

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ÉRIKA SABRINA ROCHA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVO, DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO
DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Divinópolis
2023**

ÉRIKA SABRINA ROCHA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVO, DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO
DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado

**Divinópolis
2023**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Rocha, Érika Sabrina.

Prevalência de transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica / Érika Sabrina Rocha. – Divinópolis: UFSJ, 2023.

p. : il.

Dissertação(Mestrado)– Universidade Federal de São João del-Rei, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado.

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Estresse 4. Depressão 5. Ansiedade

ÉRIKA SABRINA ROCHA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVO, DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO
DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

APROVADO em ___ de _____ de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família que em todo o processo de construção deste trabalho me apoiou e incentivou.

Aos pacientes portadores de obesidade que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e pela contribuição para o conhecimento científico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sido fonte de energia em meu ser.

Ao meu esposo Junior e meus filhos Gabriel, Rafael e Miguel, que souberam entender e lidar com o árduo processo de estudo e dedicação no qual eu estava imersa.

Aos meus pais, por me proporcionarem o apoio necessário para que minha ausência em alguns momentos não trouxesse grandes consequências.

Ao Professor Doutor Richardson Miranda Machado, pela orientação, sobretudo pela paciência, compreensão e acolhimento em vários momentos difíceis durante o processo de trabalho.

Aos colegas de curso Tailane, Kailon, Bruna, Carolina, Michele e Bianca pelo apoio, parcerias e trocas tão valiosas.

À equipe da Clínica Agir, por ceder seu espaço e acreditar no projeto, colocando-se sempre à disposição para o desenvolvimento da ciência e primando pelo bem-estar do paciente portador de obesidade.

Aos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, que dedicaram parte do tempo do processo pré-operatório a esta pesquisa.

De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando,
a certeza de que é preciso continuar,
a certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar.

Façamos da interrupção um caminho novo.

Da queda, um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sonho, uma ponte,
da procura, um encontro.

Trecho do livro “O Encontro Marcado”, de Fernando Sabino

ROCHA, ES. Prevalência de transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de São João del-Rei - 2023.

RESUMO

Introdução: a obesidade é uma condição complexa, com sérias dimensões sociais e psicológicas, que afeta vários grupos etários e socioeconômicos. A alternativa de tratamento mais procurada atualmente é a cirurgia bariátrica, principalmente devido à falha dos métodos tradicionais. Os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse podem estar presentes no pré-operatório da cirurgia bariátrica, podendo comprometer o sucesso da cirurgia. **Objetivo:** analisar a prevalência dos sintomas dos transtornos depressivos, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo transversal, de caráter exploratório-analítico, de abordagem quantitativa e amostra não probabilística, desenvolvido em uma clínica de médio porte, referência na execução de cirurgias bariátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil. A coleta foi realizada de período de março de 2020 a setembro de 2022, com 154 pacientes em pré-operatório bariátrico, utilizando-se do Inventário de Depressão de Beck II; da Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, obedecendo as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). O estudo incluiu pacientes de ambos os sexos, de idade igual ou maior de dezoito anos e alfabetizados. Quaisquer condições que interferissem na coleta e na mensuração dos dados e/ou informações incompletas foram utilizadas como critérios de exclusão. Realizou-se análise descritiva e de associação dos dados.

Resultados: o estudo identificou que não há correlação estatística significativa entre estado nutricional, depressão, ansiedade e estresse. Mas houve significativa associação entre o sexo feminino, a ansiedade e a depressão na amostra estudada. **Conclusão:** diante desses achados pode-se concluir que as linhas de pesquisa mais atuais apontam para a não existência de uma correlação direta entre obesidade e desenvolvimento de transtornos mentais, mas sim a presença destes levando a uma maior probabilidade de desenvolvimento de quadros de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Estresse; Depressão; Ansiedade

ROCHA, ES. Prevalence of depressive, anxiety and stress disorders in the preoperative period of bariatric surgery. [Dissertation]. Divinópolis: Postgraduate Program in Nursing - Academic Master's Degree at the Federal University of São João del-Rei - 2023.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a complex condition, with serious social and psychological dimensions, which affects various age and socioeconomic groups. Bariatric surgery is currently the most sought after treatment alternative, mainly due to the failure of traditional methods. Depressive, anxiety and stress disorders may be present in the preoperative period of bariatric surgery may compromise the success of the surgery. **Objective:** to analyze the prevalence of symptoms of depressive, anxiety and stress disorders in patients in the preoperative period of bariatric surgery. **Methods:** cross-sectional, exploratory-analytical study, with a quantitative approach and non-probabilistic sample, developed in a medium-sized clinic, a reference in the performance of bariatric surgeries in the Midwest region of Minas Gerais, Brazil. Data collection was carried out from March 2020 to September 2022, with 154 patients in the bariatric preoperative period, using the Beck Depression Inventory II; of the Perceived Stress Scale (PSS-10) and the Hamilton Anxiety Rating Scale, complying with the norms and safeguards established by the Research Ethics Committee of the Federal University of São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ) /BCC). The study included patients of both sexes, 18 years of age or older and literate. Any conditions that interfered with the collection and measurement of data and/or incomplete information were used as exclusion criteria. Descriptive and data association analysis were performed. **Results:** the study identified that there is no statistically significant correlation between nutritional status, depression, anxiety and stress. But there was a significant association between female gender, anxiety and depression in the studied sample. **Conclusion:** given these findings, it can be concluded that the most current lines of research point to the non-existence of a direct correlation between obesity and the development of mental disorders, but the presence of these leading to a greater probability of developing obesity.

Keywords: Obesity; Bariatric surgery; Stress; Depression; Anxiety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da cirurgia bariátrica no Brasil	24
Figura 2 - <i>Bypass</i> Gástrico ou Gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”	26
Figura 3 - Gastrectomia Vertical	26
Figura 4 - Procedimento Duodenal <i>Switch</i>	26
Figura 5 - Banda Gástrica Ajustável	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos diferentes graus de obesidade em adultos	20
Tabela 2 – Frequência e percentuais de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes no período pré-operatório.	48
Tabela 3 – Associação entre a pontuação nas escalas de depressão, ansiedade e estresse com variáveis sociodemográficas e estado nutricional.	48
Tabela 4 – Correlação entre os níveis de depressão, ansiedade e estresse, e os fatores sociodemográficos e estado nutricional.	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM I	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> ®
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	GERAL	18
2.2	ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	OBESIDADE	20
3.3.1	Etiologia, epidemiologia e tratamento	20
3.2	CIRURGIA BARIÁTRICA	23
3.2.1	Histórico, tipos e métodos.....	23
3.3	TRANSTORNOS MENTAIS E OBESIDADE.....	28
3.3.1	Depressão, ansiedade e estresse.....	28
3.4	DEPRESSÃO E OBESIDADE	28
3.4.1	Conceitos e Implicações.....	28
3.5	ANSIEDADE E OBESIDADE	31
3.5.1	Conceito e Implicações	31
3.6	ESTRESSE E OBESIDADE	32
3.6.1	Conceito e Implicações	32
4	MÉTODO	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.3	POPULAÇÃO	35
4.4	AMOSTRA	35
4.5	COLETA DE DADOS.....	36
4.6	ANÁLISE DE DADOS	
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1	ARTIGO 1 –	
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos problemas de saúde pública mais flagrantemente visíveis ainda que mais negligenciado. Coexistindo paradoxalmente com a desnutrição, uma crescente epidemia global de sobrepeso e obesidade está tomando conta de muitas partes do mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo e estima que, em 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

A questão cresceu para proporções epidêmicas, com mais de 4 milhões de pessoas morrendo a cada ano como resultado de sobrepeso ou obesidade em 2017, de acordo com a carga global de doenças. As taxas de sobrepeso e obesidade continuam a crescer em adultos e crianças. De 1975 a 2016, a prevalência de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade de 5 a 19 anos aumentou mais de quatro vezes, passando de 4% para 18% globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

Contrariamente à sabedoria convencional, a epidemia da obesidade não se restringe às sociedades industrializadas. Nos países em desenvolvimento, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofrem de problemas relacionados à obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Diante dessa prevalência, vale chamar a atenção que, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico VIGITEL a frequência de obesidade é semelhante em homens e mulheres (VIGITEL BRAZIL, 2019). O incremento ocorreu, principalmente, na população de 18 a 24 anos, com maior nível de escolaridade. Além de doenças graves associadas, a obesidade pode contribuir para desenvolvimento de depressão, isolamento social e impactos no cotidiano – seja na locomoção, em relacionamentos ou atividades laborais (LOPES; CAÍRES; VEIGA, 2013; SANTOS, 2018).

Para a avaliação inicial de predição da obesidade utiliza-se a medida de massa corporal que é o peso isolado ou peso ajustado para a altura. Mais recentemente, tem-se notado que a distribuição de gordura é mais preditiva de saúde. A combinação de massa corporal e

distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2016).

Utiliza-se a avaliação nutricional como um dos indicadores capazes de fornecer, de acordo com o parâmetro utilizado, informações sobre a adequação nutricional de um indivíduo ou coletividade em relação a um padrão compatível com a saúde em longo prazo. A antropometria vem sendo apontada como o parâmetro mais indicado para avaliar o estado nutricional coletivo, principalmente pela facilidade de obtenção das medidas que podem ser válidas e confiáveis (AQUINO; KIM; STULBACH, 2013).

Para a avaliação do perfil antropométrico-nutricional, a OMS recomenda que os indicadores do estado nutricional empregados devam se basear no Índice de Massa Corporal (IMC) (calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. É simples, prático e sem custo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016)

Através do uso da fórmula do IMC, é possível que o profissional de saúde direcione o paciente às inúmeras possibilidades terapêuticas contra a obesidade, uma delas é o procedimento cirúrgico, também conhecida como redução de estômago ou gastroplastia, a cirurgia bariátrica é um dos recursos mais requeridos pelos pacientes para o tratamento da obesidade e das doenças relacionadas. Após a realização da cirurgia, percebem-se impactos positivos em diversas esferas da vida e cotidiano dos sujeitos, como maior disposição física, melhora na qualidade de vida e diminuição de doenças associadas à obesidade (SANTOS, 2018).

É importante salientar que a Portaria nº 425 (2013) destaca que o tratamento cirúrgico é apenas uma etapa do tratamento para obesidade, sendo indicado para pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento conservador, abrangendo realização de dieta, atividade física e atenção psicológica para mudança de hábitos. Estabelece, ainda, normas e critérios para os serviços de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, salientando sobre a necessidade de uma equipe multidisciplinar no período pré-operatório, inclusive com avaliação de condições psicológicas do paciente e fazendo uso de protocolos psicológicos e/ou psiquiátricos (BRASIL, 2013)

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes portadores de tal condição. Esta doença foi compreendida por muito tempo como uma manifestação somática de um conflito

psíquico subjacente, que em determinados indivíduos com formação egóica inadequada, somente poderia ser solucionado pela hiperfagia (PORCU et al., 2011).

A população obesa candidata à cirurgia bariátrica evidencia uma prevalência elevada de comorbidades psiquiátricas, com taxas que variam entre 36,8 e 72,6%. Em uma metanálise, Dawes e col. (2016) encontraram taxas elevadas de depressão (19%), de ansiedade (12%) e de ideação suicida (9%), maiores do que as encontradas na população em geral (SBCBM, 2019).

Na literatura se destaca a atenção a fatores psíquicos que influenciam os hábitos alimentares dos pacientes, sendo que esses podem impedir o sucesso da intervenção cirúrgica e, por isso, o acompanhamento psicológico no período que antecede a cirurgia necessita de uma avaliação adequada, a qual possibilita um melhor planejamento terapêutico (DANTAS DE JESUS et al., 2017; VENZON; ALCHIERI, 2014).

Diante disso, a investigação de possíveis associações entre transtornos psiquiátricos e obesidade tem sido frequente nos últimos anos em candidatos à cirurgia bariátrica, dentre os quais são citados a depressão, a ansiedade e o estresse.

O termo depressão é utilizado para referir a qualquer um dos transtornos depressivos e se apresenta como sendo um fenômeno altamente complexo que envolve a presença de componentes biológicos, psicológicos e culturais (CASSELLI et al., 2021).

A depressão é uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente, um problema complexo cujas características principais são, por um lado, um estado de ânimo irritável e, por outro, falta de motivação e diminuição do comportamento instrumental adaptativo. É marcada também, por alterações do apetite, do sono, da atividade motora, cansaço, especialmente matutino, baixo conceito de si mesmo, baixa autoestima, sentimento de culpa, dificuldades para pensar ou se concentrar, indecisão, ideias de morte e/ou de suicídio e tentativas de suicídio (CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2014). Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é o que mais se associa ao quadro de obesidade (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

Dobrow et al (2002) relata ainda que sintomas depressivos se mostraram presentes em 100% dos pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica: destes, 84% apresentavam sintomatologia grave, reforçando a importância da avaliação psicológica no manejo clínico do paciente obeso (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002)

A ansiedade se trata de uma antecipação apreensiva de perigo ou ameaça futuros juntamente com sentimento de preocupação, sofrimento e/ou sintomas somáticos de tensão (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2017).

Parente próximo do medo (muitas vezes a diferenciação não é possível) é distinguido dele pelo fato de o medo ter um fator desencadeante real e palpável enquanto na ansiedade o fator de estímulo apresenta características subjetivas. Quando um medo extremo ou inadequado estiver presente e associado a um certo grau de deterioração na vida, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade deve ser considerado (SADOCK; SADOCK, 2007).

