

# Estratégias de enfrentamento, ansiedade, depressão e qualidade de vida pré e pós cirurgia bariátrica

## *Coping strategies, anxiety, depression and quality of life before and after bariatric surgery*

Monique Favero Beceiro<sup>1</sup>, Camila Borge de Freitas<sup>1</sup>, Giovana Trettel Bochini<sup>1</sup>, Isabela Fonseca Politi<sup>1</sup>, Lucas Abrahão Costa<sup>1</sup>, Murillo Carraretto Araujo<sup>1</sup>, Paula Sforcin Lopes de Macedo<sup>2</sup>, Neide Aparecida Micelli Domingos<sup>1</sup>, Thiago Sivieri<sup>2</sup>, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki<sup>1</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Cirurgia bariátrica é um importante tratamento para a obesidade severa. Como ansiedade e estratégias de enfrentamento insatisfatórias estão associadas à obesidade, é importante avaliar o comportamento de pacientes candidatos e submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que esta pode ter impacto negativo sobre os resultados desse procedimento. **Objetivo:** avaliar ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida pré e pós-cirurgia bariátrica a partir dos dados da avaliação psicológica. **Método:** Estudo descritivo, longitudinal, com 118 pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica de um hospital de ensino de alta complexidade, que realizaram o procedimento entre janeiro/2011 e janeiro/2015. Foram utilizados dados primários (avaliação psicológica pós-cirurgia) e secundários (relatório da avaliação psicológica pré-cirurgia). A avaliação psicológica incluiu: questionário socioeconômico, Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HAD), Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 40,1 anos e houve predomínio de mulheres (n = 105, 89%). Houve redução significativa dos sintomas de depressão após a cirurgia (p<0,001) e aumento em todos os domínios de qualidade de vida do SF-36. Após a cirurgia, houve aumento no uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema, redução das estratégias de enfrentamento focadas na emoção e em práticas religiosas e suporte social. **Conclusão:** A comparação dos níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida mostraram-se melhores após a cirurgia. Houve aumento do uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema.

**Palavras-Chave:** Avaliação Psicológica; Cirurgia Bariátrica; Adaptação Psicológica.

### ABSTRACT

**Introduction:** Bariatric surgery is an important treatment for obesity. Since anxiety and inappropriate coping strategies are related to obesity, it is relevant to assess the behavior of bariatric surgery patients because it may impair the results of the procedure. **Objective:** to assess anxiety, depression, coping strategies, and quality of life before and after bariatric surgery based on patient's psychological evaluation. **Method:** descriptive and longitudinal study of 118 patients from the Bariatric Surgery Outpatient Clinic located at a high complexity teaching hospital, who underwent bariatric surgery between January/2011 and January/2015. Primary and secondary data (respectively, psychological evaluation post-surgery and psychological evaluation pre-surgery) were used on the study. Psychological evaluation of these patients includes: a sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), the SF-36 Quality of Life Questionnaire and the Ways of Coping with Problems Scale (EMEP). **Results:** Patients mean age was 40.1 years, and there was a predominance of women (n = 105; 89%). A significant reduction of depression symptoms (p<0.001) was observed after surgery and there was a significant increase in all quality of life domains on SF-36. After surgery, there was an increase on problem focused ways of coping and a reduction on coping based on emotion, religious practice and social support. **Conclusion:** Anxiety, depression and quality of life improved after surgery. There was also an increase on problem focused coping.

**Keywords:** Psychological Assessment; Bariatric Surgery; Adaptation; Psychological.

**Contribuição dos autores:** MFB, MCOSM e NAMD coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. GTB tabulação e redação do manuscrito. IFP, LAC e MCA tabulação. CBF redação do manuscrito. TS coleta. PSLM coleta, delineamento do estudo e redação do manuscrito.

