão é que a obesidade é uma doença multifatorial, relacionada com diversos aspectos, desde aqueles de ordem genética até os de ordem socioambiental, podendo-se depreender que 95% ou mais dos casos estão intimamente ligados ao estilo de vida.

Nota-se que a cirurgia bariátrica é um procedimento que vem sendo bastante procurado, contudo esse traz importantes implicações emocionais e sociais, sobretudo no que se refere à condição psicológica. O pós-operatório é marcado por intensas alterações físicas, psíquicas e sociais, vivenciadas de um modo bastante rápido, impossibilitando que a paciente tenha tempo suficiente para elaborar estas mudanças, o que se expressa frequentemente por angústia e alguns sintomas depressivos.

Considerando esses fatores, a avaliação pré-operatória do paciente realizada pela equipe multiprofissional deve envolver o rastreamento de transtornos psiquiátricos tanto atuais e passados, assim como, uma investigação da capacidade psicológica do paciente suportar as modificações impostas pela cirurgia. A existência de alterações do foro psicológico não é por si só impeditivo da realização do tratamento, mas estas deverão ser levadas em consideração nas opções a tomar face ao mesmo (SEGAL, 2003).

De acordo com os autores Fandiño et al., (2004); Gordon et al., (2011), o objetivo da cirurgia bariátrica não se restringe somente à perda de peso, mas inclui a melhora no funcionamento psicossocial, na qualidade de vida e também para a estabilização dos parâmetros clínicos. Uma rigorosa avaliação é realizada antes de indicá-la, além da avaliação psicológica já citada acima, o paciente passa por profissionais das áreas da nutrição e enfermagem. Cabe destacar que, para a cirurgia ter sucesso, depende da motivação do paciente para uma reeducação alimentar e a mudança no estilo de vida.

A cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia e cirurgia de redução de estômago, é um procedimento cirúrgico com o objetivo de proporcionar a

perda de peso. As técnicas foram aperfeiçoadas com o passar dos anos e, devido a essas melhorias, a cirurgia vem sendo bem mais aceita entre médicos e pacientes. Entretanto, a opção da cirurgia ocorre para pacientes que já esgotaram outros tipos de tratamento e não obtiveram sucesso. Um dos critérios para os candidatos à cirurgia bariátrica, é a obesidade mórbida que está classificada com pessoas cujo IMC é maior ou igual a 40 (SILVA, 2006).

De acordo com Fandiño et al., (2004) o tratamento cirúrgico é oferecido a pacientes gravemente obesos e conscientes da cirurgia. São possíveis candidatos os pacientes com obesidade mórbida de IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup>, estando presentes, há mais de cinco anos e com insucesso nos tratamentos anteriores; e pacientes com IMC entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup> que possuem doenças crônicas agravadas pela obesidade, tais como hipertensão, dislipidemias, diabetes tipo 2, apnéia do sono, entre outras, sendo contraindicado para pacientes com pneumonias graves, insuficiência renal, problemas cardíacos e cirrose hepática.

Assim, a opção da cirurgia ocorre para pacientes que já esgotaram outros tipos de tratamento e não obtiveram sucesso. Um dos critérios para os candidatos à cirurgia bariátrica é a obesidade mórbida que está classificada pela tabela cujo IMC é maior ou igual a 40.

De acordo com Oliveira et al., (2004), o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo, principalmente no pós-operatório onde é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis, pois, é a fase de recuperação, de adaptação à nova dieta, novos hábitos e atitudes. Isso gera expectativa, ansiedade e a insegurança do novo período, novo corpo, demanda o acompanhamento psicológico observando a melhora com relação à autoestima do paciente, satisfação com a imagem corporal, seu envolvimento social, mudanças de comportamento, projeto de vida, relação e melhora entre os sintomas depressivos, ansiosos.

Portanto, o paciente precisa conhecer muito bem qual é o procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia. Por isso, além das orientações técnicas, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo.