Outro problema de saúde que tem afetado milhões de pessoas refere-se ao estresse, que está relacionado à dinâmica do mundo moderno (MONROE, 2008). Conforme discutido por Lazarus (1984) e Taylor & Stanton (2007), o estresse pode ser decorrente de uma determinada condição e/ou estilo de vida e resultar em um amplo conjunto de alterações comportamentais (LAZARUS, 1984; TAYLOR; STANTON, 2007).

Dentre as diversas alterações que podem ocorrer em função do estresse, as mudanças no comportamento alimentar, o qual reflete uma interação entre o estado fisiológico do organismo e as condições ambientais, estreitam os laços da condição estressante com a obesidade (DA COSTA ESTRELA; DE; MENDES, 2017).

O estresse crônico, em especial, está associado a transtornos metabólicos e mudanças na homeostase energética (BARTOLOMUCCI et al., 2009), que podem induzir comportamentos prazerosos e compulsivos como a ingestão de alimentos doces e gordurosos, e com isso, levar o indivíduo à obesidade (COCCURELLO; D'AMATO; MOLES, 2009).

Em face disso, convém que a avaliação do paciente seja individualizada, o mais abrangente e integral possível, levando-se em consideração os seus aspectos físicos, biológicos, sociais, ambientais, históricos, psicológicos, culturais e espirituais (no sentido de crenças), visando um diagnóstico o mais acurado possível, o tratamento necessário e sem complicações, para um prognóstico satisfatório (CASSELLI et al., 2021).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência dos transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica;
 - b) Identificar a prevalência dos transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório;
 - c) Analisar a associação entre depressão, ansiedade, estresse e o índice de massa corporal.
-

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 OBESIDADE

3.1.1 Etiologia, Epidemiologia e Tratamento

Há tempos a obesidade é considerada um problema de saúde pública de abrangência mundial. Considera-se obesidade o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão tal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, Diabetes Não-Insulino-Dependente (Diabetes Tipo II) e certos tipos de câncer (PINHEIRO et al., 2004).

A obesidade não é um fenômeno recente. Sabe-se da existência de indivíduos obesos já na época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás. A sua prevalência, no entanto, nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais, o que torna o tema de relevância considerável (HALPERN, 1999).

A partir dos anos 1980, a obesidade começou a ganhar destaque na agenda pública internacional como questão de saúde pública. Isso ocorreu a partir da institucionalização da temática e da elevação do seu estatuto epidemiológico para o grau de epidemia (DIAS et al., 2017; POULAIN, 2013; SEIXAS; BIRMAN, 2012).

Segundo Poulain (2013), essa institucionalização se deu pela criação de diversas entidades, como a National Obesity Society e a International Obesity Taskforce (IOTF); pela realização do primeiro congresso internacional em 1974, pelas publicações de relatórios pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e pela criação de associações para o estudo da obesidade. No Brasil, foi fundada, em 1986, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Em 2015, a Pesquisa Nacional de Saúde contabilizou que 56,9% (IBGE, 2015) da população brasileira apresenta excesso de peso e que a obesidade acomete quase 30 milhões de adultos. Segundo dados da pesquisa VIGITEL Brasil 2015 Saúde Suplementar, a proporção de beneficiários de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, tendo passado de 46,5% em 2008 para 52,3% em 2015. O mesmo observado para a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 17,0% no mesmo período (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Em 2019, analisando o conjunto das 27 capitais pesquisadas, a frequência de excesso de peso foi de 55,4%, sendo ligeiramente maior entre os homens (57,1%) do que entre as mulheres (53,9%). Com relação à obesidade, no conjunto das 27 capitais, a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres. A frequência de obesidade aumentou com a idade até os 64 anos, para homens, e até os 54 anos, para mulheres. Entre as mulheres, a frequência de obesidade diminuiu intensamente com o aumento da escolaridade (VIGITEL BRAZIL, 2019).

Considerando a fisiopatologia da obesidade, Gadde et al (2018) confirmam, por meio de estudos de neuroimagem, que redes cerebrais são afetadas de maneira diversa pela estimulação visual de alimentos. Tudo depende das condições nas quais o indivíduo se encontra: perda de peso, obesidade, alimentação excessiva, atividade física ou controle cognitivo voluntário (GADDE et al., 2018).

Algumas regiões do córtex frontal, como a amígdala, o ventral estriado e o dorsal estriado, mostram-se mais ativadas em indivíduos obesos em comparação aos magros. Naqueles orientados a resistirem ao desejo pelo alimento – autocontrole cognitivo – percebeu-se a ativação do córtex pré-frontal dorsolateral, classificada, portanto, como uma rede inibitória.

Embora todos os tecidos e células tenham o seu próprio sensor energético evolutivamente conservado, e muitas das necessidades energéticas possam ser cobertas por reflexos periféricos, celulares e teciduais autônomos sem envolver o cérebro, o hipotálamo deve assim ser considerado como um sensor energético máximo que integra as necessidades passadas, atuais e futuras de todo o corpo às condições ambientais presentes ou esperadas (BERTHOUD et al., 2017).

O hipotálamo administra as necessidades do organismo, de acordo com a condição atual ou esperada do ambiente externo. O sistema límbico e o córtex enriquecem este circuito. São responsáveis por processar informações sensoriais externas, pelo controle cognitivo e emocional e pela decisão por recompensa (GADDE et al., 2018).

Para o estadiamento da condição ponderal do paciente, a medida de massa corporal mais tradicional é o peso isolado ou peso ajustado para a altura. Mais recentemente, tem-se notado que a distribuição de gordura é mais preditiva de saúde. A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica.

O Índice de Massa Corporal (IMC) (calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a

gordura corporal. É simples, prático e sem custo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDA DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

A obesidade é detectada atualmente quando o IMC se encontra acima de 30 kg/m². A tabela 1 mostra a classificação dos diferentes graus de obesidade em adultos de acordo com o IMC.

Tabela 1: Classificação dos diferentes graus de obesidade em adultos

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	Menor que 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	Maior que 25
Pré-obeso	25 – 29,9
Obeso I	30 – 34,9
Obeso II	35 – 39,9
Obeso III	Maior que 40

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2016

Os IMCs extremos estão relacionados a maior risco de doença e maiores taxas de mortalidade. Uma análise mais criteriosa do risco de comorbidades deve considerar fatores diversos, como medidas de porcentagem de gordura relacionadas à circunferência da cintura, exames clínicos e laboratoriais.

Embora as razões celulares e bioquímicas da obesidade sejam de extrema importância para o entendimento da etiologia desta doença, há em contrapartida a relação da pessoa obesa com a sociedade. O estigma construído sobre esta doença impacta diretamente nas relações emocionais, na produtividade no trabalho e nas relações pessoais do indivíduo obeso.

Paim e Kovaleski (2020) apresentam uma análise crítica a respeito do Índice de Massa Corporal (IMC) enquanto parâmetro de diagnóstico universal da obesidade e condição necessária para definir a obesidade como doença. A partir do IMC, é possível identificar o quanto a pessoa se afasta do padrão de normalidade – já que o normal é ter o corpo magro –, tendo no biológico o elemento essencial para definir o que seria um desvio da normalidade. Assim, anormal é ter o corpo gordo (PAIM; KOVALESKI, 2020).

Logo, a norma não produz apenas médias estatísticas, mas carrega também aquilo que é considerado desejável num momento histórico de determinada sociedade, o que é adequado e deve ser incorporado por todos como norma.

Quando o indivíduo não alcança esse padrão e ameaça o tipo ideal de corpo, sua atitude é entendida como negligência e é produzida uma forte exclusão social em relação aos corpos gordos, que são discriminados, rejeitados e culpabilizados (PAIM; KOVALESKI, 2020).

Com base em todos os preceitos de saúde e sociais, a população obesa busca de várias formas reverter esse processo, assim como as políticas públicas vêm apresentando alternativas de enfrentamento desse agravo.

Alguns exemplos de intervenções públicas são: a assinatura de acordos internacionais e definição de metas em planos nacionais, como as estabelecidas no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019 que visa deter o crescimento da obesidade na população adulta; reduzir em pelo menos 30% o consumo regular de refrigerante e suco artificial (de 20,8% para 14% ou menos da população); e ampliar em, no mínimo, 17,8% (de 36,5% para 43%) o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente (CASTRO, 2017).

Outras abordagens terapêuticas incluem farmacoterapia, balão intragástrico e cirurgia bariátrica, que também podem ser tidas como estratégias para o controle da doença, mas como último recurso (GADDE et al., 2018).

A abordagem farmacoterapêutica é apontada como alternativa primária, juntamente com a mudança dos hábitos alimentares e a prática de atividade física.

Narayanaswami e Dwoskin (2017) classificam as medicações para o tratamento da obesidade em três categorias: as que atuam de maneira periférica no controle da absorção de gordura, as que atuam de forma central para diminuição da ingestão de alimentos e aqueles que facilitam o gasto de energia. Porém, alguns fármacos que cumpriram as diretrizes para perda de peso foram retirados do mercado devido a efeitos adversos importantes, incluindo alterações cardiovasculares e psiquiátricas (NARAYANASWAMI; DWOSKIN, 2017).

No Brasil, os medicamentos antiobesidade aprovados mais conhecidos são: *Fentermina* (*Adipex-P*®), *Liraglutida* (*Saxenda*®), associação de *Fentermina* e *Topiramato* (*Qsymia*®), para supressão de apetite; associação de *Naltrexona* e *Bupropiona* (*Contrave*®) para diminuição da ingestão de alimentos e aumento do gasto de energia; *Orlistat* (*Xenical*®) para redução da absorção da gordura; *Lorcaserin* (*Belviq*®) para promoção de saciedade (NARAYANASWAMI; DWOSKIN, 2017).

Além da alternativa primária de emagrecimento, as abordagens cirúrgicas, como a cirurgia bariátrica, produzem perda de peso significativa e melhoram as complicações cardiovasculares associadas e o diabetes tipo 2 em pacientes obesos mórbidos (ABDEEN & LE ROUX, 2015).

Vale salientar que, desde 2020, toda a população mundial enfrenta um grave problema de saúde: a infecção pelo vírus SARS-coV-2, conhecida também como COVID-19 ((GUO et al., 2020).

A pandemia causada pelo novo coronavírus, tem gerado modificações estruturais significativas nas interações sociais, uma vez que a forma de prevenção mais efetiva e recomendada pelas autoridades em saúde para conter a disseminação do SARS-coV-2 é o distanciamento e isolamento social, associado à utilização de máscaras (GUO et al., 2020)

Com o rápido avançar da infecção, diversos países adotaram o estado de lockdown, medida de restrição que permitia apenas o funcionamento de atividades essenciais, que não incluíam academias ou locais públicos para a prática de atividades físicas (HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

No estudo de Durães et al (2020), é ressaltado que o isolamento social contribui para a perda de bons hábitos alimentares e o desenvolvimento de hábitos não saudáveis, como a alta ingestão calórica proveniente de alimentos ricos em carboidratos e lipídeos, como fastfood, frituras e doces. Nesse aspecto, outro ponto que se relaciona com os maus hábitos alimentares é o tédio, resultado da falta de atividades de lazer fora do ambiente do lar. Fato que pode desencadear transtornos alimentares, como a compulsão alimentar, tanto em pessoas obesas quanto em indivíduos sem a comorbidade que podem vir a desenvolver esta doença (DURÃES et al., 2021).

Infere-se, então, que por se tratar de uma doença multifatorial, as abordagens à obesidade devem ser feitas de forma individual e personalizada com equipe multiprofissional que contemplem de forma holística todas as necessidades do paciente.

3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

3.2.1 Histórico, Tipos e Métodos

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017) relata que a história da cirurgia bariátrica no Brasil começa na década de 1970, com os trabalhos iniciais do cirurgião da faculdade de medicina da USP (FMUSP) Salomão Chaib utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (1969) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

Apesar de no início os resultados não terem sido positivos devido à falha de segurança para os pacientes e resultados limitados, médicos e cirurgiões capitaneados por Arthur Garrido Jr. mantiveram as pesquisas e acompanharam as principais tendências internacionais da especialidade.

Trilharam um novo caminho aberto na década de 1980 por Edward E. Mason, M.D, cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – ele foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, que levou ao desenvolvimento de técnicas como o bypass gástrico, gastroplastia horizontal e gastroplastia vertical com anel de polipropileno (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

Figura 1- Linha do tempo da cirurgia bariátrica no Brasil



FONTE: (SBCBM, 2017)

Durante a década de 1990, outras técnicas como a derivação biliopancreática de Scopinarop e, principalmente, o aprimoramento das derivações gástricas em Y de Roux, passaram a oferecer maior segurança e resultados mais consistentes em médio e longo prazos. A gastroplastia vertical com anel de Mason foi progressivamente substituída como abordagem de restrição puramente mecânica pelo emprego das bandas gástricas ajustáveis, logo adaptadas

à via vídeolaparoscópica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017)..

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017) utiliza novas técnicas e abordagens para o tratamento cirúrgico da obesidade grave e de doenças metabólicas, mesmo quando não há acúmulo acentuado de tecido gorduroso no organismo. O entendimento ampliado dos reflexos das intervenções no tubo digestivo nos mecanismos neuro-humorais tem estimulado novas ideias, ainda em comprovação científica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

São candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) os pacientes com IMC maior que 35 Kg/m², grau II (obesidade leve ou moderada) ou com IMC maior que 40 Kg/m², grau III (obesidade mórbida) associada a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do sono, entre outras). Sendo que a indicação para os pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados. Cabe ressaltar que a cirurgia é contraindicada para pacientes com problemas respiratórios graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Os resultados assim esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e melhora da qualidade de vida (STEYER et al., 2016).