**Contato para correspondência:**  
Monique Favero Beceiro

**E-mail:**  
monique.favero@gmail.com

**Conflito de interesses:** Não

**Financiamento:** Não há

**Recebido:** 29/09/2018  
**Aprovado:** 10/09/2020



### INTRODUÇÃO

A obesidade é um fenômeno mundial que afeta todas as classes sociais. Sua etiologia é complexa, resultante da interação entre fatores ambientais (estilo de vida, hábitos alimentares, atividade física), fatores psicológicos e predisposição genética<sup>1</sup>. É considerada uma doença crônica, de difícil controle e medidas

como dietas e exercícios físicos são, na maioria das vezes, insuficientes para modificá-la<sup>2</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade uma pandemia que atinge mais de 600 milhões de adultos e mais de 41 milhões de crianças com menos de 5 anos<sup>3</sup>. Além do aumento do risco de complicações físicas e funcionais (ex.: diabetes tipo II, problemas cardiovasculares, hipertensão

arterial), pessoas obesas são mais vulneráveis a transtornos mentais relacionados à pressão social e à sensação de inadequação frente aos padrões estéticos vigentes (ex.: depressão, ansiedade, transtornos alimentares e transtornos de personalidade), além de apresentarem maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais, geralmente desde a infância<sup>4-5</sup>. Vergonha e culpa são sentimentos frequentemente relatados por estes pacientes e dificuldades para executar atividades diárias, em função do excesso de peso, exacerbam o problema<sup>6</sup>, com impacto negativo sobre a qualidade de vida<sup>4</sup>.

Dentre os critérios para classificação da obesidade, o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso da pessoa expresso em quilogramas (kg) pela altura elevada ao quadrado (m<sup>2</sup>), é um dos mais utilizados na literatura. Considera-se obesidade grau I um IMC entre 30 e 34,9Kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau II, um IMC entre 35 e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>; e, por fim, obesidade grau III ou obesidade mórbida, caracterizada pelo IMC igual ou superior a 40Kg/m<sup>2</sup>, sendo neste caso considerada obesidade grave, com risco elevado para doenças, principalmente as cardiovasculares<sup>1</sup>.

Pela sua etiologia multifatorial, várias formas de tratamento são utilizadas no manejo da obesidade. Dietas de baixas calorias, medicamentos, exercícios físicos e terapia comportamental, por exemplo, são mais efetivos em casos de obesidade moderada<sup>7</sup>. A lentidão da perda de peso com tratamentos conservadores, como dietas, prática de exercícios físicos e medicamentos, leva à procura pela cirurgia bariátrica, por ser mais rápida e eficaz na perda de peso. Entretanto, antes da cirurgia é necessário avaliar aspectos comportamentais do paciente<sup>8</sup>. Entre os aspectos que ainda precisam ser mais bem investigados sobre a cirurgia bariátrica, encontram-se o impacto desta sobre a qualidade de vida dos pacientes a ela submetidos e as complicações psiquiátricas que podem surgir em decorrência do emagrecimento súbito promovido pela cirurgia<sup>9</sup>.

Para que uma pessoa seja considerada candidata à cirurgia bariátrica, seu índice de massa corporal (IMC) deve ser maior que 40 kg/m<sup>2</sup>, ou acima de 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades associadas à obesidade, como diabetes tipo II, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras. Além disso, é necessário que tenha realizado tratamento clínico prévio insatisfatório, por pelo menos dois anos<sup>10</sup>.

O paciente candidato à cirurgia bariátrica necessita acompanhamento adequado de uma equipe multiprofissional, tanto no pré-operatório quanto no pós-cirúrgico, que inclui a avaliação diagnóstica e o tratamento especializado (individual, conjugal ou familiar) com orientações específicas sobre a cirurgia, visando discutir e adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico<sup>11,13</sup>. É indispensável considerar, na avaliação pré-cirúrgica, fatores psicológicos e seu possível impacto sobre os resultados do procedimento, como o significado da alimentação e a presença de apoio familiar<sup>12,14</sup>. Aspectos comportamentais, como comer excessivamente, não aderir à dieta prescrita, ou presença de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, presentes em muitos destes pacientes, têm um impacto negativo no pós-operatório<sup>13-14</sup>. Sendo assim, uma avaliação ampla no pré-operatório pode identificar problemas e transtornos psicológicos, possibilitando seu manejo e prevenindo complicações futuras<sup>14,16</sup>.

