



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## AUTOESTIMA E PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

<sup>1</sup>Adriana Baldo Mendes, <sup>2</sup>Rafael Dal Santo Cassarotti, <sup>3</sup>Flávia Cristina de Souza, <sup>4</sup>Débora Canonico e Silva Valladares, <sup>5</sup>Leonardo Pestillo de Oliveira and <sup>6</sup>Rose Mari Bennemann

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestranda em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá-UNICESUMAR Bolsista CAPES; <sup>2</sup> Médico, Especialista em Cirurgia Geral. Hospital do Norte do Paraná (Honpar); <sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda em Promoção da Saúde. Centro Universitário de Maringá-UNICESUMAR Bolsista CAPES; <sup>4</sup>Médica pediatra, professora assistente do curso de Medicina da Faculdade Ingá e Mestranda em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá-Unicesumar; <sup>5</sup> Doutor, docente do Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá, Unicesumar. Pesquisador Bolsista Produtividade em Pesquisa do ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação; <sup>6</sup> Doutora, docente do Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá, Unicesumar. Pesquisador Bolsista Produtividade em Pesquisa do ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 28<sup>th</sup> October, 2020  
Received in revised form  
19<sup>th</sup> November, 2020  
Accepted 28<sup>th</sup> December, 2020  
Published online 30<sup>th</sup> January, 2021

#### Key Words:

Self-esteem; Depression;  
Obesity; Bariatric surgery.

#### \*Corresponding author:

Adriana Baldo Mendes,

### ABSTRACT

The World Health Organization (Who, 2014) acknowledges that obesity is one of the biggest issues concerning public health around the world. It also claims that the bariatric surgery has been chosen as the treatment for the severe obesity as it promotes an important weight loss. Considering this, the purpose of this research is to evaluate the self-esteem and depression among patients who will undergo bariatric surgery. In this manner, a cross-sectional study was carried out with a primary data collection and convenience sample. The patients evaluated were adults (age >18 years old), men and women, participants of preoperative care groups for bariatric surgery, from the unified health care system in Brazil, the Sistema Único de Saúde - better known by the acronym SUS. The self-esteem evaluation followed Rosenberg's scale and the depression evaluation was based on Beck's Depression Inventory. The research was conducted with 190 patients. Most of them (84, 21%) were females ranged from 30 to 44 years old. Nearly two-thirds (66, 84%) had class III obesity (severe). Self-esteem was considered healthy to 85% of the participants and 76% demonstrated depressive symptoms. Thus, the discussion involves the results concerning the self-esteem that dissent from the literature and sustain the idea of depression. Therefore, this study shows the necessity of psychological counselling for patients who are in preparation for the bariatric surgery due to the high prevalence of depression.

Copyright © 2020, Adriana Baldo Mendes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Adriana Baldo Mendes, Rafael Dal Santo Cassarotti, Flávia Cristina de Souza, Débora Canonico e Silva Valladares, Leonardo Pestillo de Oliveira and Rose Mari Bennemann. 2020. "Autoestima e prevalência de depressão em pacientes com indicação de cirurgia bariátrica", *International Journal of Development Research*, 11, (01), 43304-43309.

### INTRODUCTION

A obesidade, atualmente, segundo a *World Health Organization* (Who, 2017) está atingindo proporções semelhantes a uma pandemia, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública do mundo (Abeso, 2016). No Brasil, 54% dos brasileiros estão acima do peso e 18% com obesidade (Brasil, 2017). A prevalência vem crescendo nas últimas décadas e os custos com complicações atingem de milhões de dólares (Porcu e colaboradores, 2011). Na prática clínica, utiliza-se o índice de massa corporal (IMC) para