Em relação às técnicas cirúrgicas, é importante ressaltar que existem quatro diferentes técnicas, com formatos e funções distintas, sendo restritivas ou mistas.

O Bypass gástrico ou gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” é um procedimento misto, que consiste no grampeamento de parte do estômago, reduzindo o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome.

Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial (Figura 2). No Brasil, é a técnica mais praticada, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017).

A Gastrectomia vertical, também conhecida como cirurgia de Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa é um procedimento considerado restritivo e metabólico. Nele, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (Figura 3). Esta técnica tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e das doenças lipídicas.

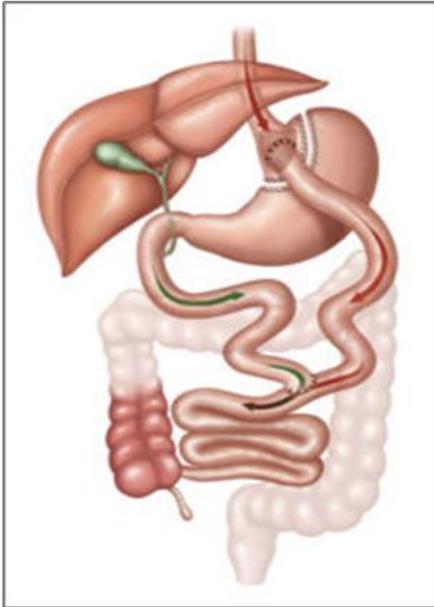


Figura 2 – Bypass Gástrico
 Fonte: SBCBM, 2017.

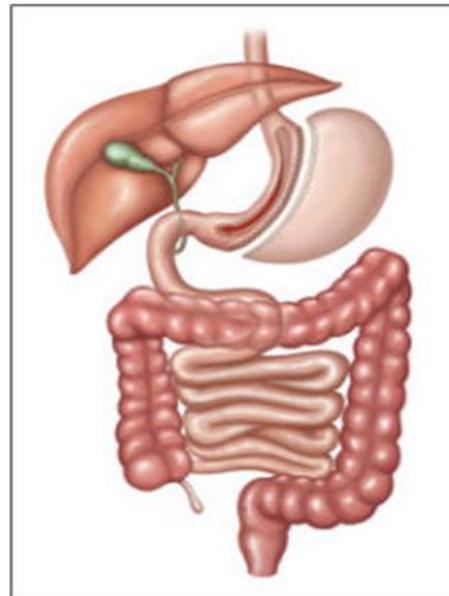


Figura 3 – Gastrectomia vertical
 Fonte: SBCBM, 2017

O procedimento Duodenal Switch (interruptor duodenal) é uma técnica criada em 1978 que leva à perda de 75% a 85% do peso inicial e corresponde a 5% das intervenções realizadas.

Trata-se da associação entre gastrectomia vertical com 60% do estômago retirado, mas seu padrão de esvaziamento e anatomia básica preservados ao desvio intestinal (Figura 4).

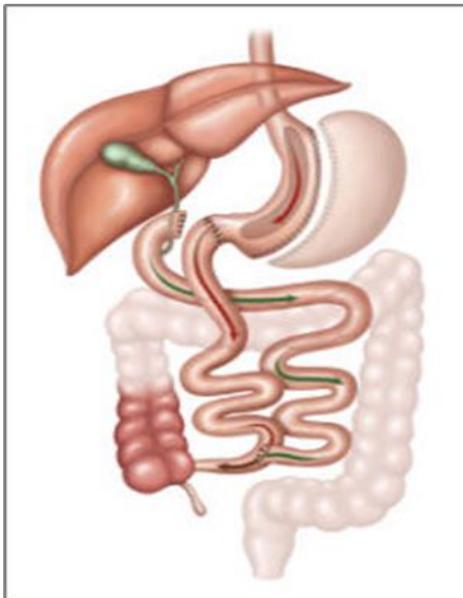


Figura 4 – Duodenal Switch
 Fonte: SBCBM, 2017

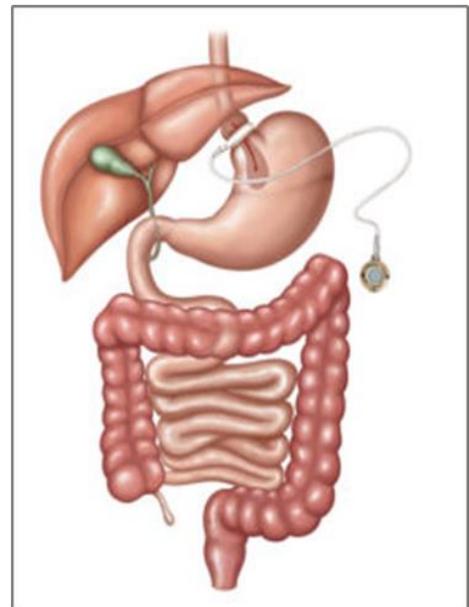


Figura 5 – Banda gástrica ajustável
 Fonte: SBCBM, 2017

A banda gástrica ajustável, criada em 1984, é um procedimento cujo objetivo é o esvaziamento do estômago controlado por um anel de silicone inflável e ajustável instalado ao seu redor (Figura 5). Técnica puramente restritiva, que engloba riscos e complicações pela presença da prótese – anel – na cavidade abdominal. Apesar de apresentar bons resultados para a perda de peso, que fica entre 50% e 60% do inicial, corresponde a menos de 1% das cirurgias realizadas no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

As diversas técnicas em cirurgia bariátrica podem ser realizadas de maneira convencional, aberta – laparotomia – ou por videolaparoscopia. Na primeira, o cirurgião faz um corte de 10 a 20 centímetros no abdômen do paciente, enquanto na segunda, quatro a sete pequenas incisões entre 0,5 e 1,2 centímetros para passagem de cânulas e vídeo. No Brasil, cerca de 35% das intervenções bariátricas são realizadas por videolaparoscopia, procedimento cuja taxa de mortalidade é bastante inferior à da laparotomia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

Apesar dos inúmeros benefícios descritos na literatura, como a regularização da pressão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, a cirurgia bariátrica apresenta alguns aspectos negativos como deficiências nutricionais, alterações emocionais e a Síndrome de *Dumping*. Esta última é caracterizada por sintomas gastrointestinais e vasomotores após esvaziamento gástrico rápido. Eles podem ocorrer de forma precoce, após cerca de 30 minutos da refeição, e incluir dor e distensão abdominal, diarreia e borborigmo. Quando surgem de 1 a 3 horas depois, é chamado tardio e se relaciona à hipoglicemia reativa. Os casos de *Dumping* e deficiências nutricionais exigem mudanças rigorosas para uma dieta balanceada, além do uso de suplementos nutricionais (RUBAN et al., 2019).

Em resposta à progressiva crise global da saúde causada pela pandemia de COVID-19, seguindo recomendações das autoridades governamentais e profissionais, a prática da cirurgia bariátrica, que é um procedimento cirúrgico eletivo, vem sendo adiado (RUBINO et al., 2020).

Durante esse período, podem surgir fortes elos entre o sofrimento psicossocial associado ao panorama atual e comportamentos alimentares inadequados, uma vez que o efeito aditivo da pandemia pode impactar negativamente a capacidade dos pacientes em pré-operatório para cirurgia bariátrica de sustentar mudanças para um estilo de vida saudável. Essas mudanças são importantes para um resultado mais eficiente, uma vez que a taxa de recidiva de peso pode chegar a 35%¹¹ (COLLINS; MENG; ENG, 2016).

O reganho de peso é multifatorial, sendo alguns dos fatores envolvidos a inadequação nutricional, problemas de saúde mental e sedentarismo. Dessa forma, é imperativo que esses

pacientes sejam monitorados de perto quanto à desregulação física e emocional secundária à pandemia, a fim de apoiar melhorias na gestão do peso e na qualidade de vida (YEO et al., 2020).

Levando em consideração todos os fatores expostos é necessário um período de preparação, fundamental para a obtenção de resultados satisfatórios, ajudando o paciente a enfrentar e conhecer todos os estágios aos quais será submetido. Para isso está envolvida uma equipe multidisciplinar composta por médicos, nutricionista, psicólogo, profissionais de enfermagem, entre outros (ROCHA; COSTA, 2012).

Percebe-se, então, o quão importante é o acompanhamento profissional do paciente candidato à cirurgia bariátrica em todo o período pré-operatório. Desde o momento em que ele se enquadra dentro dos parâmetros ponderais até o trabalho de apoio psicológico e emocional para que ele se reestabeleça com sucesso no pós-operatório.

3.3 TRANSTORNO MENTAL E OBESIDADE

3.3.1 Depressão, Ansiedade e Estresse

A obesidade, por sua caracterização e etiologia multifatorial, é uma condição que tem merecido atenção e estudos de diversas áreas de especialidades, particularmente a psiquiatria e a psicologia.

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos possam preceder o desenvolvimento dessa condição. A depressão, a ansiedade e o estresse são sintomas comuns, e depressão maior pode ser mais frequente nos gravemente obesos (VASQUES et al., 2004).

Melca e Fortes (2014) ressaltam que os transtornos mentais e a obesidade se tornam agravantes quando associados entre si, ou seja, as doenças psíquicas são desenvolvidas por doenças físicas e vice-versa, e que esses transtornos aumentam a incidência da obesidade (MELCA; FORTES, 2014).

O aumento da desesperança e da infelicidade entre as pessoas que se encontram em situação de reclusão, foi relatado em estudos desenvolvidos durante a pandemia de COVID-19, e se relacionam com a perda da perspectiva de vida, e de foco nos projetos, podendo gerar e agravar distúrbios psíquicos como depressão, estresse e ansiedade. Nesse aspecto, tais transtornos diminuem a síntese e a liberação de hormônios e neurotransmissores que promovem a sensação de bem-estar, prazer e felicidade (CUNHA et al., 2020).

Tal situação leva o indivíduo a buscar prazer na alimentação muitas vezes de forma compulsiva. Desse modo, a infecção pelo SARS-coV-2 afeta não somente os pulmões, mas o ser biopsicossocial de forma integral, desencadeando e agravando patologias, como no caso da obesidade (CRISTO et al., 2021).

3.4 DEPRESSÃO E OBESIDADE

3.4.1 Conceitos e implicações

A depressão e a obesidade são fatores clínicos cuja origem é a combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos capazes de comprometer a qualidade de vida de um sujeito (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2016).

De acordo com a OMS, a depressão é um transtorno mental comum que afeta mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo e se caracteriza por tristeza persistente e falta de interesse ou prazer em atividades anteriormente gratificantes, podendo afetar também o sono, o apetite, cursar com fadiga e redução da concentração. A etiologia da depressão é complexa e multifatorial, envolvendo interações entre fatores sociais, psicológicos e biológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

A depressão causa prejuízos à vida da pessoa que a desenvolve, apresentando diversas dificuldades físicas e emocionais, manifestando-se por meio de seus sintomas, entre os quais os mais comuns são: “perda de energia; alterações no apetite; dormir mais ou menos do que se está acostumado; ansiedade; concentração reduzida; indecisão; inquietação; sentimento de inutilidade, culpa ou desesperança; e pensamentos de autolesão ou suicídio” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2017).

Vários estudos já identificaram o impacto negativo da adiposidade em sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e qualidade de vida. Porém, ainda se investiga a relação de causalidade entre estas afecções.

A aceitação da depressão como uma comorbidade da obesidade é cada vez mais unânime, no entanto nenhuma relação de causalidade foi, definitivamente, estabelecida (LOPES; CORREA, 2016).

Contudo, outras investigações indicam prevalência de depressão superior, quando este distúrbio é acompanhado por comorbidades. Em indivíduos adultos com infarto agudo do miocárdio (IAM), foi identificada prevalência de 31,1% de sintomas de depressão (THOMBS et al., 2006), 28,8% naqueles com diabetes mellitus (PARK et al., 2015) e 45,3% em portadores

de câncer. Quando a estimativa de depressão foi avaliada em indivíduos com obesidade foi identificada prevalência de 30% (LIE et al., 2015).

Os fatores psicológicos são fortes motivadores do comportamento manifestado pelas pessoas, inclusive os alimentares, sendo estes por vezes, os grandes vilões do aumento de peso, que se não controlados poderão levar a pessoa à obesidade (YAEGASHI et al, 2016).

Destaca-se a relação entre estilo de vida e saúde mental. O padrão alimentar tem sido relacionado com a depressão e o mecanismo proposto para explicar essa relação consiste na qualidade da dieta que poderá ter efeito imunológico sobre o funcionamento do organismo e nos níveis de inflamação sistêmica (BERK et al., 2013).

Resultados de pesquisas indicam que a probabilidade de desenvolver depressão está relacionada ao consumo excessivo de alimentos pouco saudáveis, a exemplo de alimentos processados com elevada quantidade de açúcar refinado e gordura saturada. Esses alimentos podem favorecer o aumento dos marcadores de inflamação sistêmica, além de influenciarem na estrutura e função do cérebro por meio da diminuição das neurotrofinas, essenciais para regulação da plasticidade neuronal e da saúde mental (NEIL et al., 2014).

Em contrapartida, sugere-se que o consumo elevado de frutas, hortaliças, peixes e grãos integrais proporciona menor risco para a ocorrência de depressão, uma vez que as propriedades anti-inflamatórias desses alimentos podem aumentar as concentrações séricas das monoaminas, além de reduzir o estresse oxidativo e os danos neuronais, reduzindo o risco de depressão (KIECOLT-GLASER, 2010).