## 2.2 A depressão em pacientes ex-obesos

Sob essa perspectiva, para a psicologia, ao realizar pesquisas nesta área nota-se o quanto é importante para o psicólogo adquirir mais informações sobre a obesidade, ex-obesos e de depressão, para então lidar com os determinados pacientes e os fatores de risco, como pessoas que realizaram ou realizarão cirurgia bariátrica, uma vez que esta é indicada para pacientes dentro do quadro de indicações. Também é importante para o desenvolvimento de futuros planos de intervenções nas práticas da Psicologia Clínica e da área da Saúde, para aprofundar estudos e orientações correlacionados os aspectos psicológicos e a doença de obesidade. (ROCHA; COSTA, 2012).

Para Wadden & Sarwer (2006), entende-se que o candidato à cirurgia bariátrica deve ser avaliado e preparado através de consultas e acompanhamentos psicoeducacionais para lidar com as mudanças físicas, fisiológicas, sociais, psicológicas e comportamentais que advirão da cirurgia, com vistas a obter bons resultados e melhoria na qualidade de vida.

Segundo Beck e Alford (2011), ao descrever os sintomas da depressão, distinguem-se em manifestações emocionais, cognitivas, motivacionais ou físicas e vegetativas. As principais emocionais, são a alteração de humor, sentimento de deprimido; sentimentos negativos em relação a si próprio; redução da satisfação; perda dos vínculos emocionais; crises de choro; e perda da resposta ao humor; cognitivas e auto avaliação, expectativas negativas; autor-recriminação e autocrítica; indecisão; e distorção da imagem corporal; motivacionais como paralisia da vontade; retraimento; desejos suicidas; e aumento da dependência; e vegetativas e físicas onde ocorre a perda de apetite; perturbação do sono; perda da libido; e fadiga.

Vem sendo feitas associações entre as duas patologias, segundo Fortes e Melca (2014), os transtornos mentais como depressão e ansiedade vão propiciar o desenvolvimento da obesidade, como a obesidade também pode favorecer os episódios desses transtornos. A associação da depressão com outras doenças clínicas pode causar uma evolução da doença.

A depressão pode ser um fator de risco para o indivíduo desenvolver doenças crônicas, porque provoca alterações hormonais e fisiológicas no organismo. Da mesma maneira que os pacientes com doenças crônicas podem favorecer o desenvolvimento da depressão devido as alterações biológicas que o organismo é submetido e também uma certa limitação nas atividades diárias (BOING et al., 2012).

O status psiquiátrico varia enormemente entre as pessoas que buscam cirurgia bariátrica, uma maioria tem essencialmente funcionamento psicossocial normal; não obstante, aproximadamente 25% a 30% dos pacientes demonstram sintomas clinicamente significativos de depressão no momento da avaliação para cirurgia. Pacientes encontrados em clínica médica e cirúrgica geralmente registram taxas mais altas de depressão e ansiedade do que a população geral, potencialmente por causa do estresse emocional associado às complicações físicas que os levaram a procurar atenção médica (SWENSON, et al. 1973).

Conforme Pinto (2004), em relação ao papel do psicólogo no processo da cirurgia bariátrica, este classifica o trabalho do psicólogo em dois pontos: o primeiro na avaliação psicológica e o segundo se refere ao acompanhamento. A avaliação facilita o diagnóstico de transtornos alimentares, tendências compulsivas e a partir disso trabalhar em um laudo psicológico que comprove a necessidade da intervenção cirúrgica. O laudo também possibilita aos médicos o conhecimento de que o paciente está saudável e apto para o procedimento.

Ainda segundo Machado e Morona (2007), pode-se dizer que a metodologia para a avaliação do candidato à cirurgia bariátrica não pode ser baseada em fórmulas prontas, com a indicação desta ou daquela técnica. O psicólogo deverá trabalhar de forma a estabelecer um processo de avaliação utilizando os instrumentos que melhor forem atingir os objetivos traçados, com o intuito de responder à pergunta crucial formulada no início da avaliação, ou seja: o candidato tem condições psicológicas para se submeter a cirurgia e a todos os procedimentos posteriores, todas as mudanças que ocorrerão, assim como adaptar-se a um novo estilo de vida e relacionamento?