determinar a obesidade. O IMC é calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas, pelo quadrado da estatura, em metros quadrados ( $P/E^2$ ) (Brasil, 2014). O IMC elevado é um grande fator de risco para doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, como os de mamas e de cólon. Os indivíduos obesos, além de todos os problemas físicos, sofrem também de discriminação e estigma social (Who, 2012). Segundo dados do Vigitel (Brasil, 2017), a obesidade aumenta com a idade e é maior entre as pessoas com menor escolaridade. A Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica (Abeso) indica a cirurgia quando o IMC é

igual/maior a 40 kg/m<sup>2</sup>, ou igual/ maior a 35 kg/m<sup>2</sup> com presença de comorbidades (Abeso, 2016). A obesidade é um processo e assim como as outras doenças, exige tratamento (Bray, Kim, Wilding, 2017). Quando ocorre à falência do tratamento clínico e dietético o tratamento mais eficaz é o procedimento cirúrgico. A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz, já que leva a importante perda de peso, favorecendo melhoras significativas na qualidade de vida (Ribeiro, 2011; Akamine, Ilias, 2013). Além de proporcionar perda ponderal sustentável, em longo prazo, os indivíduos têm resolução de várias comorbidades, favorecendo o bem-estar psicossocial (Kissler, Settmacher, 2013). A cirurgia bariátrica abrange uma variedade de procedimentos cirúrgicos que envolvem redução do tamanho do estômago ou desvio do intestino delgado, resultando em redução da quantidade de ingestão de alimentos possível e/ou diminuição da capacidade de digerir comida (Felt, Felder, Penkler, 2017). O Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas realizadas, e as mulheres representam 76 % dos pacientes que fazem a redução do estômago no Brasil (Sbcbm, 2017).

Segundo Porcu e colaboradores (2011), a obesidade está associada a depressão, caracterizada principalmente pela presença de humor deprimido, perda do interesse por atividades prazerosas, alterações de sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas. Estudo realizado no Chile com pacientes com obesidade severa, em preparo para a cirurgia bariátrica com níveis elevados de sintomas depressivos, revelou, após intervenção para perda de peso, que os sintomas depressivos diminuíram de forma significativa (Cofre-Lizamae colaboradores, 2017). A autoestima representa um aspecto avaliativo do autoconceito e consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma avaliação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação) de voltar-se para si mesmo e nesta concepção, a autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns do autovalor (Hutz, Zanon, 2011). Indivíduos com depressão apresentam maior risco para a obesidade (Langaro e colaboradores, 2011). Segundo a Abeso (2016), a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e a depressão, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias. A maior ocorrência de depressão e da baixa autoestima dos pacientes com obesidade severa pode estar relacionada às tentativas frustradas de perder peso e as dificuldades no controle do comportamento alimentar enfrentadas pelo paciente (Mota e colaboradores, 2014). Considerando a relevância de estudos sobre obesidade, a elevada prevalência, a dificuldade no controle e o elevado índice de reincidência, o objetivo do presente estudo foi analisar a autoestima e estimar a prevalência de depressão em pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como transversal, quantitativo, com coleta de dados primários e com amostra de conveniência. Foram convidados a participar pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica, das cidades de Maringá, Paranavaí e Arapongas- Paraná. As características sociodemográficas (nome, idade, sexo, profissão, peso, estatura), clínicas (presença de obesidade na infância ou adolescência; se já fez dieta para emagrecimento; se perdeu