O estudo de Lima e Oliveira (2016) comprova que os fatores psicológicos, tais como pensamentos disfuncionais, baixa autoestima, desregulação afetiva, sentimentos de ansiedade e sintomas de estresse, além de pressões culturais, influenciam significativamente na aquisição e manutenção da obesidade, dificultando, por sua vez, o emagrecimento (LIMA; OLIVEIRA, 2010).

Um fator importante é que os adultos são mais propensos a se sentirem mais estressados quando percebem exigências ambientais, principalmente, problemas financeiros e têm falta de recursos para lidar com essas demandas, precipitando ou agravando a depressão, além de reforçar os padrões alimentares pouco saudáveis. (CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2014).

Segundo Verdolin (2012) devido a existirem poucos estudos relacionando IMC e transtornos mentais, não se pode afirmar que a obesidade seja causa ou consequência de transtornos psiquiátricos. O que a maioria dos estudos encontra é uma associação entre a ansiedade e depressão quando relacionadas à obesidade. Pode ocorrer então que a depressão pode facilitar o desenvolvimento da obesidade por alterar hábitos alimentares ou diminuir a

atividade física. Por outro lado, a obesidade pode predispor a depressão devido à percepção negativa da imagem corporal, mas não pode ser encarada como uma regra (VERDOLIN, 2012).

3.5 ANSIEDADE E OBESIDADE

3.5.1 Conceitos e implicações

O Brasil tem a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade do mundo. No total, 18,6 milhões de brasileiros vivem com transtorno de ansiedade. Levantamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostram que atualmente cerca de 33% da população mundial sofre de ansiedade. Numa pesquisa realizada recentemente em 2017, pela primeira vez o Brasil recebeu o título de “país mais ansioso do mundo” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2019).

A ansiedade caracteriza-se por uma antecipação apreensiva de perigo ou ameaça futura juntamente com sentimento de preocupação, sofrimento e/ou sintomas somáticos de tensão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os níveis de ansiedade tendem a aumentar em razão das profundas transformações vividas em nossas sociedades contemporâneas nas últimas décadas do século XX e nessas duas primeiras décadas do século XXI, que impactam fortemente a vida dos sujeitos (LENHARDTK e CALVETTI, 2017). A ansiedade pode se manifestar de duas formas: ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Em relação a essas duas linhas de pensamento, Menezes et al. (2018) definem a ansiedade-estado como

“Um estado emocional que é transitório, passageiro, sendo composto por sentimentos de tensão emocional que se diferenciam de acordo com a intensidade sentida por cada indivíduo ao longo do tempo, enquanto a ansiedade-traço é um comportamento pessoal, considerado estável e se manifesta quando o indivíduo se depara com uma situação que pode lhe causar estresse, percebendo, de uma forma mais precisa, circunstâncias adversas” (MENEZES, 2018, p. 93-100).

Portanto, as diferenças são nítidas e delineiam claramente cada um desses dois tipos de ansiedade: uma delas mais voltada a um momento específico, condizente com uma situação externa, e outra mais voltada a um estado interno, que pode surgir por algum motivo.

Uma pesquisa recente realizada por Costa, Branco, Vieira, Souza e Silva (2019) revela a agorafobia como transtorno de ansiedade com maior prevalência entre os entrevistados, seguido por transtorno de ansiedade generalizada e fobia social; são diversos os fatores de risco

relacionados a esses transtornos, estando inclusos sexo, baixas condições socioeconômicas e escolaridade (COSTA et al., 2019).

Em relação à ansiedade na população obesa, um estudo demonstrou que indivíduos com IMC maior apresentavam maiores taxas de ansiedade. Além disso, maiores taxas de personalidade impulsiva e menor controle inibitório foram encontrados nos pacientes nesse estudo (HAMDAM; WANDERLEY, 2017).

Cabe ressaltar que a ansiedade ocasiona diversas situações nocivas à saúde dos sujeitos, como a compulsão alimentar (ISNARD et al., 2003) e a obesidade (MELCA; FORTES, 2014). Pode-se caracterizar a compulsão alimentar como sendo um impulso que leva os indivíduos a comerem em excesso, consumindo uma quantidade de alimentos relativamente grande, em um curto período, acompanhado de perda de controle sobre o quanto e o que se come (APPOLINARIO, 2005).

Uma pesquisa realizada apenas com mulheres obesas explanou relação entre comportamento alimentar e aspectos emocionais: mais de 80% das participantes afirmaram sentir alterações no apetite quando em situações de angústia, gerando um possível alívio emocional diante de comportamentos alimentares irregulares (FIGUEIREDO et al., 2014).

Ainda considerando dados epidemiológicos que correlacionam os transtornos mentais, dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam que a proporção da população global com depressão em 2015 foi estimada em 4,4%. Já a estimativa para transtornos de ansiedade neste mesmo ano foi de 3,6% na população mundial, com prevalência de transtornos de ansiedade em 7,7% das mulheres na região das Américas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2016).

Tais transtornos mentais comuns levam à perda de saúde e funcionamento consideráveis e estudos já constataram que os transtornos mentais supracitados são mais prevalentes em indivíduos com sobrepeso e obesidade, especialmente em mulheres (WHO, 2018).

Os indivíduos obesos se isolam da sociedade, apresentam redução considerável da capacidade de fazer amigos, de aproveitar as oportunidades e praticar atividade física em grupos, com o conseqüente aumento do consumo de alimentos. Considerando que a sociedade impõe um padrão de beleza, os obesos se sentem inferiorizados frente a sua imagem corporal, causando estresse psicológico intenso e piorando sua autoestima. (SILVA; LANGE, 2010).

Existe uma alta prevalência de indivíduos obesos que apresentam sintomas de ansiedade. “Os transtornos ansiosos são mais prevalentes em pacientes com obesidade do que com sobrepeso. Ser diagnosticado com ansiedade aumenta a probabilidade deste paciente tornar-se obeso.” (MELCA; FORTES, 2014).

3.6 ESTRESSE E OBESIDADE

3.6.1 Conceitos e implicações

O estresse é reconhecido como uma questão importante na pesquisa em neurociência básica e clínica (McEWEIN et al., 2015).

Embora esse fenômeno fisiológico seja fundamental para a sobrevivência, também está fortemente relacionado a vários distúrbios cerebrais, incluindo depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (Nemeroff, 2016), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10).

Para Rossetti et al. (2008), o estresse tem aparecido como um dos fatores predominantes em várias desordens psíquicas, as quais tem aumentado consideravelmente em todo o mundo (Collins et al, 2011; Murray et al., 2012). Considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1992, como a doença do século XX, o estresse afeta mais de 90% da população mundial e vem sendo considerada uma epidemia global (ALMEIDA, 2002; EVANS et al., 2007).

Em face disso, o estresse, quando presente no indivíduo, pode desencadear uma série de doenças. Se nada for feito para aliviar a tensão, o indivíduo cada vez mais se sentirá exaurido, sem energia e depressivo. Em termos físicos ou fisiológicos, muitos tipos de doenças podem ocorrer, dependendo da herança genética do indivíduo (Lipp, 2001).

Alguns indivíduos adquirem úlceras, outros desenvolvem hipertensão, outros apresentam herpes, dentre outras. A partir daí, sem tratamento especializado e de acordo com as características pessoais, existe o risco de ocorrerem problemas graves, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, dentre outros (DA COSTA ESTRELA; DE; MENDES, 2017). Não é o estresse que causa essas doenças, mas ele propicia o desencadeamento de doenças para as quais o indivíduo já tinha predisposição ou, ao reduzir a defesa imunológica, ele abre espaço para que doenças oportunistas apareçam (LIPP, 2002).

O estresse é uma ameaça, real ou implícita, à homeostase; é um evento ou série de eventos que são ameaçadores para o indivíduo e provocam respostas fisiológicas e comportamentais como parte da alostase. A alostase é a capacidade de alcançar a estabilidade fisiológica através da mudança no meio interno e de manter a estabilidade aparente num novo ponto (set point) fisiológico; carga alostática é o custo cumulativo da alostase continuada por estresse sistemático para o organismo, em que este ajusta a sua morfologia, fisiologia e

comportamento, podendo atingir-se a sobrecarga alostática quando os sistemas adaptativos estão desgastados e há risco de consequências fisiopatológicas (McEWEN, 2015).

Alguns exemplos de estressores emocionais são: conflitos interpessoais, perda de uma relação significativa, morte de um familiar próximo ou perda de um filho; exemplos de estressores fisiológicos incluem privação do sono ou insônia (SINHA et al, 2008).

Pesquisas demonstram que muitas pessoas têm experienciado altos níveis de estresse ao longo dos últimos anos, sendo que esse estado está relacionado a diversas doenças como doenças cardíacas, pressão alta, diabetes, infertilidade e principalmente falhas no sistema imunológico (PUBLISHING, 2016).

Existem várias classificações que definem os tipos de estresse existentes, porém para este estudo vamos nos ater na classificação de estresse agudo e estresse crônico.

Considera-se estresse agudo uma exposição singular ao estressor e crônico uma exposição prolongada ou repetida por um longo período (MANIAN e MORRIS, 2012).

As principais respostas acionadas em resposta ao estresse envolvem o sistema nervoso autônomo e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal; estas duas vias são frequentemente ativadas em simultâneo. Segundo Bjorntorp (2001), a exposição à primeira via culmina, por exemplo, em hipertensão e aumento da frequência cardíaca; a segunda via promove a ocorrência de aumentos no cortisol, o qual está associado a um aumento do aporte energético.

As consequências a longo prazo da hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal em indivíduos cronicamente estressados incluem: aumento de peso, obesidade abdominal, diabetes tipo 2, aumento da morbidade por doença cardiovascular e mortalidade (DALLMAN, 2013).

Um dos principais caminhos ativados no corpo pelos estressores é o do sistema nervoso central. Em resposta aos estressores, através dos principais hormônios do estresse, cortisol, adrenalina e noradrenalina, o sistema nervoso simpático tem sua atividade aumentada, enquanto o sistema nervoso parassimpático reduzida (WON e KIM, 2016).

Apesar de nem sempre levar a transtornos, o estresse contínuo e intenso pode ser um indício de transtornos psiquiátricos.

Segundo Rossi (2018), o estresse em si não é uma doença, mas pode ser o gatilho. O estresse é simplesmente a adaptação que uma pessoa enfrenta por causa de uma situação imprevista ou indesejada (ROSSI, 2018).

Para Rossetti et al. (2008), o estresse tem aparecido como um dos fatores predominantes em várias desordens psíquicas, as quais tem aumentado consideravelmente em todo o mundo (ROSSI, 2018).

Segundo a Associação Brasileira de Estudos de Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), o estresse psicológico pode contribuir para o ganho de peso e obesidade, pois a ansiedade pode levar ao aumento da ingestão alimentar, controle inadequado do apetite e alimentação compulsiva. É também um agravamento complexo devido às suas múltiplas causas e ocorre na interação do indivíduo com o meio ambiente causando mudanças físicas, psíquicas, emocionais e comportamentais (CHIPAS et al, 2012).

Nesse sentido, parece existir uma correlação bidirecional entre distúrbios psiquiátricos, sobrepeso e obesidade. Conforme demonstrado por Luppino et al. (2010), a obesidade é um preditor da depressão. Estes autores encontraram uma associação bidirecional entre depressão e obesidade, na qual indivíduos obesos tinham incremento de 55% de chances de desenvolver depressão, ao passo que indivíduos deprimidos tinham incremento de 58% de chances de se tornar obesos. Os autores revelaram, ainda, que a associação entre depressão e obesidade foi mais forte que a associação entre depressão e sobrepeso, o que reflete um gradiente de dose-resposta, no qual quanto mais intenso for o quadro de uma condição, maior é a chance de desenvolver a outra (DA COSTA ESTRELA; DE; MENDES, 2017).

A obesidade é considerada um “extremo” ligado à nutrição, que pode ter seus efeitos reforçados quando em associação com o estresse crônico. A obesidade (reproduzida em modelos experimentais por meio da introdução de dietas de cafeteria) tem causado prejuízos em diversas funções orgânicas (YANG et al., 2005; EGUCHI et al., 2008; TAKASHIBA et al., 2011; YANG et al., 2013).

Entretanto, ainda há a necessidade de investigações específicas sobre o fator estresse aliado à obesidade, uma vez que o estresse por si só é um fator impactante para o organismo. Até o presente momento não foi encontrado nenhum estudo envolvendo avaliações da associação entre estresse e obesidade sob parâmetros bioquímicos, hematológicos, bem como comportamentais preditivos de depressão e ansiedade em ratas Wistar.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-analítico, de abordagem quantitativa e amostra não probabilística. O estudo transversal possibilita a descrição de uma situação de saúde num determinado momento. A pesquisa exploratória visa à descoberta, ao achado, à elucidação de fenômenos ou à explicação daqueles que são percebidos, mas ainda não esclarecidos (GIL et al., 2017).

Para Zikmund (2000), os estudos exploratórios, geralmente, são úteis para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias. Esses trabalhos são conduzidos durante o estágio inicial de um processo de pesquisa mais amplo, em que se procura esclarecer e definir a natureza de um problema e gerar mais informações que possam ser adquiridas para a realização de futuras pesquisas conclusivas (ZIKMUND, 2000)..

A pesquisa de prevalência estuda casos antigos e novos de uma nosologia em determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal (ROUQUAYROL, 1994).