A cirurgia bariátrica, diferentemente de outras áreas cirúrgicas, precisa ser entendida não apenas como mais uma atividade exercida pelo cirurgião geral, e sim como uma filosofia de um programa complexo de perda de peso em longo prazo.

Deve-se destacar que, para se obter bons resultados, é necessário um acompanhamento frequente, efetuado por uma equipe de saúde composta por nutricionistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, garantindo uma perda de peso adequada, dentro dos padrões de saúde (BUSSETO et al., 1996; RAFAELLI et al., 2005).

Assim, o acompanhamento psicológico se faz necessário em todas as fases do procedimento, se prolongando até a fase pós-cirúrgica, o que pode perdurar por alguns anos.

Entende-se que pacientes com estruturas mais frágeis, com o passar do tempo, podem levar a um enfraquecimento da motivação para continuar a luta para a manutenção da perda de peso. O resultado do pós-cirúrgico, e a frustração consigo mesmas, piora principalmente na autoestima e, muitas vezes, desistência do acompanhamento pós-operatório.

O pós-operatório é a fase mais crítica de todo o processo envolvendo a cirurgia bariátrica. A terapia auxilia o paciente em seu autorreconhecimento e na construção de sua imagem, de seu próprio corpo. Após a perda massiva de peso, é frequente o aparecimento de pele excessiva, o que tem grande impacto na imagem corporal e no autoconceito do paciente, comprometendo, em grande medida, a qualidade de vida e o funcionamento psicológico, podendo estar associado a sentimentos de vergonha e isolamento (Kitzinger et al., 2012).

Contudo, verifica-se que a preocupação dessa temática é pertinente, posto que o procedimento cirúrgico tem sido indicado e realizado com frequência, por isso a importância de ressaltar os cuidados com as consequências psicológicas e psiquiátricas, ainda pouco conhecidas.

### **3. METODOLOGIA**

Para este estudo, foram realizadas pesquisas com abordagem bibliográfica, com caráter qualitativo, esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, com base em livros, artigos científicos, periódicos acadêmicos entre outros, sob o enfoque e perspectivas do que foi tratado o assunto e

apresentado na literatura científica, quanto ao período do material consultado, verificou datas do acervo de 1973 a 2017, e quanto ao período de idealização do estudo este iniciou-se em novembro de 2020, findando-se em julho de 2021.

A pesquisa bibliográfica teve como intuito fazer um apanhado geral sobre o material já escrito a respeito do assunto, pois esses materiais oferecem dados atualizados e referentes ao tema discutido, evitando-se assim a repetição de erros (LAKATOS; MARCONI, 2017).

A pesquisa presente é caracterizada como bibliográfica, utilizando-se como materiais e fontes de pesquisa livros, artigos, monografias e reportagens sobre o assunto. Para delimitar o tema, pesquisou-se com palavras como, obesidade, depressão, cirúrgica bariátrica para compor o material teórico do presente estudo.

Conforme Salomon (2004), a pesquisa bibliográfica fundamenta-se em conhecimentos proporcionados pela documentação, acervos bibliográficos entre outras ciências e técnicas empregadas de forma metódica envolvendo a identificação, localização e obtenção da informação, fichamento e redação do trabalho científico. Esse processo solicita uma busca planejada de informações bibliográficas para elaborar e documentar um trabalho de pesquisa científica.

Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento organizado do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a sua finalização, comunicação e divulgação.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante do contexto teórico apresentado verifica-se a importância de refletir sobre o fato de que o obeso vivencia problemas de ordem psicossocial que emergem como resultado da obesidade e que, de certa forma, acabam potencializando fatores que predispõe a pessoa à manutenção ou ao agravamento da doença. A obesidade não é considerada uma doença psiquiátrica, contudo é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de humor e alimentares.

Ribeiro et al., (2013) defendem em seu artigo que a cirúrgica bariátrica possui benefícios quanto a melhora das comorbidades, qualidade de vida e perda de peso, o que ocasiona uma percepção corporal positiva no indivíduo. A busca por esses benefícios influencia na tomada de decisão. Porém, com estas considerações, acrescentam que a tomada de decisão pode ser influenciada pelas tentativas de emagrecimento mal sucedidas através de outros métodos como: dietas, medicamentos, reeducação alimentar, etc. O processo de emagrecimento influencia na melhora da autoestima, onde reestabelece o convívio social, prática de atividade física e no interesse afetivo-sexual que antes era prejudicado pela insatisfação corporal.