peso; motivo da cirurgia) e bioquímicas: colesterol alto e triglicérides elevado foram auto referidos pelos pacientes. Foram excluídos pacientes surdos/mudos e analfabetos. A avaliação da obesidade foi realizada por meio do indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>), que foi calculado dividindo-se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado: P/E<sup>2</sup> (Who, 2000). O peso e a estatura foram auto referidos. Os pacientes foram classificados como pré-obesidade quando apresentaram IMC  $\geq 25$  e  $\leq 29,9$  kg/m<sup>2</sup>; com obesidade classe I quando apresentaram IMC  $\geq 30$  e  $\leq 34,9$  kg/m<sup>2</sup>; com obesidade classe II quando apresentaram IMC  $\geq 35$  e  $\leq 39,9$  kg/m<sup>2</sup> e Obesidade classe III quando apresentaram IMC  $> 40$  kg/m<sup>2</sup> (Who, 2014). A depressão foi determinada por meio do Inventário de Depressão de Beck (IDB). O IDB foi desenvolvido para avaliar a intensidade de sintomas de depressão na população em geral. É um instrumento de autopreenchimento validado para o português. Enfoca sintomas e atitudes como tristeza, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Embora não tenha finalidade diagnóstica, permite classificar com confiabilidade a sintomatologia depressiva. Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia de 0 a 3 pontos conforme a gravidade dos sintomas. De acordo com a pontuação os indivíduos foram considerados: sem depressão ou depressão mínima quando somaram 0 a 9 pontos; depressão leve a moderada quando somaram 10 a 18; depressão moderada a grave quando somaram 19 a 29 e depressão grave quando somaram 30 a 63.

A autoestima foi avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg (1989). A escala tem sido um instrumento muito utilizado internacionalmente (Heatherton, 2003). No Brasil, esse instrumento foi originalmente adaptado e validado para pesquisa por Hutz (2000) e revalidado por Hutz e Zanon (2011). Esta escala é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. A classificação da autoestima foi definida pela seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) – score maior que 30 pontos; média – score entre 15 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) – score menor que 15 pontos (Dini, Quaresma, Ferreira, 2004). A análise estatística foi realizada com auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1. Para avaliar as relações entre as variáveis autoestima, depressão, obesidade e doenças apresentadas pelos participantes da pesquisa, foram utilizados o teste de correlação de *Spearman* e o teste de *Wilcoxon*. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, pelo parecer nº 2.529.435, em 07 de março de 2018.

## RESULTADOS

Aceitaram participar da pesquisa 190 pacientes. Destes, a maioria (84,21%) era do sexo feminino. A média de idade foi de 36,33  $\pm$  11,57 anos. Cerca de dois terços deles (66,84%) foram classificados com obesidade classe III (severa). Em relação ao estado civil, 48,95% eram casados. Pouco mais da metade dos pacientes avaliados (53,68%) apresentaram

obesidade na infância ou adolescência, quase todos (94,74%) já haviam tentado fazer dietas e 54,21% não emagreceram. Quanto aos motivos para a realização da cirurgia, 69,47% dos respondentes indicaram apenas doenças, 6,32% motivos estéticos e 16,84% apontaram ambos. A hipertensão foi a doença mais frequente, atingindo 58,42% deles, seguida da artrose (28,95%). O diabetes, colesterol e/ou triglicérides elevados atingem 15,26%, 19,47% e 14,74% deles, respectivamente, 32,11% referiram outras doenças. A seguir, é apresentada a descrição das características sociodemográficas (Tabela 1), e clínicas dos pacientes que participaram da pesquisa (Tabela 2).

