

## Sintomas de Ansiedade, Depressivos e Uso de Substâncias Psicoativas em Pacientes Após a Cirurgia Bariátrica

### Symptoms of Anxiety, Depressive and Psychoactive Substance use in Patients After Bariatric Surgery

### Síntomas de Ansiedad, Depresivos y Uso de Sustancias Psicoactivas en Pacientes Después de Cirugía Bariátrica

*Cristina Pilla Della Mía*<sup>1</sup>

*Carlisa Peccin*

*Faculdade Meridional (IMED)*

#### Resumo

Objetivou-se avaliar sintomas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo transversal, no qual foram avaliados 20 pacientes entre 1 a 2 anos pós-cirurgia. Utilizou-se um questionário sociodemográfico, Escalas Beck de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST). Os resultados demonstraram que 80% (n=16) dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade leves, e 85% (n=17) sintomas depressivos leves, e 15% (n=3) dos pacientes indicaram a necessidade de intervenção breve para uso de álcool. Houve correlação significativa entre os escores totais do ASSIST e do BDI. Conclui-se que a cirurgia bariátrica não é um fator significativo para desenvolvimento desses sintomas, porém destaca-se a importância de acompanhamento psicológico no pós-operatório.

*Palavras-chave:* obesidade, cirurgia bariátrica, depressão, ansiedade, uso de substâncias

#### Abstract

The objective of this study was to evaluate symptoms of anxiety, depression and psychoactive substance use in patients who underwent bariatric surgery. This was a cross-sectional study, in which 20 patients between 1 and 2 years after surgery were evaluated. The instruments used: sociodemographic questionnaire, Beck Anxiety (BAI) and Depression Inventory (BDI) and Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The results showed that 80% (n = 16) of the patients presented mild anxiety symptoms and 85% (n = 17) mild depressive symptoms and 15% (n = 3) of the patients indicated the need for brief intervention for alcohol use. There was a significant correlation between the total ASSIST and BDI scores. It is concluded that bariatric surgery is not a significant factor for the development of these symptoms, but the importance of psychological monitoring in the postoperative period stands out.

*Keywords:* obesity, bariatric surgery, depression, anxiety, substance use

#### Resumen

El objetivo deste estudio fue evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Este es un estudio transversal en el que 20 pacientes estaban entre 1 y 2 años después de la cirugía. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, Escala de Ansiedad de Beck (EAB), Escala de Depresión de Beck (EDB) y el Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST). Los resultados mostraron que 80% (n = 16) de los pacientes experimentaron síntomas de ansiedad leve, 85% (n = 17) tuvieron síntomas depresivos leves y 15% (n = 3) indicaron la necesidad de intervención breve para el uso de alcohol. Hubo correlación significativa entre el puntaje total del ASSIST y de la EDB. La conclusión del estudio es que la cirugía bariátrica no es un factor importante en el desarrollo de esos síntomas, pero es relevante el apoyo psicológico postoperatorio.

*Palabras clave:* obesidad, cirugía bariátrica, depresión, ansiedad, uso de sustancias

<sup>1</sup> Endereço de contato: Faculdade Meridional (IMED). Rua Senador Pinheiro, 304, Passo Fundo, RS. CEP 99070-220. E-mail: [cristina.mea@imed.edu.br](mailto:cristina.mea@imed.edu.br)

## Introdução

A obesidade é definida como o acúmulo excessivo de tecido adiposo e 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 (Barbieri & Mello, 2012). A obesidade 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> (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2016). Em uma pesquisa realizada no Brasil, a prevalência de obesidade em adultos foi de 17%, sendo maior em homens (18%) quando comparada com mulheres (16,2%) (Brasil, 2017).

O tratamento da obesidade é multidisciplinar, e busca-se modificar o estilo de vida. Envolve uma reeducação alimentar gradativa, atividade física regular e acompanhamento psicológico e, em alguns casos, uso de medicação. Quando não há resultados nesses tratamentos, indica-se a cirurgia bariátrica (Brasil, 2014; Oliveira & Almeida, 2012).

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, por profissionais das áreas: da medicina, psicologia, nutrição e enfermagem (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004; Costa, Ivo, Cantero, & Tognini, 2009; Gordon, Kaio, & Sallet, 2011). Cabe destacar que, para a cirurgia ter sucesso, depende da motivação do paciente para uma reeducação alimentar e a mudança no estilo de vida (Fandiño et al., 2004; Gordon et al., 2011).