Paralelamente à perda de peso, a cirurgia bariátrica traz importantes benefícios psicológicos e físicos. Entretanto, esta não é isenta de complicações, como o risco de mortalidade (1%), de morbidade (30%) e, em longo prazo, de outros problemas que requeiram re-operação<sup>7</sup>. Além disso, o emagrecimento súbito também pode tornar o paciente mais vulnerável a transtornos mentais como alcoolismo, gastos excessivos, depressão, ansiedade e dificuldades no relacionamento conjugal<sup>15</sup>.

Diversos estudos têm investigado o impacto da cirurgia bariátrica sobre a qualidade de vida dos pacientes. Qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura, no sistema de valores de acordo com os quais ele vive e em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações<sup>3</sup>. Existem diversos fatores determinantes dessa qualidade, os quais dependem da interpretação pessoal e de uma comunidade. Considerando a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não se pode desvinculá-la da qualidade de vida. Fica evidente assim que, para garantir a saúde do paciente, é imprescindível sua correta avaliação e seguimento na etapa pós-operatória<sup>15,17</sup>.

Assim como alguns fatores podem prejudicar os resultados da cirurgia bariátrica, outros podem ter um impacto positivo, como melhora da qualidade de vida, diminuição de doenças crônicas como hipertensão, aumento das atividades sociais e melhora da autoestima<sup>12</sup>. Apenas a cirurgia não é uma garantia de sucesso. Seus resultados dependem da resiliência dos pacientes em relação às dificuldades enfrentadas no pré e pós-cirúrgico, na adoção de uma alimentação saudável em longo prazo, da prática de atividades físicas regulares e de um eficiente autocontrole e da manutenção de um novo estilo de vida<sup>11</sup>.

A fim de minimizar os efeitos causados por situações estressantes ou adversas, os indivíduos adotam estratégias de enfrentamento ou adaptação (*coping*) para diminuir as demandas internas e externas, o que contribui para aliviar os seus conflitos<sup>16</sup>. As estratégias podem estar focadas no problema (ex.: mudar os hábitos para que seja possível o emagrecimento), ou na emoção (ex.: o que fazer com os sentimentos diante da obesidade)<sup>17</sup>. Estudos mostram que pacientes que reganham peso após a cirurgia geralmente diminuem a utilização de estratégias de enfrentamento baseadas no problema e aumentam as estratégias focadas na emoção. Desta forma, sugere-se que estratégias de enfrentamento focadas na emoção podem promover má adaptação e associar-se a um aumento de comportamentos indicadores de sofrimento<sup>17</sup>.

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica obtém efetiva melhora de suas condições clínicas e funcionais, embora, pelo menos do ponto de vista psicossocial, uma parcela desses pacientes apresente evolução bem menos benéfica. Por isso, com base na literatura, considera-se que a cirurgia bariátrica possa ser o tratamento definitivo da obesidade apenas para alguns tipos de pessoas obesas<sup>18</sup>.

É importante que o candidato à cirurgia bariátrica seja avaliado na pré e pós-cirurgia por uma equipe multidisciplinar, composta por nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas, pneumologistas, psiquiatras, cirurgiões e assistentes sociais<sup>7</sup>. Um acompanhamento nutricional é de suma importância, pois auxilia na reeducação alimentar que ajudará na perda de peso e também na manutenção deste por toda a vida após a cirurgia. O acompanhamento psicológico tem foco preventivo e educativo, de acordo com o modo como cada paciente vive sua experiência de emagrecimento<sup>1</sup>.

Considerando a relevância da avaliação psicológica e o conhecimento do perfil dos pacientes candidatos à cirurgia, o presente estudo teve como objetivos caracterizar pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e comparar qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão e estratégias de enfrentamento pré e pós-cirurgia.

## MÉTODO

Estudo descritivo e longitudinal com uma amostra de conveniência, desenvolvido no Ambulatório Geral de Especialidades de um hospital de ensino de alta complexidade de uma faculdade estadual de medicina do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