**Tabela 1. Distribuição dos pacientes, segundo características sociodemográficas**

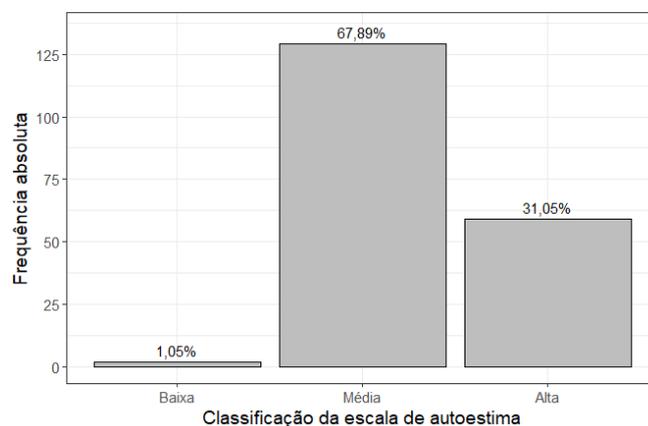
Variável	Frequência absoluta	%
<b>Cidade</b>		
Paranavaí	150	78,95
Clínica Maringá	8	4,21
Arapongas	20	10,53
HUM	12	6,32
<b>Idade</b>		
De 18 a 29 anos	58	30,53
De 30 a 44 anos	92	48,42
De 45 a 59 anos	34	17,89
60 anos ou mais	6	3,16
<b>Sexo</b>		
Feminino	160	84,21
Masculino	26	13,68
Não respondeu	4	2,11
<b>Classificação do IMC</b>		
Sobrepeso (25 a 30)	2	1,05
Obesidade grau I (30 a 35)	13	6,84
Obesidade grau II (35 a 40)	48	25,26
Obesidade grau III (> 40)	127	66,84
<b>Estado Civil</b>		
Casado	93	48,95
Divorciado	12	6,32
Outro	20	10,53
Solteiro	50	26,32
Viúvo	9	4,74
Não respondeu	6	3,16

**Tabela 2. Distribuição dos pacientes, segundo características clínicas**

Variável	Frequência absoluta	%
<b>Apresentou obesidade na infância ou adolescência</b>		
Não	74	38,95
Sim	102	53,68
Não respondeu	14	7,37
<b>Já tentou fazer dietas</b>		
Não	7	3,68
Sim	180	94,74
Não respondeu	3	1,58
<b>Emagreceu</b>		
Não	103	54,21
Sim	76	40,00
Não respondeu	11	5,79
<b>Motivo da cirurgia</b>		
Ambos	32	16,84
Doenças	132	69,47
Estético	12	6,32
Não respondeu	14	7,37
<b>Doenças *</b>		
Hipertensão	111	58,42
Diabetes	29	15,26
Artrose	55	28,95
Colesterol elevado	37	19,47
Triglicérides elevado	28	14,74
Outras	61	32,11

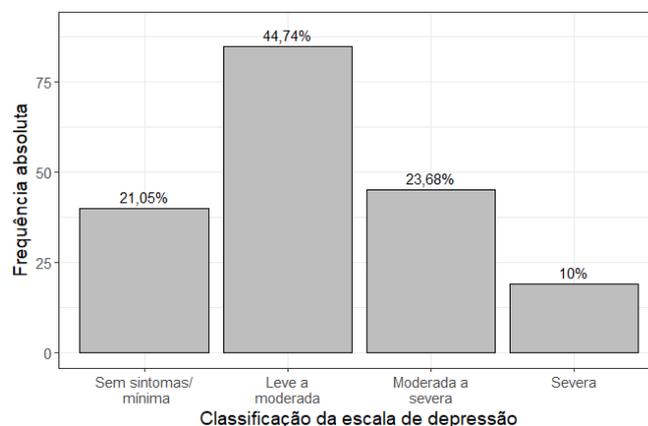
\* Um indivíduo pode ter relatado mais de uma doença.

A Figura 1 apresenta a distribuição da pontuação dos participantes da pesquisa, segundo escala de autoestima de Rosenberg. Pode se observar que apenas 1,05% apresentaram pontuações inferiores a 15 pontos, indicando baixa autoestima, enquanto 67,89% obtiveram pontuações entre 15 e 30 pontos, indicando autoestima média e 31,05% apresentou alta autoestima, com pontuações superiores a 30 pontos. Foi observado que a pontuação obtida pelos pacientes apresenta média e mediana de 28,21 e 28,00 pontos, respectivamente. Em relação à dispersão, obteve-se um desvio padrão de 5,08 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 18,01%, indicando uma dispersão baixa dos dados em torno da média, sendo os quartis Q1 e Q3 iguais a 25,25 e 31,00 pontos, respectivamente. Aplicando-se o teste de Shapiro-Wilk, a hipótese de normalidade dos dados foi rejeitada, ao nível de 5% de significância (valor p de 0,041).