De acordo Silva e Costa (2003), em seu estudo explicam sobre os principais aspectos ocorridos após o terceiro mês da cirurgia, onde há um confronto do paciente com relação à perda de peso, pois, com o emagrecimento, ele constata que os seus problemas continuam existindo. Nesse momento é comum aparecer depressão, além do que, o foco do problema pode ser direcionado para outro objeto do qual não se tinha consciência. Para eles, a primeira fase é de grande alegria com a perda de peso, ocasionando uma melhora no funcionamento psicológico, pois a cirurgia age diretamente na autoestima.

Ainda sob a perspectiva de Silva e Costa (2003) a segunda fase que seria no terceiro mês é a mais preocupante, pois, o paciente passa a entrar em contato com questionamentos e enfrentamentos de sua nova realidade, seus sonhos e ideais. Surge uma nova vida, social, interpessoal, familiar, afetiva, sexual e profissional, à qual ele terá que se adaptar. Na fase seguinte, dentre o sexto a oitavo mês, começa a ser “notado”, tanto no meio social quanto familiar. É uma fase de grande euforia com a nova imagem corporal.

Um ano após a cirurgia o peso já está estabilizado, mas algumas pessoas sentem-se insatisfeitas, pois, não alcançaram certos objetivos, como a aquisição de uma imagem positiva do novo corpo. Nesse momento, muitos procuram auxílio psicoterápico para reorganizar a vida e trabalhar aspectos dessa nova identidade (SILVA E COSTA 2003).

Ja em relação aos resultados do estudo realizado por Greenberg (2003),

compreende-se que embora os indivíduos obesos da população geral não pareçam evidenciar um aumento da morbidade psiquiátrica, ocorre um aumento da psicopatologia em pacientes gravemente obesos (Obesidade Grau III).

A obesidade extrema está associada com um risco aumentado de complicações psicossociais, incluindo depressão, transtornos alimentares e prejuízo na qualidade de vida assim como parece estar ligada a maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais. As alterações psiquiátricas podem atingir prevalência de até 50%. Parece mesmo haver uma relação direta entre o IMC e o grau de prejuízo psicossocial (GREENBERG, 2003).

Conforme estudo realizado por Travado (2004), levantaram a condição psicológica de 212 candidatos à cirurgia bariátrica e encontraram algumas alterações clinicamente significativas ao nível da personalidade básica, e um aumento sugestivo de patologia para os outros subtipos de personalidade. Foram levantadas informações aprofundadas quanto ao perfil psicológico dos candidatos através de entrevista semiestruturada.

Os pacientes apontaram como causas mais relevantes da sua obesidade: os hábitos alimentares inadequados, a compulsão para comer, alterações do seu estado emocional, humor e acontecimentos de vida precipitantes. A respeito dos principais motivos subjacentes à tomada de decisão face à cirurgia, os pacientes declararam: melhoria dos problemas de saúde, eficácia da cirurgia na perda de peso e melhoria da autoestima, sendo o grau de motivação referido bastante elevado (Travado 2004).

Expressaram ter apoio por parte dos familiares quanto à realização do tratamento. Apresentaram importante expectativa quanto aos resultados, centrando-se majoritariamente na diminuição de peso, bem-estar emocional e psicológico, melhora dos problemas de saúde e da funcionalidade. Referiram uma considerável necessidade de informação médica para esclarecer algumas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e as alterações alimentares associadas. Por conseguinte, diante do estudo apresentado, verificou o quanto é fundamental que se tenha uma adequada percepção da complexidade com a qual um paciente se depara no tratamento de sua obesidade mórbida, assim como o grau necessário de maturidade

da personalidade de alguém que venha a submeter-se a tal tratamento (Travado 2004).