A amostra não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. (MATTAR, 1996).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Divinópolis, cidade do centro-oeste do estado de Minas Gerais, Brasil. Com população estimada de 243 mil habitantes, possui 97% de sua população caracterizada como urbana e está classificada na 21ª posição do Índice de Desenvolvimento Humano do Estado (“Divinópolis (MG) | Cidades e Estados | IBGE”, [s.d.]). É um município cuja economia se baseia, principalmente, nos setores de vestuário e siderurgias.

A coleta de dados foi realizada na Clínica Agir, fundada no ano de 2002, que presta assistência multidisciplinar a portadores de obesidade, de ambos os sexos, para tratamento clínico e/ou cirúrgico.

Trata-se de uma clínica com registro número 8630503 no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas, cuja principal atividade é prestar assistência médica ambulatorial por meio de consultas e de execução de cirurgias bariátricas. Por ser uma das clínicas pioneiras em

tratamento da obesidade na região, seu raio de abrangência atinge as principais cidades do Centro-Oeste de Minas Gerais.

A instituição oferece um atendimento multiprofissional, no qual o paciente é submetido a um processo de avaliações nutricional, psicológica e médica no período pré-operatório e pós-operatório. Possui uma clientela diversificada advinda de planos de saúde e de atendimentos particulares.

Foi escolhida para o estudo por tratar-se de uma referência regional na realização de cirurgias bariátricas e por apresentar o caráter de pluralidade no atendimento ao cliente.

4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA

Para este estudo foi utilizada uma população composta por pacientes atendidos pela Clínica Agir candidatos à cirurgia bariátrica. O cálculo amostral partiu do número de cirurgias bariátricas realizadas pela clínica no período de 2001 a 2019, totalizando 1416 pacientes. Foi realizada a seguir uma projeção do crescimento no número de cirurgias dos últimos 19 anos.

A estratégia foi averiguar, via gráfico de dispersão, se houve aumento e se ele seguia um padrão de crescimento ao longo do tempo.

Verificou-se um crescimento linear no número de cirurgias ao longo dos 19 anos, o que possibilitou ajustar um modelo para prever o número de cirurgias para 2020.

O ajuste foi realizado da seguinte forma: número de cirurgias = $-15340 + 7.670 \cdot \text{ano}$ / projeção do número de cirurgias = $-15370 + 7.670 \cdot 2020 = 153,4$ ou 154. Sendo assim, pelo modelo proposto, o número de cirurgias esperado para o ano de 2020 foi de 154. O cálculo amostral foi assim baseado na projeção de cirurgias para o ano de 2020, mantendo fixo o nível de confiança em 95% e variando o erro de 2% até 5%, o que resultou no "n" amostral de 145 pacientes.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2020 a setembro de 2022 e contemplou 154 pacientes. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes que realizariam a cirurgia bariátrica de acordo com agenda disponibilizada pela Clínica Agir.

Para a realização do convite aos pacientes, foram utilizadas as reuniões em grupo pré-agendadas pelas secretárias, que favorecia o momento conjunto para explicação sobre o objetivo da pesquisa, como também sobre a dieta pós-operatória (realizada pelo nutricionista).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, idade igual ou maior a dezoito anos e alfabetizados. Critérios de exclusão: quaisquer condições que interferissem na coleta, como dificuldade na leitura e interpretação e/ou informações incompletas no preenchimento do protocolo de respostas.

No primeiro momento, foi solicitado aos participantes da pesquisa a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra nos apêndices. Após o entendimento e o esclarecimento de dúvidas referentes à pesquisa e ao TCLE, iniciamos a orientação sobre o preenchimento dos instrumentos.

A aplicação dos instrumentos foi realizada coletivamente, com duração média de 40 minutos. Seguindo a mesma ordem, os questionários foram organizados em pranchetas individuais nos quais cada paciente respondia à caneta. Vale salientar que todo o período de aplicação dos questionários foi acompanhado presencialmente, sanando as dúvidas que ocasionalmente surgiram. Este procedimento foi adotado a fim de garantir a confiabilidade das respostas.

Todos os protocolos de saúde vigentes no município referentes à COVID-19 foram respeitados como local arejado, distanciamento entre os participantes, uso de máscara e álcool gel antes e após o uso das canetas.

4.4.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

a) Dados Sociodemográficos

Foram obtidos dados como sexo, idade, estado civil e escolaridade, através dos registros coletados pelas secretárias no momento do cadastro dos pacientes no sistema de informação da clínica. Este processo gera um prontuário eletrônico cujas informações são acrescentadas pelos diversos profissionais que atendem os pacientes.

b) Inventário de Depressão de Beck II -

A escala de depressão de Beck ou inventário de depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*), criada por Aaron Beck é um dos instrumentos mais utilizados para

medir a severidade de episódios depressivos. Seu desenvolvimento marcou uma mudança entre os profissionais de saúde mental, que até então entendiam a depressão em uma perspectiva psicodinâmica, ao invés de enraizada nos próprios pensamentos dos pacientes (cognição) (Cunha, 2001).

Trata-se de uma escala de autoavaliação para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos composta por 21 itens (soma de 0 a 63). Para as amostras de pacientes com transtornos afetivos é recomendada a classificação: 0-9 (ausente ou mínimo); 10-18 (leve a moderado); 19-29 (moderado a grave) e 30-63 (extremamente grave). O ponto de corte utilizado na literatura, é de que indivíduos com escore >10 são considerados como tendo alta probabilidade de apresentar transtorno depressivo.

Cada um de seus 21 itens permite diferentes alternativas de respostas que correspondem a níveis crescentes de gravidade da sintomatologia depressiva, com escore de zero a três. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos. Esta, conforme normas americanas, pode, então, ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave (Beck & Steer, 1993). A adaptação desse instrumento à realidade brasileira só foi concluída em 2001 (Cunha, 2001).

c) Escala de Ansiedade de Hamilton – HAM-A

A escala (HAM-A) foi desenvolvida em 1959 por Max Hamilton e é composta por perguntas que permitem verificar a quantificação e intensidade da experiência ansiosa, os quais podem ser pontuados com um escore para cada uma delas. Compreende 14 grupos de sintomas, subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade.

Para elaboração da análise dos resultados deste estudo, chamamos de ansiedade psíquica o grupo de sintomas de humor ansioso e de ansiedade somática, o grupo de sintomas físicos respectivamente. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0 = ausente; 2 = leve; 3 = média; 4 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56.

Sua elaboração baseou-se no princípio de que quanto maior a gravidade da manifestação de uma patologia, maior será o número de sintomas característicos que se apresentam. Se o número de sintomas for relativamente alto, a contagem deles torna-se um instrumento quantificador útil, confiável e de boa validade. Desde 1959, data da elaboração ela é mundialmente uma das mais empregadas no meio psiquiátrico (ITO et al, 1988).

d) Escalas de Estresse Percebido – EPS-10

A EEP é utilizada internacionalmente para medir o EP entre trabalhadores da saúde e de outros setores de forma universal e inespecífica frente aos agentes estressores, e correlaciona-se com outros instrumentos que mensuram sintomas físicos e psicológicos associados ao estresse, como ansiedade, depressão e burnout. A tradução da EEP para a língua portuguesa mostrou-se válida quanto à clareza.

As respostas aos itens para avaliação de situações tidas como estressantes são do tipo Likert, com opções que variam de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre e 4 = sempre). O EP é dado pela soma das pontuações de todas as respostas e varia de 0 a 56 pontos. Nas questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13, a pontuação é somada de forma invertida. A pontuação original (0 a 56) foi transformada para a base de 0 a 100, com a finalidade de facilitar a visualização e o entendimento dos resultados. A mudança de 1 pontos na escala original da média da EEP (0 a 4 pontos) equivale à mudança de 25 pontos na escala de 0 a 100.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 21. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e analítica.

Os resultados descritivos foram obtidos por meio das medidas de tendência central e dispersão e categorização das variáveis. A estatística analítica utilizou análises de regressão uni e multivariadas, com intervalo de confiança de 95%, ou seja, nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), $p\text{-valor}=0,05$.

O teste de *Shapiro-Wilk* disponibilizado pelo programa estatístico foi utilizado para verificação da normalidade da distribuição dos valores das variáveis contínuas. De acordo com a distribuição dos dados (paramétricos ou não), foram utilizados os testes adequados para realização das regressões e correlações.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados para a realização dessa pesquisa obedeceram a todas as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São

João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Todo o processo seguiu os termos da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de N.º 3.330.917 (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta dissertação foram apresentados na forma de um artigo científico, elaborado conforme as normas da revista científica.

5.1 ARTIGO 1

ARTIGO 1 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVO, DE ANSIEDADE E DE ESTRESSE EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

5.1 ARTIGO - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVO, DE ANSIEDADE E DE ESTRESSE EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Érika Sabrina Rocha, Richardson Miranda Machado

RESUMO

Introdução: A obesidade é referida como problema de saúde pública de origem multifatorial e de abrangência mundial, coexistindo paradoxalmente com a desnutrição em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A cirurgia bariátrica tem sido utilizada como solução alternativa para os pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento convencional. Os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse podem estar presentes no pré-operatório da cirurgia bariátrica, comprometendo a recuperação pós-operatória e o resultado do tratamento.

Objetivo: analisar a prevalência dos sintomas dos transtornos depressivos, de ansiedade e de estresse em pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo transversal, de caráter exploratório-analítico, de abordagem quantitativa e amostra não probabilística, desenvolvido com 154 pacientes de uma clínica de médio porte, referência na execução de cirurgias bariátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil. Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck II; a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. **Resultados:** o estudo identificou que não há correlação estatística significativa entre estado nutricional, depressão, ansiedade e estresse. Mas houve significativa associação entre o sexo feminino, a ansiedade e a depressão na amostra estudada.

Conclusão: diante desses achados pode-se concluir que as linhas de pesquisa mais atuais apontam para a não existência de uma correlação direta entre obesidade e desenvolvimento de transtornos mentais, mas sim a presença destes levando a uma maior probabilidade de desenvolvimento de quadros de obesidade.

Descritores: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Estresse; Depressão; Ansiedade

ABSTRACT

Introduction: Obesity is referred to as a public health problem of multifactorial origin and worldwide, paradoxically coexisting with malnutrition in well-known and developing countries. Bariatric surgery has been used as an alternative solution for patients who have not been successful in conventional treatment. Depressive, anxiety and stress symptoms may be present in the preoperative period of bariatric surgery, compromising postoperative recovery and the final result of the treatment. **Objective:** to analyze the prevalence of symptoms of depressive, anxiety and stress disorders in patients in the preoperative period of bariatric surgery. **Methods:** cross-sectional, exploratory-analytical study, with a quantitative approach and non-probabilistic sample, developed with 154 patients from a medium-sized clinic, a reference in the performance of bariatric surgeries in the Midwest region of Minas Gerais, Brazil. The Beck Depression Inventory II; the Perceived Stress Scale (PSS-10) and the Hamilton Anxiety Rating Scale. **Results:** the study identified that there is no statistically significant correlation between nutritional status, depression, anxiety and stress. But there was a significant association between female gender, anxiety and depression in the studied sample. **Conclusion:** given these findings, it can be concluded that the most current lines of research point to the non-existence of a direct correlation between obesity and the development of mental disorders, but the presence of these leading to a greater probability of developing obesity.

Descriptors: Obesity; Bariatric surgery; Stress; Depression; Anxiety

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos problemas de saúde pública mais flagrantemente visíveis ainda que mais negligenciado. É considerada uma doença crônica e definida como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo. Estima-se que, em 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2018).

É considerada obesa a pessoa cujo Índice de Massa Corporal (IMC) está acima de 30 kg/m². Sendo a sua gravidade classificada em grau I (moderado excesso de peso), quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 kg/m², grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa 40 kg/m² (FLEGAL et al, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

No cenário brasileiro essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Em relação à obesidade infantil, o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) apontam que 12,9% das crianças brasileiras entre 5 e 9 anos de idade têm obesidade, assim como 7% dos adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos.

Há evidências de aumento da prevalência da obesidade mórbida na população adulta nas capitais brasileiras, entre 2006 e 2017. Os índices nesse período variam entre 1,3 % e 1,9% na população feminina e entre 0,9% e 1,3% na população masculina. O maior crescimento é apresentado na faixa etária de 25 a 44 anos, de 0,9% a 2,1% (MALTA et al, 2019).

Além de doenças graves associadas, a obesidade pode contribuir para desenvolvimento de depressão, isolamento social e impactos no cotidiano – seja na locomoção, em relacionamentos ou atividades laborais (LOPES, CAÍRES & VEIGA, 2013; SANTOS, 2018).

Diante deste contexto, a cirurgia bariátrica ganhou um papel de destaque e tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo atualmente e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

Observa-se, que este procedimento cirúrgico atua além da perda de peso, sendo sua eficácia apoiada na valorização de aspectos que são importantes para os pacientes, tais como: a reeducação alimentar, o estilo de vida mais saudável e condutas psicológicas e sociais que levem a uma saúde física e mental (CASTANHA, 2017).

Vale salientar que a Organização Mundial de Saúde espera que alguns resultados sejam evidenciados como perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de

vida em pacientes submetidos ao procedimento, mas reforça a necessidade de atenção aos sinais de transtornos psiquiátricos que podem ser preexistentes ou surgirem após a cirurgia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes portadores de tal condição (PORCU et al, 2017). Diante disso, a investigação de possíveis associações entre transtornos psiquiátricos e obesidade tem sido frequente nos últimos anos em candidatos à cirurgia bariátrica, dentre os quais são citados a depressão, a ansiedade e o estresse.

O rastreamento adequado para a detecção de sintomas desses transtornos no pré-operatório se torna essencial para a promoção da saúde mental dos pacientes e o sucesso da intervenção.