A portaria número 424, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde define diretrizes para o tratamento cirúrgico da obesidade e apresenta as indicações e as contraindicações à realização da cirurgia bariátrica. As indicações contemplam: indivíduos maiores de 18 anos, com IMC 50 Kg/m<sup>2</sup>; indivíduos com IMC 40 Kg/m<sup>2</sup> (com ou sem comorbidades), sem sucesso no tratamento clínico, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; indivíduos com IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades, tais como: risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico realizado por no mínimo dois anos. Ainda, o paciente não deve utilizar nenhuma droga ilícita ou ser dependente de álcool, não deve apresentar quadro psicótico ou demenciais (graves ou moderados). Também se faz necessário que tanto o paciente quanto seus familiares estejam cientes das mudanças de hábitos e que o paciente precisa de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2010; Brasil, 2013).

As mudanças psicológicas decorrentes da cirurgia bariátrica são marcantes. Em alguns casos, há expectativas além do emagrecimento, como por exemplo, a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais, problemas emocionais, sociais e profissionais, assim como mudanças de traços de suas personalidades. Os pacientes imaginam que vão se resolver por terem se libertado da obesidade, o que acaba levando a uma possível frustração diante de desejos não conquistados pela cirurgia (Leal & Baldin, 2007; Ehrenbrink, Pinto, & Prando, 2009).

Estima-se que de 20% a 70% dos pacientes obesos que procuram tratamento tem histórico de algum transtorno mental, tendo uma prevalência de 22% para transtornos do humor

e 18,1% de transtornos ansiosos (Amber, Cox, Murray, & Sareen, 2008; Pull, 2010). Esses pacientes merecem maior atenção por parte dos profissionais no momento da avaliação pré-operatória e demandam intervenções eficazes antes, durante e após a cirurgia bariátrica, pois diante das restrições alimentares no pós-operatório, pode haver uma resposta mal adaptativa do indivíduo (Dobrow, Kamenetz, & Devlin, 2002; Song & Fernstrom, 2008).

Após um ano ou um pouco mais da realização da cirurgia, se não houver um acompanhamento terapêutico satisfatório, o indivíduo com obesidade pode buscar novas formas de expressão. Observam-se duas vias que podem se formar: a depressiva e a da compulsão. A primeira começa com sintomas vagos: sensação de vazio, perda de interesse por coisas que traziam prazer, perda de rendimento no trabalho e angústia. A segunda refere-se ao traço impulsivo, existente na personalidade do obeso, no qual o indivíduo vai em direção ao alimento. Através do consumo de bolachas que dissolvem na boca, pelo biscoito de polvilho, leite condensado, sorvete e chocolate. Há um descuido, e o peso começa a avançar através do consumo novamente (Magdaleno Jr., Chaim, & Turato, 2009). Em pesquisa realizada com 47 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com o método *bypass* gástrico, 31 pacientes (65,95%) apresentaram sintomas psíquicos como: dependência afetiva, ansiedade e angústia, imagem corporal distorcida, transtornos compulsivos obsessivos e depressão, segundo avaliação psicológica e psiquiátrica (Pull, 2010; Delloso, Silva, & Cunha, 2013).

A ansiedade também é considerada como contribuinte para o aumento de peso e prejudicial no pós-operatório, algumas pesquisas apontam para maiores prevalências desse sintoma do que depressivos. Em um estudo, foram encontrados níveis mais altos de ansiedade após 6 meses de cirurgia com 14% da amostra (50 pacientes), enquanto que 8% dos sujeitos apresentaram sintomas depressivos (Porcu, Franzin, Abreu, Previdelli, & Astolfi, 2011). Nesse sentido, Cavalcante (2009) acrescenta que os pacientes pós-cirúrgicos apresentam mudanças em relação à alimentação, ou seja, a diminuição e modificação dos hábitos alimentares, e isso pode provocar aumento nos sintomas de ansiedade.

Outro ponto a se destacar no pós-operatório é o uso/abuso de substâncias psicoativas. A prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool em pacientes no pré-operatório e pós-operatório, dois anos após a cirurgia, aumentou segundo King et al. (2012). Os dados foram associados ao sexo masculino e idade mais jovem, usuários de tabaco, que consumiam regularmente álcool e drogas. Diante do exposto, o paciente pode, através da bebida alcoólica, tentar satisfazer a vontade de comer que ele tinha antes da cirurgia (Song & Fernstrom, 2008; Barros, Moreira, Frota, & Caetano, 2013).