Alguns estudos sobre as características psicológicas desta população referem como alterações mais freqüentes, em termos de personalidade, o transtorno borderline e a nível emocional, os de tipo depressivo, sendo os de tipo ansioso as segundas mais prevalente. Em um estudo com 90 candidatos à cirurgia bariátrica, observaram que quase dois terços dos pacientes receberam um diagnóstico psiquiátrico, dos quais o mais comum foi o de depressão maior. Por sua vez, a compulsão alimentar é uma das alterações comportamentais prevalentes mais perturbadoras, sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes doentes por reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva. (LANG et al 2000).

Além dos prejuízos físicos e aumentos dos custos com o tratamento, a obesidade também pode causar alterações comportamentais. Sabe-se que pessoas obesas são alvos de discriminação e preconceito, contribuindo para a manifestação de distúrbios psicossociais. O início da obesidade ocorre predominantemente mais cedo entre estes, em comparação a obesos sem o transtorno de compulsão alimentar, o que dificulta o tratamento posterior. A depressão é também mais frequente entre pacientes ex-obesos, quando estes possuem algum tipo de transtorno, o que requer cuidados especiais para estes pacientes durante o período de pós-operatório (Allison, et al., 2006).

Outro estudo relevante, sobre Cirurgia Bariátrica Gastroplastia, conforme Ryden e cols. (1996) verificaram que sinais pré-operatórios de depressão foram o único fator psicológico consistentemente ligado a uma perda de peso insatisfatória. Por outro lado, avaliaram a associação entre severidade pré-cirúrgica de depressão e a perda de peso em um ano após cirurgia encontrando correlação distinta: indivíduos mais deprimidos tenderam a perder mais peso do que os menos deprimidos.

Em um estudo brasileiro com 50 obesos procurando tratamento, Matos e cols. (2002) observaram uma importante frequência de sintomas de depressão grave (84%), bem mais elevada do que a registrada nos estudos em países desenvolvidos. Levantou-se a hipótese de que tal diferença resultasse das disparidades sócio-

econômicas entre as populações, ou do estresse relacionado à expectativa da cirurgia.

Verificou-se elevada frequência de sintomas de ansiedade, e foi observado uma associação positiva dos distúrbios alimentares e a ansiedade enquanto traço, mas não estado. Tal associação está de acordo com outros estudos, alguns dos quais sugerindo que os distúrbios de ansiedade precedem os distúrbios alimentares.

Assim, Leal e Baldin (2007) explicam que muitas das vezes o emagrecimento súbito incorre em problemas como sintomas de ansiedade, depressão, ideação suicida entre outros; desta forma, é possível analisar que as fantasias, a expectativa, as frustrações, os resultados, são situações enfrentadas antes e depois do procedimento cirúrgico e que podem estar associados a expectativas de padrões de beleza impostos pela sociedade.

Por outro lado, Nicolau et al., (2017) traz que a qualidade de vida e a perda de peso estão diretamente ligadas, portanto, o fato de não ocorrer um emagrecimento significativo pode ocasionar um impacto negativo na qualidade de vida. Indivíduos que não possuem êxito quanto à meta estabelecida estão propícios a desenvolver comorbidades psiquiátricas como: ansiedade, depressão, estresse e transtornos alimentares. Em um estudo realizado na Europa, em candidatos a cirurgia bariátrica, dos 60 indivíduos que foram avaliados, 17% destes possuem triagem positiva para transtorno depressivo. Sendo assim, os resultados mostram que pacientes depressivos podem ter uma probabilidade maior ao reganho de peso pós cirúrgica bariátrica.

Sendo assim, os resultados encontrados evidenciam que a depressão entre outros agravantes, como alguns padrões impostos pela sociedade afetam diretamente a população obesa a ponto de investirem em procedimentos agressivos, a exemplo da cirurgia bariátrica e como o acompanhamento do psicólogo é importante para o autoconhecimento e reconhecimento da hora certa ou não para a cirurgia.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Compreende-se que a Psicologia colabora com o reconhecimento dos benefícios que a perda de peso pode trazer ao paciente obeso, mas também tem-se a questão do emagrecimento súbito e acentuado como resultado de técnicas cirúrgicas.