Foram convidados a participar pacientes que realizaram cirurgia bariátrica na instituição de janeiro/2011 a janeiro/2015 e que tivessem completado a avaliação psicológica pré-cirúrgica, sendo excluídos os pacientes que realizaram a avaliação em outros serviços. Apesar do número elevado de pacientes que realizaram a cirurgia no período determinado, houve um número significativo de não inclusões na pesquisa devido ao não preenchimento de todos os instrumentos na fase pré cirúrgica, por falta de dados em prontuários ou por não comparecimento às avaliações agendadas após a cirurgia.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (CAAE 30529214.7.0000.5415), foi realizado contato telefônico com os pacientes elegíveis que foram convidados para uma reavaliação psicológica na data do retorno médico e/ou grupo pós-operatório realizado pela equipe multidisciplinar da instituição. Os que concordaram responderam individualmente aos instrumentos na data do retorno médico ou grupo pós-cirurgia no período entre seis meses e um ano após a cirurgia. Após a coleta de dados, os resultados foram comparados com os resultados da avaliação pré-cirúrgica realizada pelo Serviço de Psicologia da instituição. Os pacientes cujos resultados indicaram necessidade de atendimento psicológico foram encaminhados para atendimento com a psicóloga da equipe de Cirurgia Bariátrica.

Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: questionário elaborado pelos pesquisadores (idade; cor; estado civil; renda familiar; escolaridade; religião, peso pré e pós-cirurgia, abuso de substâncias pré e pós-cirurgia bariátrica); questionário de Qualidade de Vida SF-36<sup>19</sup>; inventário genérico e multidimensional de qualidade de vida com oito escalas que avaliam capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)<sup>20</sup> (composta de quatorze afirmações do tipo múltipla escolha que avalia presença de sintomas ansiosos/depressivos, sendo sete delas relacionadas a sintomas de ansiedade e sete relacionadas a sintomas depressivos; escore superior a 7 na HAD sugere a presença de sintomas indicativos de depressão e de ansiedade); e escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)<sup>21</sup> (composta por um conjunto de 45 afirmações que, por meio de uma escala Likert, avalia as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com fatores psicossociais estressores).

Para avaliar a normalidade da distribuição de cada variável, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para variáveis com distribuição gaussiana, foi utilizado o teste t pareado e, para dados não paramétricos, foi utilizado o teste Wilcoxon sinalizado. Foram consideradas significantes variáveis com valor  $p \leq 0,05$ . Para demonstrar a tendência central e a distribuição dos dados, foram desenvolvidos diagramas de caixas (*box plot*).

Visando estabelecer correlação entre perda de peso e demais variáveis avaliadas, foram criadas variáveis para mensurar a redução dos escores pré e pós-cirurgia e realizados testes de correlação de Spearman. Foram consideradas significativas correlações com valor de  $p \leq 0,05$ . O programa utilizado para análise estatística foi *GraphPad Prism 7.00*.

## RESULTADOS

Foram avaliados 118 pacientes. A média de idade foi 40,1 anos, com faixa etária predominante entre 31 e 40 anos. A amostra foi composta principalmente por mulheres (89%). A maioria dos pacientes eram casados ou estavam em união estável ( $n = 79$ ; 66,9%), tinham até ensino médio completo, eram brancos, católicos e não faziam uso de substâncias psicoativas.

Houve redução significativa dos escores de depressão na comparação pré e pós-cirurgia ( $p < 0,0001$ ; Figura 1). Para os sintomas de ansiedade, houve redução não significativa na mediana dos escores ( $p = 0,0696$ ; Figura 1).

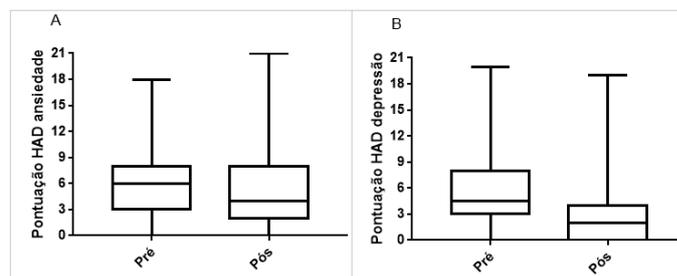


Figura 1. Ansiedade (A) e depressão (B) observadas antes (Pré) e após (Pós) cirurgia bariátrica, em pacientes ( $n = 118$ ) de um hospital de ensino de alta complexidade. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2017.

Na análise dos domínios do questionário de Qualidade de Vida SF-36, resultados abaixo de 50% podem indicar prejuízos na qualidade de vida e, quanto mais próximos de 100%, melhor a qualidade de vida. Quando comparados os escores pré e pós-cirurgia, somente o domínio Saúde Mental não apresentou melhora estatisticamente significativa ( $p = 0,0742$ ; Figura 2).