O presente estudo teve como objetivo avaliar sintomas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas em pacientes entre 1 a 2 anos da realização da cirurgia bariátrica.

## Método

### Delineamento

Trata-se de um estudo observacional transversal, com variáveis de desfecho quantitativas. O estudo transversal é recomendado quando o objetivo é de estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores ou variáveis associadas com este (Marconi & Lakatos, 2011).

## Participantes

A amostra foi não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: indivíduos maiores de 18 anos; homens e mulheres; ter realizado a cirurgia bariátrica entre 1 a 2 anos e realizar consultas de acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Como critérios de exclusão: história anterior à cirurgia de abuso ou dependência de substância psicoativa; diagnóstico anterior à cirurgia de transtorno de humor ou transtorno de ansiedade; pacientes que estão em processo de luto ou que passaram por uma perda significativa (como separação conjugal ou perda de emprego) e pacientes que não sabiam ler nem escrever.

Primeiramente foi realizada uma entrevista de investigação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra. Foram abordados 37 sujeitos que realizaram cirurgia bariátrica no momento em que retornavam para consulta médica de rotina, porém 17 pacientes foram excluídos da pesquisa, 27% (n=10) por apresentarem diagnóstico de transtorno de humor, 10,8% (n=4) com dependência de substância psicoativa (tabaco), 5,4% em situações de luto (n=2) e 2,7% (n=1) havia sofrido um acidente recentemente. Assim, o presente estudo se deu com 20 sujeitos que realizaram cirurgia bariátrica entre 1 a 2 anos.

## Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico: construído para este estudo, composto de 9 questões, com a finalidade de levantar os dados sociodemográficos da amostra.

b) Inventário Beck de Ansiedade (BAI): escala composta por 21 itens que tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade. A soma dos escores tem como resultado sintomas de ansiedade em nível mínimo, leve, moderado e grave (Cunha, 2001).

b) Inventário de Depressão de Beck (BDI): escala composta de 21 questões que tem o objetivo de avaliar a intensidade de sintomas depressivos. A soma dos escores tem como resultado sintomas depressivos em nível mínimo, leve, moderado e grave (Cunha, 2001).

c) Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST): questionário estruturado com oito questões, que tem o objetivo de rastrear o uso de substâncias psicoativas, que abrange: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. A pontuação classifica quanto ao risco de problemas ou dependência em função do uso da substância (baixo risco, risco moderado e alto risco) (Henrique, De Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004).

## Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética (CEP), número 481.778, realizou-se contato com uma Clínica Particular de Gastrologia que realiza cirurgias bariátricas no interior do estado do Rio Grande do Sul, a fim de apresentar a proposta da pesquisa. O médico responsável autorizou o estudo, e a psicóloga do local acompanhou a execução da pesquisa.

A coleta foi feita individualmente numa sala nas dependências da Clínica de Gastrologia. Aos participantes, esclareceram-se aspectos relacionados à natureza e os propósitos do estudo, bem como da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo da identidade dos

envolvidos. Foram sanadas possíveis dúvidas e, em seguida, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### **Análise dos Dados**

Os dados foram analisados e levantados quantitativamente, com descrição e interpretação dos resultados através do Microsoft Excel®. Efetuaram-se comparações entre as variáveis e correlação de Pearson entre os sintomas encontrados com a cirurgia bariátrica, comparando-se os resultados com pesquisas semelhantes.

### **Resultados e Discussão**

Conforme indicado pela Tabela 1, a maioria dos participantes do presente estudo era do gênero feminino 55% (n=11), a predominância de mulheres é habitual na demanda aos serviços de cirurgia da obesidade como aponta pesquisas de Cavalcante (2009) e Porcu et al. (2011), Almeida, Zanatta e Rezende (2012), que pontuam a exigência social de um corpo feminino magro em função de questões culturais. Na escolaridade predominou nível de Ensino Médio 45% (n=9), esse dado está de acordo com outras pesquisas (Oliveira & Yoshida, 2009; Porcu et al., 2011).