Sob essa perspectiva, a cirurgia bariátrica não tem objetivo meramente estético, como também o seu intuito é o de reduzir a mortalidade e a morbidade e o aparecimento ou agravamento de doenças associadas. Estes riscos variam de acordo com cada indivíduo, com o grau de obesidade e com as doenças associadas.

As operações bariátricas levam o indivíduo a reduzir drasticamente seu peso corpóreo e isso produz alterações importantes na sua vida; portanto, a indicação desta intervenção se baseia numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

Sendo assim, a cirurgia pode ser vista como uma oportunidade para melhorar a vida dos indivíduos obesos, mas é preciso que se deixe claro que esse tratamento exigirá por longo tempo, muito empenho da pessoa operada, e principalmente de acompanhamento médico e psicológico, após a cirúrgica para que se possa alcançar melhores resultados.

Sabe-se que vários aspectos, além da saúde geral, como o bem-estar mental, desordens de humor, e alimentar são afetados pela obesidade e, conseqüentemente, serão afetados por um emagrecimento repentino e radical. Quando se submete à cirúrgica bariátrica, as conseqüências desse procedimento não estão restritas apenas à mudança na aparência física do paciente, mas também a todos os outros aspectos que fazem parte da sua vida.

Verifica-se que em muitos casos os pacientes de cirurgias bariátricas, por fatores pessoais, familiares ou sociais, acreditam que o emagrecimento decorrente da intervenção cirúrgica irá solucionar problemas de diversas ordens em suas vidas, ou provocará mudanças profundas em suas personalidades. Após a cirurgia, sentem-se frustrados, porque muitos problemas e dificuldades não foram resolvidos pelo emagrecimento, e que dependem de outras soluções a longo tempo para alcance dos resultados.

O apoio do psicólogo, junto às equipes multidisciplinares, deve persistir desde o pré-operatório dando continuidade no pós-operatório. A avaliação psicológica pode

ser fundamentalmente clínica ou auxiliada por testes clínicos e através de entrevistas psicológicas e psiquiátricas estruturadas.

Assim, o acompanhamento psicológico se faz necessário em todas as fases do procedimento, se prolongando até a fase pós-cirúrgica, o que pode perdurar por alguns anos. Entende-se que pacientes com estruturas mais frágeis, com o passar do tempo, podem levar a um enfraquecimento da motivação para continuar a luta para a manutenção da perda de peso; o resultado do pós-cirúrgico, e a frustração consigo mesmos, piora principalmente a autoestima e, muitas vezes, isso leva a desistência do acompanhamento pós-operatório.

Sendo assim, ressalta-se a importância de os profissionais inseridos no cenário da saúde investirem mais no seu papel de mediador, reconhecendo a necessidade de um envolvimento maior nas ações de promoção da saúde com vistas à prevenção da obesidade.

Diante do exposto, conclui-se que a depressão e a ansiedade podem levar a obesidade, assim como a obesidade também pode desencadear esses sentimentos. Além disso, foi constatado que a cirurgia bariátrica, utilizada como último recurso na tentativa de eliminar o sobrepeso, corre o risco de fracassar em seu intento se o paciente não receber suporte psicoterapêutico em todas as fases desse procedimento. Assim, a hipótese que norteou essa pesquisa, de que é imprescindível o acompanhamento do psicólogo para o sucesso da gastroplastia, pôde ser confirmada.

**ABSTRACT:** Obesity is a phenomenon that accompanies a series of complications that compromise health in general and can affect the individual at risk of life. It is also an issue centered on the behavioral aspect, its causes are caused by several factors: genetic predisposition, lifestyle, hormonal changes, poor diet and sedentary lifestyle. Among the alternatives for weight loss is bariatric surgery, indicated to obtain more effective results, however emotional health is affected as a result of this procedure. The present study aimed to verify the psychological characteristics and analyze the signs and prevalence of depression in ex-obese patients. The methodology of this article consists of a research of bibliographic design making a survey of material already prepared in works in literature, articles and scientific journals. Given the above, this study found evidence of depressive symptoms in patients after bariatric surgery, and how important it is to adopt a series of long-term care after this procedure, including psychological follow-up correlated with change in lifestyle and acceptance of the new body to prevent the development of these symptoms.