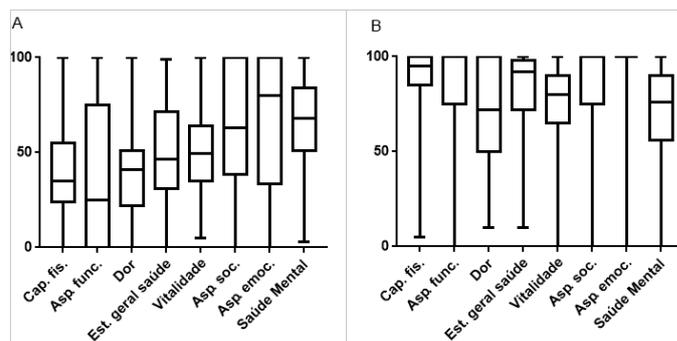


Figura 2. Domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 pré (A) e pós (B) cirurgia bariátrica, em pacientes ( $n=118$ ) de um hospital de ensino de alta complexidade. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2017. (Cap. fis.: Capacidade física; Asp. func.: Aspecto funcional; Est. geral saúde: Estado geral de saúde; Asp. soc.: Aspecto social; Asp. emoc.: Aspecto emocional.)

Os resultados do EMEP, que avalia as estratégias de enfrentamento, estão apresentados na Figura 3.

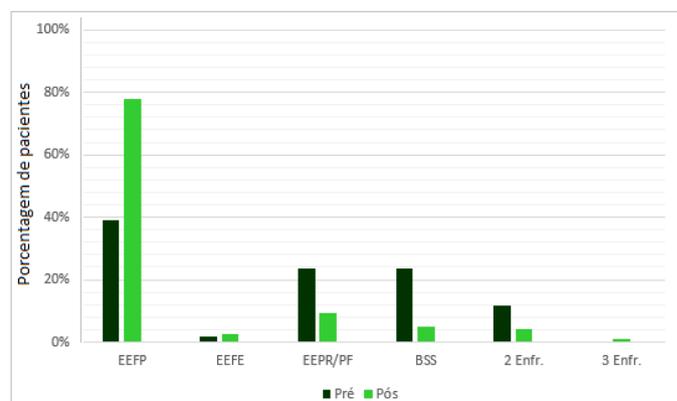


Figura 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes submetidos a cirurgia bariátrica ( $n = 118$ ) de um hospital de ensino de alta complexidade. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2017. (Enfr.: enfrentamentos; EEFP: estratégia de enfrentamento focada no problema; EEFE: estratégia de enfrentamento focada na emoção; EEPR ou EEPF: estratégia de enfrentamento baseadas em práticas religiosas ou pensamento fantasioso; BSS: estratégia de enfrentamento baseada no suporte social).

Na comparação entre o IMC pré e pós cirurgia, houve redução significativa, sendo o IMC médio pré cirurgia no valor de 48,42 e IMC médio pós cirurgia no valor de 30,90, obtendo-se valor de  $p < 0,0001$  (teste de Wilcoxon).

Nas análises de correlação estabelecidas entre a redução de peso e as demais variáveis foi detectada interdependência de forte intensidade apenas com Vitalidade do SF-36 ( $r = -0,298$ ;  $p = 0,0010$ ; Figura suplementar).

## DISCUSSÃO

As características dos pacientes deste estudo são semelhantes às descritas na literatura sobre candidatos à cirurgia bariátrica: predomínio de mulheres, pacientes com idade em torno de quarenta anos, que já estiveram em união estável (separados e divorciados) ou permanecem casados ou em união estável<sup>7,22,23</sup>.

Considerando as demais características sociodemográficas da amostra, os pacientes deste estudo concentram-se, em relação ao grau de escolaridade, até ensino médio completo, dado semelhante ao obtido em estudo realizado pela Faculdade de Medicina do ABC<sup>22</sup>. Além disso, as características são semelhantes quanto à cor e religião. Em ambos houve o predomínio da cor branca, da religião cristã (católica e evangélica) e baixo perfil de renda (baixa), que pode ser associado à menor escolaridade e a hábitos alimentares que favorecem a obesidade.