Esta pesquisa analisou a ocorrência de dos transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no período pré-operatório da cirurgia bariátrica. Os resultados poderão contribuir para a produção de conhecimentos permitindo uma melhor atuação e intervenção dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da obesidade.

OBJETIVO

Analisar a ocorrência de dos transtornos depressivo, de ansiedade e de estresse em pacientes no período pré-operatório da cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido em uma clínica de médio porte, referência na execução de cirurgias bariátricas situada na cidade de Divinópolis, região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil.

A coleta de dados se deu no período de março de 2020 a setembro de 2022. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes que realizariam a cirurgia bariátrica de acordo com agenda disponibilizada pela clínica, totalizando 154 pacientes participantes.

Para a realização do convite aos pacientes, foram utilizadas as reuniões em grupo pré-agendadas pelas secretárias da clínica, que favoreciam o momento conjunto para explicação do objetivo da pesquisa e aplicação do TCLE.

Os seguintes instrumentos foram utilizados: entrevista semiestruturada, com objetivo de coletar dados sociodemográficos; Inventário de Depressão de Beck II; Escala de Estresse

Percebido (PSS-10) e Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, que tiveram como objetivos investigar a presença de sintomas de depressão, estresse e ansiedade, respectivamente.

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 21. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e analítica.

Os resultados descritivos foram obtidos por meio das medidas de tendência central e dispersão e categorização das variáveis. A estatística analítica utilizou análises de regressão uni e multivariadas, com intervalo de confiança de 95%, ou seja, nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), p -valor=0,05.

O teste de *Shapiro-Wilk* disponibilizado pelo programa estatístico foi utilizado para verificação da normalidade da distribuição dos valores das variáveis contínuas. De acordo com a distribuição dos dados (paramétricos ou não), foram utilizados os testes adequados para realização das regressões e correlações.

Os dados coletados para a realização dessa pesquisa obedeceram a todas as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Todo o processo seguiu os termos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de n.º 3.330.917.

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 154 pacientes no período pré-operatório de cirurgia bariátrica. A caracterização sociodemográfica mostrou predominância de pacientes do sexo feminino (76,0%) e da faixa etária entre 30 e 39 anos (36,4%), seguida pela de 40 a 49 anos (28,6%). Em relação ao estado civil, foi observado que mais da metade da amostra são de pessoas casadas (58,4%) e com ensino médio completo (40,9%). O grau de obesidade predominante foi o grau III de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), abrangendo 59,8% do total de participantes.

A tabela 2 apresenta a seguir a frequência e percentuais de depressão, ansiedade e estresse de acordo com o sexo, faixa etária e estado nutricional (IMC).

Tabela 2 - Frequência e percentuais de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes no período pré-operatório de uma clínica particular na cidade de Divinópolis, MG, Brasil, 2022.

Variável			Depressão			Ansiedade			Estresse		
Idade	N	%	N	%	p-valor ^a	N	%	p-valor ^a	N	%	p-valor ^a
20 a 29 anos	36	23,3	34	22,1	0,210	13	8,4	0,497	33	21,4	0,885
30 a 39 anos	56	36,4	56	36,4		19	12,3		49	31,8	
40 a 49 anos	44	28,6	43	27,9		12	7,8		41	26,6	
50 anos ou mais	18	11,7	17	11,0		3	1,9		17	11,0	
Sexo											
Feminino	117	76	114	74	1,000	42	27,3	0,014*	108	70,1	0,326
Masculino	37	24	36	23,4		5	3,2		32	20,8	
Estado civil											
Casado (a)	90	58,4	13	14,4	0,5331	69	76,6	0,1002	81	90	0,9479
Solteiro (a)	48	31,2	7	14,5		34	70,8		44	91,6	
Divorciado (a)	12	7,8	3	25		10	83,3		11	91,6	
Viúvo (a)	0	0	0	0		0	0		0	0	
União estável	4	2,6	0	0		2	50		4	100	
Escolaridade											
Ens. Fund. Completo	4	2,7	0	0	0,3249	3	75	0,1229	3	75	0,7392
Ens. Fund. Incompleto	10	6,5	4	40		8	80		9	90	
Ens. médio Completo	63	40,9	5	7,9		45	71,4		57	90,4	
Ens. médio Incompleto	18	11,7	4	22,2		14	77,7		16	88,8	
Ens. Sup. Completo	33	21,5	6	18,1		23	69,6		30	90,9	
Ens. Sup. Incompleto	14	9	2	14,2		10	71,4		14	100	
Pós graduação	12	7,7	2	16,6		12	100		11	91,6	
Estado Nutricional**											
Obeso I	8	5,2	2	25	0,34	4	50	0,27	8	100	0,7412
Obeso II	54	35	5	9,2		42	77,7		49	90,7	
Obeso III	92	59,8	16	17,3		69	75		83	90,2	

Legenda: ^a, por intermédio de regressão linear bivariada; *, significância estatística ($\alpha=0,05$); **, classificação obtida por meio do Índice de massa corporal.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

Quando realizado a associação das variáveis sexo, faixa etária e estado nutricional (IMC) com a incidência de sintomas de depressão ansiedade e estresse, apenas o sintoma ansiedade apresentou diferença significativa para a variável sexo como mostra a tabela 2.

Tabela 3 - Associação entre a pontuação nas escalas de depressão, ansiedade e estresse com variáveis sociodemográficas e estado nutricional de pacientes no período pré-operatório de uma clínica particular na cidade de Divinópolis, MG, Brasil, 2022.

Variável	p-valor ^a		
	Depressão	Ansiedade	Estresse
Sexo	0,045*	0,013*	0,247
Faixa etária	0,020*	0,232	0,418
Estado civil	0,639	0,209	0,540
Escolaridade	0,526	0,289	0,171
Estado nutricional**	0,626	0,330	0,093

Legenda: ^o, por intermédio de regressão linear bivariada; *, significância estatística ($\alpha=0,05$); **, classificação obtida por meio do Índice de massa corporal.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

As correlações equivalem à força da relação entre duas ou mais variáveis e no presente estudo, houve correlação entre os níveis de depressão e ansiedade e o sexo. Os resultados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 4 - Correlação entre os níveis de depressão, ansiedade e estresse, e os fatores sociodemográficos e estado nutricional de pacientes no período pré-operatório de uma clínica particular na cidade de Divinópolis, MG, Brasil, 2022.

Variável	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	Correlação de Spearman	p-valor	Correlação de Spearman	p-valor	Correlação de Spearman	p-valor
Sexo	-0,176	0,029*	-0,201	0,013*	-0,154	0,057
Faixa etária	-0,151	0,061	-0,119	0,141	-0,021	0,800
Estado civil	0,091	0,262	0,120	0,138	0,007	0,929
Escolaridade	0,039	0,635	0,060	0,463	0,102	0,207
Estado nutricional**	0,098	0,227	-0,069	0,396	-0,086	0,288

Legenda: *, significância estatística ($\alpha=0,05$); **, classificação obtida por meio do Índice de massa corporal

Fonte: dados da pesquisa, 2022

DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou uma maior frequência de mulheres que realizaram cirurgia bariátrica, o que vai ao encontro de outros estudos que apontam para maior prevalência de tratamento cirúrgico para obesidade nelas.

Franco & Oliveira (2022) afirmam que as normas sociais, atreladas ao papel de gênero, reveladas pela subjetividade coletiva, são a força motriz da decisão de realização da cirurgia e são as mulheres de longe, a maioria que se submete a esse procedimento tanto no Brasil, como em vários outros países (FRANCO; VIEIRA; DE OLIVEIRA, 2022).

Mesmo em países que apresentam diferentes contextos culturais, as estatísticas de mulheres que realizam cirurgia bariátrica são parecidas. Segundo a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO, 2019), em seu relatório de 2015 a 2018, que engloba 61 países e mais de 800 mil operações, as mulheres representam 77,1% da média global das cirurgias bariátricas realizadas naquele período (IFSO, 2019).

Em paralelo a este estudo que ocorreu em uma clínica particular, foi possível identificar semelhança nos resultados encontrados em um estudo regional, que avaliou o perfil da

população submetida à cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde entre 2010 e 2016 e estimou que 85% da população submetida a esse procedimento é composta por mulheres.

As mulheres são as que mais sofrem com o aumento da obesidade em todo o mundo, principalmente as de baixa renda, atingindo taxas 10% superiores às dos homens (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2017).

Supõe-se que a preponderância de mulheres esteja associada a dois pontos principais: maior tendência à busca pelos cuidados de saúde em geral e à preocupação com a imagem corporal. Em comparação com os homens, as mulheres são mais propensas a buscarem todos os tipos de tratamento da obesidade, incluindo cirurgia bariátrica (MONACU et al., 2020; COOPER et al., 2021).

Franco & Oliveira (2022) que descreve que:

“O processo de sociabilização infringe às mulheres o cumprimento de uma série de requisitos sociais que engloba a estética, a sexualidade, a maternidade e o desenvolvimento de tarefas domésticas. Ancorada no ambiente doméstico, essa dinâmica favorece o desenvolvimento de uma postura submissa da mulher em relação ao homem em diversas situações sociais. Esse precedente contribui para a objetificação do corpo da mulher, destituindo-a de sua própria humanidade e empurrando-a à objetificação de si própria com o intuito de atingir os requisitos socialmente esperados dela”

No que se refere à faixa etária a maioria dos pacientes deste estudo tinha idade entre 30 a 49 anos.

Resultado semelhante foi encontrado por Malta *et al* (2019) destacando o aumento da prevalência da obesidade mórbida na população adulta nas capitais brasileiras, entre 2006 e 2017. Os índices nesse período variaram entre 1,3 % e 1,9% na população feminina e entre 0,9% e 1,3% na população masculina. O maior crescimento é apresentado na faixa etária de 25 a 44 anos, de 0,9% a 2,1%.

A preeminência dessas faixas etárias pode indicar outras prioridades anteriores, como o empenho pelo trabalho/carreira e para as mulheres, ainda consideramos a dedicação à maternidade/família (OMS, 2021). Estudo recente realizado por Hales *et al.*, (2020) aponta a prevalência de obesidade em mais de 40% entre adultos de 20 a 59 anos, percentual que cresce a cada ano.

Considerando dados epidemiológicos que correlacionam os transtornos mentais, dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam que a proporção da

população global com depressão em 2015 foi estimada em 4,4%. Já a estimativa para transtornos de ansiedade neste mesmo ano foi de 3,6% na população mundial, com prevalência de transtornos de ansiedade em 7,7% das mulheres na região das Américas.

Tais transtornos mentais comuns levam à perda de saúde e funcionamento consideráveis e estudos já constataram que os transtornos mentais supracitados são mais prevalentes em indivíduos com sobrepeso e obesidade, especialmente em mulheres (WHO, 2018).

A associação entre a obesidade e os transtornos mentais vem sendo destacada na literatura como condições frequentes em pessoas com obesidade, porém a controvérsia aumenta quando se discute a direção de causalidade, pois a simples relação bidirecional parece ser mais complexa do que se imaginava (RAJAN e MENON, 2017).

O estudo de Teles et al (2021) investigou a relação entre a cirurgia bariátrica e o estado depressivo antes e após a intervenção e o quanto o procedimento cirúrgico teria ou não um papel significativo no comportamento emocional desses indivíduos. O resultado mostrou que mais de 60% dos participantes não tinham depressão e não desenvolveram após a intervenção, enquanto que 23,1% possuíam depressão no pré-operatório e apresentaram melhora após a cirurgia. O grupo que não tinha depressão e desenvolveu após a cirurgia representou 9% da amostra. Apenas 5,9% faziam parte do grupo que tinha depressão e permaneceram com o transtorno após a cirurgia.

Este resultado corrobora com o encontrado no presente estudo, que não evidenciou relação estatística significativa e relevante entre as variáveis sociodemográficas e estado nutricional com a depressão.

Considerando o transtorno de ansiedade, foi detectado neste estudo uma associação estatisticamente significativa com a variável sexo. Observou-se que o sexo feminino apresentou maior sintomatologia de estresse em relação ao sexo masculino.

O trabalho de Fusco (2020) descreve de forma semelhante os resultados encontrados em sua pesquisa onde 96% dos participantes apresentaram no mínimo ansiedade moderada pelo escore do IDATE-estado, dado este que diverge da literatura pela altíssima prevalência. Acredita-se que esta relação entre os transtornos de ansiedade com o ganho de peso seja decorrente de desordens do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que contribuem para a desregulação do apetite e para o aumento de peso subsequente em indivíduos estressados. Esses

sintomas podem não só aumentar o apetite, mas estimular a vontade de ingerir alimentos com elevados teores de açúcar e gordura.

Vale ressaltar que o presente estudo foi realizado no período da pandemia de COVID-19, o que pode justificar também o fato das mulheres apresentarem maior índice de ansiedade, como mostra os estudos sobre saúde mental de Musse et al (2022) que apontam para o risco aumentado em ser mulher e ser jovem para transtornos de ansiedade e depressão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estudos pré-pandêmicos já demonstravam que o Brasil é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo, com uma taxa pré-pandemia três vezes superior à média mundial (9,3%), e o país com a maior taxa de pessoas com depressão na América Latina(5,8%) analisados antes do início da pandemia de COVID-19, dados de 2017.

Estes estudos destacaram os sintomas de ansiedade, que apesar de frequentes, persistente e muitas vezes com sintomas incapacitantes, não têm sua importância considerada pelos clínicos (GERRA, 2019).