**Figura 1. Distribuição dos pacientes, segundo pontuação na escala de autoestima de Rosenberg**

A Figura 2 apresenta a distribuição da classificação da escala de depressão de Beck, obtida pelos que participaram da pesquisa. Vê-se que, no total, 21,05% obtiveram pontuações inferiores a 10 pontos, classificados como sem sintomas depressivos ou depressão mínima, enquanto que 44,74% foram classificados com depressão de leve a moderada, uma vez que a pontuação se situou entre 10 e 18 pontos. Ainda, 23,68% obtiveram pontuações entre 20 e 29 pontos, indicando depressão moderada a severa e outros 10% obtiveram 30 pontos ou mais, caracterizados com depressão severa.



**Figura 2. Distribuição dos pacientes, segundo pontuação na escala de depressão de Beck**

Foi observado, que a pontuação obtida pelos pacientes apresenta média e mediana de 16,76 e 15,00 pontos, respectivamente.

Tabela 3. Médias e resultados da pontuação da escala de depressão de Beck em relação à presença de doenças nos participantes da pesquisa

Doença		Sem sintomas / Mínima	Leve à moderada	Moderada à severa	Severa	$\chi^2$	Valor p
Hipertensão	Não	17 (42,5%)	34 (40%)	23 (51,11%)	5 (26,32%)	3,60	0,308
	Sim	23 (57,5%)	51 (60%)	22 (48,89%)	14 (73,68%)		
Diabetes	Não	34 (85%)	69 (81,18%)	40 (88,89%)	17 (89,47%)	1,76	0,625
	Sim	6 (15%)	16 (18,82%)	5 (11,11%)	2 (10,53%)		
Artrose	Não	33 (82,5%)	62 (72,94%)	29 (64,44%)	10 (52,63%)	6,76	0,080
	Sim	7 (17,5%)	23 (27,06%)	16 (35,56%)	9 (47,37%)		
Colesterol elevado	Não	36 (90%)	69 (81,18%)	34 (75,56%)	13 (68,42%)	4,78	0,189
	Sim	4 (10%)	16 (18,82%)	11 (24,44%)	6 (31,58%)		
Triglicérides elevado	Não	36 (90%)	75 (88,24%)	36 (80%)	14 (73,68%)	4,31	0,230
	Sim	4 (10%)	10 (11,76%)	9 (20%)	5 (26,32%)		
Outras	Não	25 (62,5%)	57 (67,06%)	30 (66,67%)	16 (84,21%)	2,90	0,407
	Sim	15 (37,5%)	28 (32,94%)	15 (33,33%)	3 (15,79%)		
Total		40 (100%)	85 (100%)	45 (100%)	19 (100%)	-	-

Em relação à dispersão, obteve-se um desvio padrão de 8,76 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 52,26%, indicando uma dispersão moderada dos dados em torno da média, sendo os quartis Q1 e Q3 iguais a 11,00 e 22,00 pontos, respectivamente. Aplicando-se o teste de Shapiro-Wilk, a hipótese de normalidade dos dados foi rejeitada, ao nível de 5% de significância (valor  $p < 0,001$ ). As pontuações dos participantes da pesquisa que possuem colesterol ou triglicérides elevados são, significativamente, diferentes das pontuações dos que não possuem (valores  $p$  de 0,018 e 0,024), sendo que, em ambos os casos, as pontuações medianas são maiores entre os que possuem tais doenças (Tabela 3). Para as demais doenças, não foram observadas diferenças significativas.