Avaliar abuso de substâncias é importante nesses pacientes, considerando a prevalência daqueles que passam da compulsão alimentar ao abuso de substâncias após a cirurgia bariátrica<sup>26</sup>. Na amostra deste estudo foi identificado uso de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas. Esses dados estão em concordância com estudo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde 41,6% de sua amostra fazia uso de álcool e 15,2% de tabaco<sup>22</sup>.

A alteração na média geral do IMC pré e pós-cirurgia bariátrica foi significativa, dado compatível com outros estudos<sup>23</sup>, que indicam que a cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz para obesidade extrema.

A alta taxa de comorbidades entre depressão e obesidade é preocupante entre candidatos à cirurgia bariátrica, uma vez que tem importante impacto sobre a saúde, a qualidade de vida e a adesão ao tratamento pós-cirurgia. Variáveis implicadas nessa associação incluem "gravidade da obesidade, escolaridade, imagem corporal, fatores psicológicos, saúde física, características psicológicas, efetividade interpessoal, compulsão alimentar e vivência de estigma"<sup>25</sup>. A literatura atual fornece importantes dados relativos à insatisfação com a imagem corporal, habilidade para relacionamento interpessoal e vivência de estigma entre pacientes obesos<sup>14,25</sup>.

As alterações psicológicas pré e pós-cirurgia neste estudo podem ser avaliadas a partir dos resultados da escala HAD. Houve redução significativa dos sintomas de depressão, dado compatível com outros estudos realizados com esses pacientes<sup>26</sup>. Após a cirurgia, a amostra apresentou queda significativa nos escores de ansiedade, dado também compatível com a literatura<sup>8</sup>.

Pacientes deprimidos frequentemente apresentam redução da motivação e da energia, elementos necessários para fazer importantes mudanças no estilo de vida e obter os melhores resultados do tratamento. A redução significativa da depressão observada nos pacientes deste estudo é compatível com a literatura. A perda de peso tem impacto positivo sobre a autoestima, melhora da qualidade de vida e redução dos sintomas de depressão e da percepção negativa do paciente sobre si mesmo.<sup>8,20</sup>

Os sintomas de ansiedade apresentaram redução após a cirurgia, embora sem significância estatística. Esse dado é compatível com estudo de Subramaniam et al<sup>8</sup>, que também não observaram redução significativa da ansiedade. Sintomas de ansiedade são prevalentes em pacientes obesos, muitas vezes apresentados com a manifestação de compulsões e comportamento adictivo (ex. abuso de substâncias)<sup>27</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo sobre as estratégias de enfrentamento estão também de acordo com a literatura. Antes da cirurgia, predomina estratégia de enfrentamento focada no problema, seguida por estratégia baseada em práticas religiosas e no suporte social<sup>17</sup>. Após a cirurgia, houve um aumento significativo de pacientes que passaram a utilizar estratégia de enfrentamento focado no problema, com redução das estratégias baseadas nas práticas religiosas e no suporte social<sup>18</sup>.

Houve uma melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica, assim como aponta a literatura. Barros et al<sup>7</sup> concluíram que 75% dos pacientes perceberam a qualidade de vida muito melhor após a cirurgia e 19,6%, melhor. Em uma revisão integrativa sobre o impacto da cirurgia na qualidade de vida, Oliveira et al.<sup>28</sup> concluíram que estudos utilizando o SF-36 verificaram melhora em todos os aspectos avaliados no instrumento após a cirurgia, com destaque aos componentes físicos avaliados como "capacidade funcional", "aspectos físicos", atividades da vida diária, "dor", "estado geral de saúde".

Houve correlação entre perda de peso após a cirurgia bariátrica e vitalidade na avaliação de qualidade de vida e redução dos sintomas de ansiedade e de depressão, indicando que os resultados do procedimento foram além da mudança no IMC.

## CONCLUSÃO

A avaliação psicológica após a cirurgia bariátrica indicou benefícios obtidos pela amostra de pacientes estudados, nos aspectos avaliados. Os dados são compatíveis com a literatura, que aponta que pacientes obesos apresentaram melhora geral da qualidade de vida, utilização mais frequente de estratégias de enfrentamento adequadas, focadas no problema e em religiosidade, e melhora de sintomas de ansiedade e depressão.