Por fim, em relação a variável estresse não houve associação estatisticamente significativa com as demais variáveis, contrariando alguns estudos que relataram o crescimento das evidências de que o estresse pode causar danos físicos, comportamentais e psicológicos, contribuindo para uma dieta inadequada, distúrbios do sono e conseqüentemente obesidade. Sob estresse, o indivíduo exibe uma mudança comportamental para um padrão alimentar mais emocional. (XENAKI et al., 2018)

Acredita-se que existe uma associação entre sentir estresse psíquico e a sensação de melhora depois de desfrutar de alimentos ricos em calorias palatáveis, açúcar e gordura. Entretanto, em uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados que investigou o efeito da perda de peso induzida por dieta em adultos com sobrepeso e obesidade em avaliação autorelatada de estresse psicológico, mostrou que os benefícios da perda de peso para aqueles que estão com sobrepeso ou obesidade não parecem aumentar ou reduzir o estresse psicológico no final do período de perda de peso (BOOTH et al., 2018).

CONCLUSÃO

A literatura apresenta discordâncias na associação entre obesidade, ansiedade, depressão e estresse.

O presente estudo demonstrou que não há correlação estatística significativa entre estado nutricional, depressão, ansiedade e estresse. Mas houve significativa associação entre o sexo feminino, a ansiedade e a depressão na amostra estudada.

Com relação aos fatores obesidade, depressão, ansiedade e estresse como comorbidades, deve-se atentar para a relação de causalidade ainda controversa na literatura, embora as linhas de pesquisa mais atuais apontem para a não existência de uma correlação direta entre obesidade e desenvolvimento de transtornos mentais, mas sim a presença destes levando a uma maior probabilidade de desenvolvimento de quadros de obesidade.

Em função do exposto, sugerimos um acompanhamento psicológico mais detalhado e ostensivo que inclua uma pesquisa prévia de fatores importantes que possam influenciar no sucesso da cirurgia, como também no período pós-operatório para que não haja intercorrências tardias e nem insatisfação com os resultados.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. Obesidade: muito além de comer. São Paulo, 2018. Disponível em: < >. Acesso em: 25 mai. 2022.

BOOTH, A. O.; WANG, X.; TURNER, A.I.; NOWSON, C.A.; TORRES, S.J. Diet-Induced Weight Loss Has No Effect on Psychological Stress in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2018;10(5):613. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757978/>. Acesso em 12 de março de 2023.

CARVALHO, A. S.; ROSA R. S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet], v. 27, n. 2, 2018. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200008>

CASSELLI et al. Comorbidade entre depressão, ansiedade e obesidade e complicações do tratamento. *RSD* [Internet], v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11489>

CASTANHA, Christiane Ramos. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Recife, 2017.

COOPER, A. J. et al. Sex/Gender Differences in Obesity Prevalence, Comorbidities, and Treatment. **Current Obesity Reports**, v. 10, n. 4, p. 458–466, 1 dez. 2021.

DOBROW, I. J, KAMENETZ, C. e DEYLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online], v. 24, n. 2, 2002. [Acessado 20 mar 2022], pp. 63-67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700014>>.

FERREIRA et al. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Rev bras epidemiol* [Internet], v. 24, n. 2, 2021;24 Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009.supl.2>

FLEGAL, K. M; Brian K. Kit, Barry I. Graubard, Body Mass Index Categories in Observational Studies of Weight and Risk of Death, *American Journal of Epidemiology*, Volume 180, Edição 3, 1º de agosto de 2014, Páginas 288–296, <https://doi.org/10.1093/aje/kwu111>

FRANCISCO, Lucas Vieira; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, Ribeirão Preto, 2 jul. 2015.

FRANCO S, VIEIRA CM, OLIVEIRA MRM de. Objetificação da mulher: implicações de gênero na iminência da cirurgia bariátrica. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2022;30(Rev. Estud. Fem., 2022 30(3)):e79438. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n379438>

FUSCO S. F. B, Amancio SCP, Pancieri AP, Alves MVMFF, Spiri WC, Braga EM. Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. *Rev esc enferm USP* [Internet], v. 54. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013903656>

GUERRA L. S. D. Perfil psicopatológico de pacientes com obesidade candidatos à cirurgia bariátrica: análise de classes latentes e fatores associados. Orientador: Wang Yuan Pang. 2019. 136f. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: [file:///C:/Users/cpu/Desktop/PROJETO%20BARI%C3%81TRICA/ARTIGOS%20DISCUSS%C3%83O/Perfil psicopatologico TESE%20DOUTORADO%202019.pdf](file:///C:/Users/cpu/Desktop/PROJETO%20BARI%C3%81TRICA/ARTIGOS%20DISCUSS%C3%83O/Perfil%20psicopatologico%20TESE%20DOUTORADO%202019.pdf). Acesso mar, 2023.

LOPES, L. A. L., Caíres, A.C.R., & Veiga, A.G.M. (2013). Relevância Da Equipe Multiprofissional à Cirurgia Bariátrica. *Revista Uningá*, 38(1), 163-174.

MALTA, D. C. et al. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, 16 set. 2019.

MOCANU, V. et al. Sex and Race Predict Adverse Outcomes Following Bariatric Surgery: an MBSAQIP Analysis. *Obesity Surgery*, v. 30, n. 3, p. 1093–1101, 1 mar. 2023.

Musse FCC, Castro LC, Mestre TF, Pelloso SM, Poyares D, Lozinski JL, Carvalho MDB. Mental violence: anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Revista Saúde e Pesquisa*. v. 15 n. 1 (2022): jan./mar.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICACANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839. Acesso em: 26 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Obesity and overweight. Junho, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 18 de junho de 2022.

RAJAN T. M; MENON V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med.* 2017 Jul-Sep;63(3):182-190. doi: 10.4103/jpgm.JPGM_712_16. PMID: 28695871; PMCID: PMC5525483.

SANTOS, L. G. Cirurgia Bariátrica e Qualidade de Vida de Trabalhadores da Saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - 92 f. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.264>

XENAKI et al. Impact of a stress management program on weight loss, mental health and lifestyle in adults with obesity: a randomized controlled trial. *J Mol Biochem*, v. 7, n. 2, p. 78-84.

LIMITAÇÕES

Alguns pontos dificultadores foram identificados no período de execução do estudo como o período da coleta de dados que iniciou coincidentemente com a pandemia de COVID-19. Este fato não desabonou o método da coleta, apenas adiou alguns encontros com os pacientes o que atrasou a data do alcance do n amostral.

Também foram necessárias readequações nas medidas de biossegurança durante a pesquisa, como a metragem de distanciamento entre os participantes, uso obrigatório de máscara e álcool gel para assepsia das mãos e materiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2018

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016

ALVES, J. A. et al. COVID-19 e obesidade: dificuldades enfrentadas por pacientes em pré-operatório para cirurgia bariátrica. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 4 de maio de 2022 [citado 21 de jul de 2022];55(1):e-187865. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/187865>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Recurso eletrônico]. (5. ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

APPOLINARIO, J. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(2), 75-76, 2005. doi:10.1590/S1516-44462004000200002

AQUINO, L.; KIM, C; STULBACH, T. Análise do estado nutricional através do índice de massa corpórea de praticantes de atividade física em uma academia de São Paulo. *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 18, Nº 185, Octubre de 2013*

BARTOLOMUCCI, A. et al. Metabolic consequences and vulnerability to diet-induced obesity in male mice under chronic social stress. *Plos ONE* 4(1):e4331, 2009.

BJORNTORP, P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev.* 2001; 2(2):73-86

BERK, M. et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Medicine*. v. 11, 2013

BIRCK, C; PASQUOTO, F. Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Aletheia, Canoas*, v. 53, n. 1, p. 29-41, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/wpcontent/uploads/2021/07/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco-1-2.pdf>. Acesso em 21 abr. 2022.

CARVALHO, A. S.; ROSA, R. D. S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil, 2019.

CASSELLI, D. D. N et al. Comorbidity between depression, anxiety and obesity and treatment complications. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e16210111489, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11489. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11489>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CASTRO, I.; et al. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 33, n. 7, 2017.

COSTA, C. O et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n.2, p. 92-100, 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

DAWES, A. J et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. *JAMA*. 2016 Jan;315(2):150–63.

Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil, 28(1), e2018260. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100023>

ESTRELA, D, C.; MENDES, B. O. Associação entre obesidade e estresse crônico: Uma revisão sobre aspectos comportamentais, bioquímicos e hematológicos. *Revista Multi-Ciência* , v. 1, n. 9, p.. 41–50, 2018. DOI: 10.33837/msj.v1i9.609. Disponível em: <https://periodicos.ifgoiano.edu.br/index.php/multiscience/article/view/609>. Acesso em: 27 ago. 2022.

CHEFFER, M. H., GOLFETTO, K. DE M., & SILVA, M. P. Percepção de indivíduos que experienciaram o processo de preparação para cirurgia bariátrica (bypass gástrico). *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, v. 15, n. 93, p. 225-232, 2022. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1667>. Acesso em: 15 de mar de 2023.

CHIPAS A., CORDREY D., FLOYD D. et al. Estresse: percepções, manifestações e mecanismos de enfrentamento de estudantes de enfermagem anestésistas registrados. *AANA J*, v. 80, n.4, p. 49, 2012.

CHU B, MARWAHA K, SANVICTORES T, et al. Physiology, Stress Reaction. [Updated 2021 Sep 18]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>

Cirurgia bariátrica e metabólica [recurso eletrônico]: abordagem multidisciplinar / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

COCCURELLO R., D`AMATO F.R., MOLES A. Chronic social stress, hedonism and vulnerability to obesity: lessons of rodents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 33, n. 4, p. 537-550, 2009.

COLLINS J., MENG C., Eng A. Psychological Impact of Severe Obesity. *Curr Obes Rep*. [internet]. 2016 [acesso em 2020 Dez 04]; 5(4):435-440. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27679429/>

COSTA, A. M. J.; DUARTE, S. F. P. Principais Medicamentos Utilizados no tratamento da Obesidade e Vias de Ação: Uma Revisão Sistemática. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de*

Psicologia, 2017, vol.11, n.35, ISSN: 1981-1179. Disponível em <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/728>>. Acesso em 07 jun. 2021.

CUNHA, D. S., PARDO, D. S. V., CAPUTO, L. R. L. G., & Rabelo, E. M. (2020) Relação da obesidade com a depressão em adultos. *Revista Científica Online*. 12(2).

CRISTO, J. V. M., SILVA, F. S. d., SERIQUE, M. S., LOBATO, M. Y. F., Silva, F. P., PARENTE, F. d. S., . . . FRANCO, S. C. (2021). Isolamento social em tempos de pandemia do COVID-19 e sua relação com a obesidade. *Research, Society and Development*, 10(14), .

KLOET, E.R. Perfil funcional do sistema binário de receptores de corticosteróides cerebrais: mediação, multitarefa, coordenação, integração. *EUR. J. Pharmacol.*, v. 719, np. 53-62. doi: 10.1016/j.ejphar.2013.04.053

MATOS, B. W; MACHADO L, M; HENTSCHKE, G, S. Aspectos psicológicos relacionados à obesidade: relato de caso. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 42-49, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200007>.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

DOBROW, I. J, KAMENETZ, C. e DEYLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2002, v. 24, suppl 3 [Acessado 20 mar 2022] , pp. 63-67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700014>>.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DURÃES, S. A., SOUZA, T. S., GOMES, Y. A. R., & de PINHO, L. (2020). Implicações da pandemia da covid-19 nos hábitos alimentares. *Revista Unimontes Científica*, 22(2), 1-20

E. WON; KIM, Y.W. Stress, the autonomic nervous system, and the immune-kynurenine pathway in the etiology of depression. *Current neuropharmacology*, v. 14, n. 7, p. 665–673, 2016.

ESTRELA, D. & MENDES, B. (2018). Associação entre obesidade e estresse crônico: uma revisão sobre aspectos comportamentais, bioquímicos e hematológicos. *Multi-Science Journal*. 1. 41. 10.33837/msj, v. 9, p. 609.

FANDINO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F.; APPOLINARO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v. 26. N. 01. 2004. p. 47-51.

FERREIRA, A. P. DE S. et al. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, n. Rev. bras. epidemiol., 2021 24 suppl 2, p. e210009, 2021.

FLEGAL, K. M; Brian K. Kit, Barry I. Graubard, Body Mass Index Categories in Observational Studies of Weight and Risk of Death, *American Journal of Epidemiology*, v. 180, n. 3, p. 288–296.

GADDE, K. M., MARTIN, C. K., Berthoud HR, Heymsfield SB. **Obesity: Pathophysiology and Management.** *J Am Coll Cardiol.* 2018 Jan 2;71(1):69-84. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.011. PMID: 29301630; PMCID: PMC7958889.

GIL, A et al. Como elaborar projetos de pesquisa. 7ª. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2022.

GODOY, L.D., ROSSIGNOLI, M.T., DELFINO, P. P., GARCIA N. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, v.12. 2018. Available from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2018.00127>

GOMES, F. S. A et al. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. *Campinas: Rev Nutri.* Vol. 23, 2010

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 43, n. Arq Bras Endocrinol Metab, 1999 43(3), p. 175–176, jun. 1999.

HOUVESSOU, G. M., SOUZA, T. P. D., & SILVEIRA, M. F. D. (2021). Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30

BERTHOUD H. R.; MUNZBERG, H. C. D. Morrison Blaming the brain for obesity: Integration of hedonic and homeostatic mechanisms *Gastroenterology*, v. 152, p. 1728-1738, 2017. ArticleDownload PDFView Record in ScopusGoogle Scholar

ITO, L.M; RAMOS, R.T. Escalas de avaliação de ansiedade *Rev Psiq Clin*, v. 25, n. 6, p. 294-302, 1998. Edição Especial.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KIECOLT-GLASER, J.K. Stress, food, and inflammation: psychoneuroimmunology and nutrition at the cutting edge. *Psychosom Medicine.* v.72, n.4, p. 365-369, 2010.