**Keywords:** Depression. Obesity. Bariatric surgery.

## REFERÊNCIAS

ABESO - Diretrizes Brasileiras de Obesidade, **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**, 4ª edição, 2017.

ALLISON, K. C., WADDEN, T. A., SARWER, D. B., FABRICATORE, A. N., CRERAND, C. E., GIBBONS, L.M., & WILLIAMS, N. N. **Síndrome da alimentação noturna e transtorno da compulsão alimentar periódica entre pessoas que procuram cirurgia bariátrica**: prevalência e características relacionadas. Cirurgia para obesidade e doenças relacionadas. 2006; 2(2).

AMARAL, O.; PEREIRA, C. **Obesidade da genética ao ambiente**. Revista Millenium, nº 34, abril de 2008. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8374>>. Acesso em Maio 2021.

BARBIERI, A. F. & Mello, R. A. **As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica**. Revista da Faculdade de Educação Física, 10. 2012.

BECK, A. T., & Alford, B. A. **Depressão: causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

BERTHOUD, H. R. **Interações entre o cérebro “cognitivo” e “metabólico” no controle da ingestão de alimentos**. Fisiologia e Comportamento. Physiol. Behav., Elmsford, v. 91, n. 5, 2007.

BOING, F. A; MELO, R. G; BOING, C. A; PIRES, M. O. R; PERES, G. K. **Associação entre depressão e doenças crônicas**: estudo populacional. Rev Saúde Pública. v. 46 n. 4, 2012.

BUSSETO, L. et al. **Padrão alimentar no primeiro ano após banda gástrica de silicone ajustável para obesidade mórbida**. International Journal of Obesity, Houndmills, v. 20, n. 6, 1996.

DIAS, P. C. et.al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Niterói, v. 33, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>>. Acesso Maio 2021.

FANDIÑO, J., BENCHIMOL, A. K., COUTINHO, W. F., & APPOLINÁRIO, J. C. (2004). **Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos**. Revista de Psiquiatria, 26 (1).

FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FORTES, S; MELCA, I. A. **Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo**. Rio de Janeiro: Revista HUPE. v. 13, n. 1, 2014.

GARRIDO JÚNIOR AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szëgo T. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu; 2002.

GREENBERG I. **Aspectos psicológicos da cirurgia bariátrica**. Nutr Clin Pract. Abril de 2003; 18 (2).

Gordon, P. C., Kaio, G. H., & Sallet, P. C. **Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: Revisão**. Revista de Psiquiatria Clínica, 38(4), (2011). DOI: 10.1590/S0101-60832011000400007.

KHAODHIAR, L .; BLACKBURN, G. L. **Avaliação da obesidade**. American Heart Journal, 142 (6), 1095-1101, 2001.

KITZINGER, H. B., ABAYEV, S., PITTERMANN, A., KARLE, B., BOHDJALIAN, A., LANGER, FB, FREY, M. (2012). **Após grande perda de peso: as expectativas dos pacientes em relação à cirurgia de contorno corporal**. Obesity Surgery, 22 (4), DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-011-0551-6>.

LEAL, C. W.; BALDIN, N. **O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, vol.29, nº 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010181082007000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082007000300013)> Acesso Maio 2021.

LANG T, HAUSER R, SCHLUMPF R, KLAGHOFER R, BUDDEBERG C (2000). **Comorbidade mental e qualidade de vida em pacientes com obesidade mórbida e desejo de banda gástrica**. Suíça Med Wochenschr. Acesso Maio 2021

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LENT, Roberto. **Fundamentos da Neurociência**. In LENT, Roberto. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu, 2004.

MACHADO, A. P.; MORONA, V.C. **Manual de Avaliação Psicológica** – Curitiba: 2007.

MARTINS, Eliana Melcher. **Coaching: uma estratégia comportamental para a aquisição de uma imagem corporal mais satisfatória em mulheres**. 2010.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2010.