A maioria dos pacientes é casada 70% (n=14), o que corrobora pesquisas semelhantes (Oliveira & Yoshida, 2009; Porcu et al., 2011; Mota, 2012). A prevalência de pacientes casados, ou com união estável, é um fator positivo e sugere vínculos que atuam como suporte ao paciente no pós-operatório (Monteiro & Santos, 2011). A idade média dos indivíduos da amostra foi de 44,5 anos (DP=12,47), com o mínimo de 27 e máximo de 66 anos, o que coincide com outras pesquisas que identificaram a média de 44 anos (Porcu et al., 2011), de 40 anos (Rojas, Brante, Miranda, & Pérez-Luco, 2011) e de 42 anos (Mota, 2012).

Em relação ao trabalho, estão atualmente desempenhando atividades profissionais 85% (n=17), verificou-se a prevalência de determinadas áreas de atuação, como a área administrativa 20%(n=4) e comércio/vendas 20% (n=4). As profissões da área administrativa envolvem empresários, bancários e funcionários públicos, principalmente, ao passo que a área comércio/vendas representa as profissões de comerciante e vendedores.

**Tabela 1***Caracterização geral da amostra*

<b>Questionário sociodemográfico</b>	<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gênero	Feminino	11	55
	Masculino	9	45
Escolaridade	Ensino fundamental	4	20
	Ensino médio	9	45
	Ensino superior	7	35
Estado civil	Solteiro (a)	1	5
	Casado (a)	14	70
	Separado (a)	2	10
	União estável	3	15
Trabalha atualmente	Sim	17	85
	Não	3	15
Área de atuação	Administrativo	4	20
	Agricultura	2	10
	Aposentado / pensionista	2	10
	Comércio / vendas	4	20
	Do lar	1	5
	Educação	2	10
	Operacional	2	10
	Religião	1	5
	Saúde	2	10

No que se refere às questões da cirurgia bariátrica, o tempo médio de realização desse procedimento nos pacientes avaliados foi de 17,55 meses (DP=4,96). A análise descritiva indicou que a maioria dos pacientes avaliados despendeu mais de 5 anos da vida em tentativas para perder peso antes da cirurgia 75% (n=15), de acordo com as informações indicadas na Tabela 2. Aproximadamente 40% (n=8) dos pacientes relataram terem perdido entre 31 e 40 kg no total, e, inclusive, grande parte dos pacientes demonstra-se satisfeita com o seu peso atual 90% (n=18). Um dado interessante é que nenhum paciente tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atualmente, exceto as consultas periódicas com um psicológico oferecidas pela equipe multidisciplinar durante o período de um ano pós-cirurgia.

**Tabela 2***Análise descritiva de variáveis relacionadas ao peso e a realização de acompanhamento após a cirurgia bariátrica*

<b>Questões ligadas à cirurgia</b>	<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tempo antes da cirurgia que realizou tentativas de perder peso	01 a 03 anos	4	20
	03 a 05 anos	1	5
	Mais de 05 anos	15	75
Está satisfeito com o seu peso atual	Sim	18	90
	Não	2	10
Peso diminuído após cirurgia	21 a 30 kg	5	25
	31 a 40 kg	8	40
	Mais de 41 kg	7	35
Realiza tratamento psicológico ou psiquiátrico?	Sim	0	0
	Não	20	100

As análises dos instrumentos que avaliam sintomas de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e uso de substâncias podem ser visualizadas na Tabela 3. Referente aos escores do BAI observou-se que 80% (n=16) dos pacientes avaliados indicavam a presença de sintomas mínimos de ansiedade, 15% (n=3) pontuavam sintomas leves e 5% (n=1) sintomas moderados. Nenhum dos pacientes avaliados demonstrou a presença de sintomas graves de ansiedade. O escore médio total observado no BAI foi de 5,70 (DP=5,921), indicando a presença de sintomas com intensidade mínima de ansiedade.