LAZARUS, R.S. Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine* 7: 375–389, 1984.

LENHARDTK, G., & CALVETTI, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1-2), 111- 122. doi:10.29327/226091

LIE, H.C. et al. Depression in advanced cancer – Assessment challenges and associations with disease load. *Journal of Affective Disorders.* v.173, p. 176–184, 2015.

LIMA, A. C. R.; OLIVEIRA, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças*, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6465/5348>> . Acesso em: 25 jul. 2022.

LOPES, L. A. L., Caíres, A.C.R.,&Veiga, A.G.M. (2013). Relevância Da Equipe Multiprofissional à Cirurgia Bariátrica. *Revista Uningá*, 38(1), 163-174.

LOPES, A e TELLES-CORREIA, D. "Depressão, Obesidade E Cirurgia Bariátrica." *Psi Logos: Revista Do Serviço De Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 2018, Vol.14 (2). Web.

LUFT, C.D.B, SANCHES, S.O., MAZO, G.Z., ANDRADE, A.A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 606-15.

LUFT, C.D.B; SANCHES, G. Z. Mazo, and A. Andrade. Brazilian version of the perceived stress scale: translation and validation for the elderly. *Revista de saúde pública*, 41(4):606–615, 2007.

MANIAM, J., MORRIS, M.J. The link between stress and feeding behaviour. *Neuropharmacology*. 2012; 63(1):97-110

MARIA, C. C.; YAEGASHI, S. F. R. Os traços de personalidade associados ao desenvolvimento da obesidade. *RBONE.*, v. 10, n. 56, 2016. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/411/380>>. Acesso: 30 jul. 2022.

MATTAR, F. Pesquisa de marketing. Ed. Atlas. 1996.

McEWEN, BS, e KARATSOREOS, IN (2015). Privação do sono e perturbação circadiana: estresse, alostase e carga alostática. *Sono Med. Clin.* 10, 1-10. doi: 10.1016/j.jsmc.2014.11.007

MELCA, I. A.; FORTES, S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado afetivo. *Revista Hupe*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 18-25, 2014. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=456>. Acesso: 24 jul. 2022.

MÉNDEZ, F. X.; OLIVARES, J.; & ROS, M. C. Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In V. E. Caballo & M. A. Simón, *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos gerais* (pp.139-185). 2005. São Paulo, SP: Santos.

MENEZES, F. M., RODRIGUES, V. L., BARROS, L. M., FARO, A., ALMEIDA, H. M., & LIMA, P. A. (2018). Mensuração dos níveis de ansiedade traço e estado em estudantes do curso de enfermagem. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*, 6(3), 93-100. doi:10.17564/2316-3801.2018v6n3p93-100

BRASIL, Portaria nº 424 (2013, 19 de março). 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. Ministério da Saúde, Brasília-DF.

NARAYANASWAMI, V., DWOSKIN, L.P. Obesity: Current and potential pharmacotherapeutics and targets. *Pharmacol Ther*, v. 170, p. 116-147, 2017. doi: 10.1016/j.pharmthera.2016.10.015. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27773782; PMCID: PMC5274590.

NEIL, A. O'. et al. Relationship Between Diet and Mental Health in Children and Adolescents: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*. v. 104, n. 10, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Obesity and overweight. Junho, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 18 de junho de 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICACANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839 . Acesso em: 26 jul. 2022.

PAIM, M. B. e KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade* [online]. 2020, v. 29, n. 1 [Acessado 29 Maio 2022] , e190227. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>>.

PARK, C. Y. et al. Depression among Korean Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: Ansan-Community-Based Epidemiological Study. *Osong Public Health Res Perspect*. v.6, n. 4, p. 224-232, 2015.

PEREIRA-MIRANDA, E.; COSTA, P.R.; QUEIROZ, V. A; PEREIRA-SANTOS, M.; SANTANA, M.L. Sobrepeso e obesidade associados a maior prevalência de depressão em adultos: uma revisão sistemática e meta-análise. *Geléia. Col. Nutr.* 2017 , 36 , 223-233.

Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

PORCU, M et al. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum. Health Science*, v. 33, n. 10, p. 4025..

RAZZOLI, M., PEARSON, C., CROW, S., & BARTOLOMUCCI, A. (2017). Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 76, 154-162.

RECH, A. C. e MATSUMOTO, H. M. Remissão da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II e dislipidemia após cirurgia bariátrica: um estudo longitudinal. *Saúde, Sociedade e Desenvolvimento* [online]. 2021, v. 10, n. 12 [Acessado 20 Junho 2022] . Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20390>.

REVIEW, A.S. Overweight, Obesity, and Depression. 2010;67(3):220–9.

RIBEIRO, G. A. N. A., GIAPIETRO, H. B., BELARMINO, L. B., & SALGADO-JUNIOR, W. (2018). Depressão, Ansiedade E Compulsão Alimentar Antes E Após Cirurgia Bariátrica: Problemas Que Persistem. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 31(1), 1-4

ROSSETI C, SPENA G, Halfon O Boutrel B. Evidence for a compulsive-like behavior in rats exposed to alternate access to highly preferred palatable food. *Addiction Biology* 19(6):975-85, 2013.

RUBAN, A. et al. Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, v. 19, n. 3, p. 205–212, 2019.

RUBINO, F., COHEN, R.V., MIGRONE, G. et al. Bariatric and metabolic surgery during and after the Covid-19 pandemic: DSS recommendations for management of surgical candidates and postoperative patients and prioritisation of access to surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol.* [internet]. 2020 [acesso em 2022 Ago 04]; 8(7):640-648. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30157-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30157-1/fulltext).

SANTOS, LIGIA PEDROSA DOS. Cirurgia Bariátrica e Qualidade de Vida de Trabalhadores da Saúde. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.264>

SCHUCHMANN, A. Z., SCHNORRENBERGER, B. L., CHIQUETTI, M. E., GAIKI, R. S., RAIMANN, B. W., & MAEYAMA, M. A. (2020). Isolamento social vertical x Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3556- 3576.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 363-380, 2018.

SINHA, R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci.* 2008; 1141:105-30.

SERSON, B. Transtornos de ansiedade, estresse e depressões [recurso eletrônico]: conhecer e tratar / Breno Serson. - Sao Paulo: MG editores, 2016.

SCOHEN, T. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, pages 385–396, 1983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas. São Paulo, out. 2017. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SBCM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em <ETIOLOGIA DA OBESIDADE>. Acesso em 23 jun. 2022.

STEYER, N.; et al. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm* 2016; 37:e50170.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, n. Psicol. cienc. prof., 2020 40, 2020.

TAYLOR, S.E., STANTON, A.L. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology* 3: 377-401, 2007.

TRUJILHO, F.R. Obesidade: uma doença que precisa ser vista como doença. Brasil, 2017. Disponível em <<http://www.brazilhealth.com/Visualizar/Artigo/85/Obesidade?AspxAutoDetectCookieSupport=1>>. Acesso em: 28/05/2022.

VASQUES, F., MARTINS, F. C. e AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [online]. 2004, v. 31, n. 4 [Acessado 19 julho 2022], pp. 195-198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400013>>. Epub 03 Dez 2004. ISSN 1806-938X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D709AC829966043314F48B0A5D9720AD?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

YEO, C., AHMED, S., Oo AM, et al. Covid-19 and Obesity- the Management of Pre- and Post-Bariatric Patients Amidst the Covid-19 Pandemic. *Obes Surg.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 04]; 30(9):3607-3609. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32385668/>.

YARIBEYGI, H., PANAH, Y., SAHREI, H. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J.* 2017 Jul 21; 16:1057-1072. doi: 10.17179/excli2017-480. PMID: 28900385; PMCID: PMC5579396.

ZAROS, KARIN JULIANA BITTENCOURT. O uso off label de medicamentos para obesidade. *Boletim do centro de informação sobre medicamentos*, Ed. 2, 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convite aos Pacientes

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas”** sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Richardson Miranda Machado, que objetiva o esclarecimento de aspectos clínicos relativos à cirurgia bariátrica, elucidando possíveis repercussões psiquiátricas no pós-operatório tais como ocorrência de transtornos alimentares (compulsão alimentar, bulimia e anorexia), transtornos afetivos (depressão, ansiedade e estresse), adoção de novas dependências, como o uso de álcool e/ou outras drogas, avaliação da qualidade de vida e satisfação dos pacientes com seus novos corpos, comparando o pré e pós-operatório e finalmente, identificar a ocorrência de transtornos de personalidade no pré e pós-operatório.

Entendemos que este estudo poderá trazer benefícios, como a ampliação do conhecimento sobre aspectos clínicos e psiquiátricos de pacientes pré e pós-cirúrgicos, favorecendo e subsidiando a elaboração de estratégias em saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes em questão.

Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas. Desta forma, consideramos que os benefícios do presente estudo, para os pacientes estudados e futuros candidatos à cirurgia bariátrica, superarão os riscos da mesma.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, você deverá responder a entrevista sócio-demográfica e posteriormente o preenchimento de escalas específicas, que podem ser aplicadas presencialmente ou em formato eletrônico, por meio de um link que será enviado para seu e-mail pelo qual você terá acesso a esses questionários. As escalas utilizadas são validadas e utilizadas internacionalmente, gerando dados para avaliação de possíveis problemas psiquiátricos, que são objetos deste estudo, sendo eles: ocorrência de transtornos alimentares; de transtornos afetivos; estresse; uso de álcool e/ou drogas; perda da qualidade de vida; acurácia perceptiva e da satisfação dos pacientes com seus corpos e a ocorrência de transtornos de personalidade.

Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem-estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser acionado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. O participante poderá pedir esclarecimentos, se desejar, bem como, em qualquer momento, interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p> <p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p>15. Falta de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	<p>18. Alterações de apetite</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total

ANEXO B- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO – EPS-10

ESCALA DE PERCEÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os **últimos 30 dias** (último mês). Em cada questão **indique a frequência** com que você se **sentiu ou pensou** a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente
10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)
[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

ANEXO C- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Instruções: Leia com atenção cada item da coluna de comportamento e marque a opção que defina o grau de intensidade.

GRAUS: *Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4*

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extrasístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou aperto no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, deglutição excessiva de ar, desconforto digestivo, dores abdominais, ardência ou azia, dor antes ou depois de alimentar, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, queimação, gases intestinais, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Micção com grande frequência, urgência da micção, ausência de menstruação, aumento do fluxo menstrual, ausência de libido, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor cutâneo, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		ESCORE TOTAL:	

ANEXO D -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas.

Pesquisador: Richardson Miranda Machado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 91130518.1.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.330.917

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda que devido à dispersão geográfica dos pacientes a coleta de dados será em ambiente virtual. Primeiramente será feito contato por telefone com os pacientes com intuito de fazer o convite para responderem aos questionários, nesse momento o pesquisador se colocará a disposição para sanar quaisquer dúvidas que possam ocorrer. Posteriormente será enviado um link ou e-mail àqueles que concordarem em participar da pesquisa.

A plataforma a ser utilizada para esse fim será a Survey Monkey. Ressalta-se que os questionários serão precedidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual o paciente após lê-lo terá a opção de consentir ou não em participar voluntariamente da pesquisa. Caso o paciente opte por marcar a opção de "não participar", este não terá acesso ao formulário sem ônus ou prejuízo para o mesmo.

É importante frisar que a utilização de coleta de dados em ambientes virtuais proporciona vários benefícios como: o custo reduzido, o conforto dos participantes responderem a pesquisa no seu melhor tempo e local, a possibilidade de atingir um público diversificado, a diminuição de erros devido a inserção automática no banco de dados dentre outros (FALEIROS, 2016).

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto inicial:

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.330.917

apresentados a todos os participantes do estudo e divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da identidade dos participantes será preservada.

Todos os participantes dessa pesquisa receberão esse documento via e-mail assinado em todas as vias pelo pesquisador. Caso o participante opte em recebê-lo por outro meio, poderá solicitar ao pesquisador responsável que deverá, imediatamente, providenciar o envio.

É importante ressaltar que garantimos que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os participantes terão a identidade exposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda para inclusão de coleta de dados via virtual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o projeto, TCLE e carta de justificativa com os ajustes para a emenda da coleta de dados.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEPCO recomenda aos

Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social e aprova a emenda para este protocolo de pesquisa apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341313_E1.pdf	02/05/2019 17:30:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3.docx	02/05/2019 17:27:10	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	2.docx	30/04/2019	Richardson Miranda	Aceito

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.330.917

Outros	2.docx	15:44:03	Machado	Aceito
Outros	1.doc	30/04/2019 15:42:57	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	895.pdf	04/10/2018 14:03:00	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	456.pdf	04/10/2018 14:02:50	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	123.pdf	04/10/2018 14:02:40	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	AlteracoesSolicitadasCEP.pdf	11/09/2018 13:30:48	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.doc	06/07/2018 08:21:52	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.pdf	06/07/2018 08:21:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/07/2018 08:16:32	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Outros	CheckListCEPCCO.pdf	17/05/2018 15:49:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	04/05/2018 20:17:40	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODOSETOR.pdf	04/05/2018 20:11:31	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 17 de Maio de 2019

Assinado por:
Luciana Estefani Drumond de Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br