MATOS, M. I. & ZANELLA, M. T. **Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade Grau III.** Revista Abeso, 2002, v. 3, n. 9.

MELLO FILHO, J. **Grupo e Corpo:** psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. 1. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas., 2000.

NICOLAU, J. et al. **Efeitos dos sintomas depressivos nos desfechos clínicos, marcadores inflamatórios e qualidade de vida após uma perda de peso significativa em uma amostra de cirurgia bariátrica.** Nutricion Hospitalaria. v.34, n.1, Madrid Jan / fev. 2017.

OLIVEIRA V. M., LINARDI R. C., & AZEVEDO, A. P. (2004). **Cirurgia Bariátrica- aspectos psicológicos e psiquiátricos.** Revista Psiquiatria Clínica, 31 (4); 2004.

PINTO, J. **Cirurgias definitivas exigem acompanhamento terapêutico:** médicos pedem laudos psicológicos para pacientes que se submetem a mudança de sexo e redução de estômago, 2004. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/141/frames/fr\\_conversando\\_psicologo.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/141/frames/fr_conversando_psicologo.aspx)>. Acesso Maio 2021.

PORCU, M., FRANZIN, R., ABREU, P. B., PREVIDELLI, I. T. S., & ASTOLFI, M. **Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica.** Acta Scientiarum, 33(2), (2011).

RAFAELLI, M. C. F. et al. **A integração de uma equipe multidisciplinar e sua interferência nos resultados.** In: SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DA IFSO, 1., 2005, Foz do Iguaçu. Anais. Foz do Iguaçu, 2005.

REPETTO G, RIZZOLLI J, BONATTO C. **Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso:** Here, There, and Everywhere. Arq Bras Endocrinol Metab 2003.

RIBEIRO, G. A. N. A. et al. **Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. v. 26, n. 2, São Paulo AbrJun 2013.

RYDEN O, HEDENBRO J, FREDERIKSEN S. **A perda de peso após a gastroplastia vertical com bandas pode ser prevista:** um estudo psicológico prospectivo. Obes Surg. Junho de 1996; 6 (3).

ROCHA, C.; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos cirurgia bariátrica. **Análise Psicológica.**, v. 4, n. 30, p. 451-466, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v30n4/v30n4a07.pdf> >. Acesso Maio 2021.

SALOMON D.V. **Como fazer uma monografia**. 11a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

SEGAL A, FANDIÑO J. **Indicações e contra indicações para a realização das operações Bariátricas**. Rev. Bras. Psiq. 2002.

SEGAL A. **Seguimento dos aspectos psíquicos**. In A. B. Garrido (Ed.), Cirurgia da obesidade. São Paulo: Editora Atheneu 2003.

SWENSON WM, PEARSON JS, OSBORNE D. **Um livro fonte do MMPI: item básico, escala e dados de padrão em 50.000 pacientes médicos**. Minneapolis (MN): University of Minnesota Press; 1973.

SICHERI, Rosely et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2000. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427302000000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302000000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Abril 2021.

SILVA, A. A. A. **Cirurgia Bariátrica: como o psiquismo significa esse corte no corpo?** Brasília: PUC – Brasília, 2006.

SILVA, A. N. M. C. & COSTA, E. **Obesidade Mórbida: fome? De ser feliz? Pensando Famílias**, v. 5, n. 5, 2003.

SOUSA, A. S. et al. **O comportamento alimentar e os distúrbios psicológicos**. 2011. 11 p. Trabalho de Curso (Psicologia)- Universidade Vila Velha, [S.l.], 2011.

TRAVADO L, PIRES R, MARTINS V, VENTURA C, CUNHA C. **Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica**. Análise Psicológica 2004 ; 3.

WADDEN, T. A., & SARWER, D. B. **Avaliação comportamental de candidatos à cirurgia bariátrica: uma abordagem orientada para o paciente**. Surgery for Obesity and Related Diseases, 14 (3), 2006.

World health organization. **Organização mundial de saúde. Depressão**. Folha de dados atualizada em fevereiro de 2017. Disponível em  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>> Acesso Maio 2021.