No que diz respeito aos escores do BDI, verificou-se que 85% (n=17) dos pacientes apresentavam sintomas depressivos de intensidade mínima, seguidos por sintomas de intensidade leve 10% (n=2) e moderada 5% (n=1). Nenhum dos pacientes avaliados pontuou sintomas de intensidade grave, de forma que a média total dos sintomas apresentados pelo BDI foi de 4,70 (DP=4,28), sugerindo a presença de sintomas mínimos ou ausentes de depressão. Ainda, a análise dos escores do BDI e do BAI para pacientes após a cirurgia bariátrica não confirmou a presença de uma correlação significativa entre esses instrumentos ( $r=0,065$ ,  $p=0,05$ ). Ainda, a análise da correlação entre os instrumentos indicou somente correlação significativa entre os escores totais do BDI e do ASSIST ( $r=0,729$ ,  $p=0,01$ ), sugerindo que, nos casos de pacientes após cirurgia bariátrica, a intensidade dos sintomas depressivos aumenta proporcionalmente ao uso de substâncias, ou vice-versa.

### Tabela 3

*Caracterização da intensidade de sintomas ansiedade, depressão e uso de substâncias em pacientes após a realização da cirurgia bariátrica*

Instrumento		Amostra total		Sexo Masculino (N=9)		Sexo Feminino(N=11)	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
BAI	Ansiedade	4.70	4.28	2.33	2.44	6.63	4.57
BDI	Depressão	5.70	5.921	3.44	3.47	7.54	6.97
	Tabaco	0.41	1.53	0.00	0.00	0.64	2.11
	Álcool	4.09	4.79	4.00	3.96	4.09	5.96
ASSIST	Maconha	0.32	1.28	0.67	2.00	0.00	0.00
	Cocaína	0.95	0.89	0.89	0.93	1.00	1.00
	Escore total	5.65	6.68	5.56	4.64	5.72	6.65

Os achados nesta pesquisa são corroborados por outro estudo que mostrou que 6,06% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade em nível moderado/grave e 3% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos de intensidade entre 6 a 33 meses pós-cirurgia (Oliveira & Yoshida, 2009). Ainda, Almeida et al. (2012) encontraram sintomas mínimos de ansiedade e depressivos no período de 12 meses após a realização do procedimento. Em uma avaliação pós-operatória (entre 6 a 12 meses) com 31 mulheres, percebeu-se uma melhora nos sintomas de ansiedade e depressivos (Zaldívar, Horcajadas, Martínez, & Romero, 2009; Barroqueiro, Araújo, Barroqueiro, Araújo, & Garcia, 2012). Nesse sentido, Andersen et al. (2010) e Mota (2012) também avaliaram os sintomas antes e após a cirurgia e referem melhora nos sintomas de ansiedade e depressivos, sugerindo que o procedimento auxilia nesses sintomas, reduzindo-os.



Pode-se inferir, através desses dados, que a cirurgia bariátrica não é um fator significativo que contribui para desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressivos, porém todos os pacientes foram obrigatoriamente acompanhados no período de até 12 meses pós-cirúrgico pela psicóloga da equipe, como prevê portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), o que pode ser um fator protetivo dos sujeitos. Entende-se na literatura como de fundamental importância o acompanhamento psicológico e nutricional até no mínimo 24 meses após a realização da cirurgia (Ehrenbrink et al., 2009; Oliveira & Almeida, 2012; Barros et al., 2013). Em uma pesquisa com 15 pacientes pós 12 a 20 meses de cirurgia, conclui-se que 33,33% apresentaram sintomas depressivos leves; 6,67%, moderados e 6,67% com sintomas graves. Quanto aos sintomas de ansiedade, 26,6%, apresentaram sintomas leves, 13,33%, com ansiedade moderada e 13,33%, com ansiedade grave (Cavalcante, 2009).

Quanto à diferença entre os gêneros, também apresentada na Tabela 3, é possível observar a presença de maiores escores de sintomas de ansiedade e depressivos nas pacientes do sexo feminino, quando comparadas aos homens, sugerindo que sintomas depressivos e ansiosos são mais frequentes nas mulheres. Esse dado é evidenciado pela literatura, na qual se afirma que há um predomínio de mulheres sobre os homens com transtornos de ansiedade e depressão (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Em relação aos escores ASSIST, verificou-se que 75% (n=15) dos indivíduos não apontavam necessidade de nenhuma intervenção, ao passo que 15% (n=3) indicavam a necessidade de intervenção breve para o uso de álcool, 5% (n=1) manifestavam a necessidade de intervenção breve para o uso de tabaco, e 5% (n=1) necessitavam de intervenção breve para o uso de maconha. A correlação de Pearson, efetuada a 5% de probabilidade, também indicou uma correlação significativa entre o tempo de realização da cirurgia bariátrica e os escores totais do ASSIST ( $r=0,809$ ,  $p=0,0034$ ), o que sugere que os escores associados ao uso de substâncias aumentam conforme o tempo de realização da cirurgia.