A avaliação psicológica realizada antes da cirurgia pode fornecer importantes informações para melhoria do acompanhamento ao paciente, identificando aspectos que devem receber atenção e que podem reduzir complicações emocionais, além de auxiliar na criação de estratégias para lidar com a compulsão alimentar. O acompanhamento psicológico após a realização da cirurgia bariátrica permite identificar problemas que podem dificultar a evolução positiva do paciente após o procedimento.

## REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 [monografia na Internet]. 4. ed. São Paulo: ABESO; 2016 [acesso em 2018 Jul 30]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
2. Pivotti E, Pereira RDA. O conhecimento dos pacientes acerca das condições pós-operatórias da cirurgia bariátrica em um município no sudoeste do Paraná. Saúde Rev. 2014;14(37):3-13. DOI: <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v14n37p3-13>
3. World Health Organization - WHO [homepage na Internet]. 2018 [acesso em 2019 Mar 5]. Obesity and overweight. Fact sheet; Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Sousa KO, Johann RLVO. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. Psicol Argum. 2014;32(79):155-64. doi: 10.7213/psicol.argum.32.079.AO10
5. Carvalho TS, Vasconcelos FC, Carvalho MDBM. Historical analysis of weight loss methods of patients undergoing bariatric surgery in a public hospital in Belem-PA. Rev Bras Obes Nutr Emagrecim. 2016;10(55):4-12.
6. Ribeiro FDA. Autoeficácia e motivação para mudança em adolescentes com sobrepeso/obesidade: estudo de um protocolo de intervenção baseado no modelo transteórico de mudança [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2016.
7. Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM, Caetano JA. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(1):21-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.47694>
8. Subramaniam K, Low WY, Lau PC, Chin KF, Chinna K, Kosai NR, et al. Eating behaviour predicts weight loss six months after bariatric surgery: a longitudinal study. Nutrients. 2018;10(11):1616. doi: 10.3390/nu10111616

9. Fagundes MABG, Caregnato RCA, Silveira LMOB. Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*. 2016;49( 2 ):47-54.
10. Flores CA. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(Supl1):59-62.
11. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(2):157-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400028>
12. Fonseca A, Queiroz M, Nishikawa R, Caetano R, Silva R. Avaliação de resultados de acompanhamentos psicológicos distintos na cirurgia bariátrica. *Rev Terra Cultura: Cad Ensino Pesq*. 2012;28(55):85-92.
13. Mauro MFF, Appolinario JC, Papelbaum M, Brasil MAA, Carneiro JRI. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. *J Bras Psiquiatr*. 2018;66(4):221-4. DOI: 10.1590/0047-2085000000175
14. Mota DCL, Costa TMB, Almeida SS. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicol Teor Prát*. 2014;16(3):100-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906>
15. Carvalho LA, Pires RCCP, Rebelo TJ, Silva L. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2013;11(1):195-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/rurv.2013.111.195205>
16. Sampaio CEP, Costa TMN, Araújo D, Santoro DC. Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(4):515-20.
17. Mensório MS. Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.
18. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4767-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
20. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
21. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Ter Pesq*. 2001;17(3):225-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
22. Gordon PC. Avaliação longitudinal psicopatológica e de personalidade de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: implicações prognósticas [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.
23. Tae B, Pelaggi ER, Moreira JG, Waisberg J, Matos LL, D'elia G. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(3):155-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912014000300004>
24. Pickering RP, Goldstein RB, Hasin DS, Blanco C, Smith SM, Huang B, et al. Temporal relationships between overweight and obesity and DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: results from a prospective study, the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *J Clin Psych*. 2011;72(11):1494-502. doi: 10.4088/JCP.10m06077gry
25. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obes Rev*. 2013;14(11):906-18. doi: 10.1111/obr.12052
26. Rocha C, Costa E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*. 2012;30(4):451-66.
27. Boscatto EC, Duarte MDFS, Gomes MA. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011;16(1):43-7. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n1p43-47>
28. Oliveira LSF, Mazini Filho ML, Venturini G, Castro JBP, Ferreira MEC. Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade: uma revisão integrativa. *RBONE-Rev Bras Obesid Nutr Emagrecimento*. 2018;12(69):47-58.