Esse dado torna-se importante no sentido de que, em outras pesquisas, já apontam o desenvolvimento do uso de álcool com maior frequência após a cirurgia bariátrica, como verificaram mais recentemente King et al. (2012) e Conason et al. (2013), em que, após 24 meses da cirurgia, houve um aumento no consumo de álcool e tabaco. Marchesini (2010) avaliou uma amostra de 43 pacientes, e 11% relataram substituir a comida pela bebida.

Diante dos resultados obtidos através do estudo, estes foram repassados à profissional psicóloga responsável pela instituição de saúde para que ela possa realizar os devidos encaminhamentos aos pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas.

### Considerações Finais

O objetivo do estudo foi avaliar sintomas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas após cirurgia bariátrica, por entender que esse procedimento causa grandes mudanças corporais e também no estilo de vida, pois o paciente precisa adotar uma série de cuidados para manter o peso a longo prazo.

Os resultados indicam que os pacientes não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão significativos, nenhum paciente apresentou sintomas graves, apenas leve e moderado em menor prevalência. Já o uso de álcool parece ser mais comum, o que pode ser enten-



dido como uma estratégia de compensação encontrada pelos indivíduos, pois não podendo se alimentar como antes, podem encontrar na bebida uma forma de prazer semelhante. Um dado importante é a correlação positiva entre depressão e uso de álcool, na medida em que os sintomas de depressão ainda que mínimos aumentam, o consumo de álcool também se eleva, ou vice-versa. Este estudo também mostrou que existe uma correlação entre o tempo de cirurgia bariátrica e o uso de álcool e outras substâncias, mesmo não sendo evidenciados escores graves que necessitem de intervenções.

Portanto indica-se o acompanhamento psicológico para pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica para prevenção no desenvolvimento desses sintomas, aceitação do seu corpo, para auxiliar na manutenção do peso e mudança do seu estilo de vida, pois, mesmo esses sintomas não sendo classificados como graves, a cirurgia se constitui em um marco na vida do sujeito e, dependendo de como ele reage a fatores de mudanças, poderá influenciar na sua evolução no pós-cirúrgico, considerando-se que na pesquisa nenhum paciente realizava psicoterapia.

Embora se tenha constatado que a cirurgia bariátrica não é um fator significativo para o desenvolvimento desses sintomas, sugere-se a necessidade de novos estudos. Uma das limitações da pesquisa é o tamanho da amostra, sugerindo avaliar os sintomas com um maior número de participantes. Além disso, relacionar sintomas depressivos e o consumo de álcool nesses pacientes poderá indicar com maior precisão se a correlação encontrada na pesquisa se mantém através do tempo ou varia de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados.

### Referências

- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos a cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia, 17*(1), 153-160. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100019
- Amber A. M., Cox, B. J., Murray, W. E., & Sareen, J. (2008). Associations between body weight and personality disorders in a nationally representative sample. *Psychosomatic Medicine, 70*(1), 1012-1019. doi: 10.1097/PSY.0b013e318189a930
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, J. R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Vage V., & Natvig, G. K. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*(1), 8-52. doi: 10.1186/1477-7525-8-52
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016* (4a ed.). São Paulo, SP. Disponível em <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>
- Barbieri, A. F. & Mello, R. A. (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Revista da Faculdade de Educação Física, 10*(1), 133-153. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637693/5384>
- Barroqueiro, R. S. B., Araújo, F. L. S. M., Barroqueiro, E. S. B., Araújo, G. F., & Garcia, J. B. S. (2012). Função sexual feminina, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres após

- cirurgia bariátrica. *Revista de Ciências da Saúde*, 14(1), 60-67. Disponível em <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1284>
- Barros, L. M., Moreira, R. A. N., Frota, N. M., & Caetano, J. A. (2013). Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 7(5), 1365-1375. doi: 10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201315
- Brasil. (2013). *Portaria n. 424/GM*, 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em [http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/Publicaes\\_20.03.2013\\_-\\_III.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/Publicaes_20.03.2013_-_III.pdf)
- Brasil. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)
- Brasil. (2017). *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*[recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/2015\\_vigitel.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf)
- Cavalcante, R. C. (2009). *Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8655>
- Conason, A., Teixeira, J., Hsu, C. C., Puma L., Knafo, D., & Geliebter, A. (2013). Substance use following bariatric weight loss surgery. *Jama Surgery*, 148(2), 145-150. doi: 10.1001/2013.jamasurg.265
- Conselho Federal de Medicina. (2010). *Resolução n. 1.942*, 12 de fevereiro de 2010. Altera a Resolução CFM n. 1.766, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em [http://arquivos.cremesc.org.br/publicacao/Revista%20112%202010/Revista\\_112\\_2010/files/assets/downloads/page0015.pdf](http://arquivos.cremesc.org.br/publicacao/Revista%20112%202010/Revista_112_2010/files/assets/downloads/page0015.pdf)
- Costa, A. C. C., Ivo, M. L., Cantero, W. B., & Tognini, J. R. F. (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enfermagem*, 22(1), 55-59. doi: 10.1590/S0103-2100200900010000
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delloso, A. C. A., Silva, M. F. F., & Cunha, M. C. (2013). Aspectos orgânicos, psíquicos e nutricionais em pacientes bariátricos. *Distúrbios da comunicação*, 25(2), 277-283. Disponível em <https://revistas.pucsp.br//index.php/dic/article/view/12721>
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 63-67. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v24s3/13975.pdf>
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria*, 26(1), 47-51. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>

- Gordon, P. C., Kaio, G. H., & Sallet, P. C. (2011). Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: Revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(4), 148-154. doi: 10.1590/S0101-60832011000400007
- Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista Associação Médica Brasileira, 50*(2), 199-206. doi: 10.1590/S0104-42302004000200039
- King, W. C., Chen, J. J., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., C., Courcoulas, A. P., Pories, W. J., & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *The Journal of the American Medical Association (JAMA), 307*(23), 2516-2525. doi: 10.1001/jama.2012.6147
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(3), 324-327. doi: 10.1590/S0101-81082007000300013
- Magdaleno Jr., R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*(1), 73-78. doi: 10.1590/S0101-81082009000100013
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 23*(2), 108-113. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n2/10.pdf>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2011). *Metodologia científica* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Monteiro, M. S. S., & Santos, G. S. (2011). Prevalência de transtorno de ansiedade e depressão em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, 4*(1), 19-24. Disponível em [http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p3\\_v4n1.pdf](http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p3_v4n1.pdf)
- Mota, D. C. L. (2012). *Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Universidade de São Paulo). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-11062012-165343/pt-br.php>
- Oliveira, J. H. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(1), 12-19. doi: 10.1590/S0102-79722009000100003
- Oliveira, L. H., & Almeida, P. (2012). Obesidade: Aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. *Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá, 4*(2), 34-46. Disponível em [http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/224/03\\_Vol4.2\\_VOOS2012\\_CL](http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/224/03_Vol4.2_VOOS2012_CL)
- Porcu, M., Franzin, R., Abreu, P. B., Previdelli, I. T. S., & Astolfi, M. (2011). Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum, 33*(2), 165-171. doi: 10.4025/actascihealthsci.v33i2.7653
- Pull, C. B. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry, 23*(1), 30-36. doi: 10.1097/YCO.0b013e328334c817
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, some-

- tidos a cirurgia bariátrica. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 571-578. doi: 10.4067/S0034-98872011000500002
- Song, A., & Fernstrom, M. H. (2008). Nutritional and psychological considerations after bariatric surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(2), 195-199. doi: 10.1016/j.asj.2008.01.005.
- Zaldívar, S. S., Horcajadas, F. A., Martínez, J. J. G., & Romero, S. S. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidade mórbida tras cirugía bariátrica. *Medicina Clínica*, 133(6), 206-212. doi: 10.1016/j.medcli.2008.11.045

Recebido: 22/12/2014

Última revisão: 06/06/2017

Aceite final: 12/06/2017

**Sobre as autoras:**

**Cristina Pilla Della Méa:** Psicóloga. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED). Mestre em Envelhecimento Humano (UPF), Especialista em Psicologia Clínica (IMED) e Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais (UNISINOS, São Leopoldo, RS). **E-mail:** cristina.mea@imed.edu.br

**Carlisa Peccin:** Psicóloga formada pela Faculdade Meridional (IMED). **E-mail:** carlisa\_peccin@hotmail.com