## DISCUSSÃO

Neste estudo que tinha como objetivo avaliar a autoestima e prevalência de depressão em pacientes que iriam realizar a cirurgia bariátrica foi observado autoestima saudável na maioria dos pacientes e, baixa autoestima em 1% dos pacientes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rocha e Costa (2012), realizado em Portugal, é mencionado que a amostra é de candidatos à cirurgia e a confiança neste tipo de tratamento pode aumentar a sua esperança em melhorar seu nível de autoestima, contribuindo assim para explicar os resultados do estudo com pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. De acordo com os autores, os pacientes tendem a apresentar percepção positiva de si próprios. Em relação a depressão, 78% dos entrevistados, apresentaram sintomas depressivos. Resultado que corrobora com os achados da literatura sobre sintomas depressivos em pacientes com obesidade. Hayden e colaboradores (2011) e Tae e colaboradores (2014) ao estudarem pacientes com obesidade classe III, encontraram resultados semelhantes em relação aos sintomas depressivos em pacientes com obesidade. Ainda, segundo Tae e colaboradores (2014), pacientes com obesidade apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de sintomas de depressão. Da mesma forma, os resultados correspondem ao estudo realizado na Irlanda, onde 65% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos (Ciblis, Dooley, Eldin, 2012), reforçando que altas taxas de sintomas depressivos são encontradas em pacientes com obesidade. A média de idade de 36,33 anos, no presente estudo, foi menor que a encontrada no estudo de Yusufov e colaboradores (2017), cuja idade variou de 18 a 78 anos, com média de 42 anos de idade. Já a prevalência do sexo feminino, também foi verificada nos estudos de Fettich e Chen (2012) e

da Sbcm (2017), onde 78% e 76%, respectivamente, dos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica eram mulheres. Obesidade classe III foi verificada em 66% dos pacientes. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Ciblis, Dooley e Eldin (2012). A obesidade está relacionada ao risco elevado do surgimento de comorbidades, sendo as principais: hipertensão arterial sistêmica e doenças ósseas e articulares (Mota, Costa, Almeida, 2014). Fato que corrobora com o presente estudo, tendo em vista que todos os pacientes relataram a presença de comorbidades, sendo a hipertensão a doença prevalente. Frota e colaboradores (2015) encontraram resultado semelhante, em pesquisa realizada no Ceará, visto que 50% dos pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica apresentavam hipertensão. Embora não tenha sido pesquisado o nível de escolaridade, a maioria dos pacientes femininos tinha como ocupação afazeres domésticos e os homens, atividades relacionadas à lavoura. Atividades essas, ainda relacionadas no Brasil, à baixa escolaridade. Segundo Hemmingsson (2014), a obesidade apresenta um elo com a desvantagem socioeconômica e o sofrimento emocional. A obesidade na infância foi relatada por 53,68% dos pacientes. De acordo com a Who (2016), crianças obesas tendem a permanecer obesas na idade adulta e são mais propensas a desenvolver doenças não transmissíveis em idade mais jovem, acarretando maior chance de morte prematura. A associação entre obesidade, autoestima e depressão também foi verificada no estudo de Yazdani e colaboradores (2018). Segundo os autores, os defeitos da imagem corporal, a baixa autoestima, ocasionada pela obesidade, leva a percepção psicológica negativa. Da mesma forma, outro estudo realizado na Suíça, verificou associação entre a autoestima e a insatisfação com o peso corporal com a depressão (Richard e colaboradores, 2016).

Em contradição com os resultados deste estudo, onde não foi associado a relação entre autoestima e o peso corporal, Weinberger e colaboradores (2016) encontraram associações relevantes em relação a autoestima e o peso corporal, mostrando que a autoestima é mais afetada quanto maior o IMC). Segundo Kinzl (2016), as pessoas obesas estão expostas a discriminação, e essa percepção negativa contribui para autoimagem e autoestima negativa. Em relação autoestima e o IMC, Sarwer e colaboradores (2012) encontraram resultados semelhantes ao presente estudo, visto que a autoestima não foi associada ao IMC, mas foi associada, a níveis mais altos de sintomas depressivos. A autoestima associada ao excesso de peso foi relatada em um estudo com 50 pacientes, na Espanha, com obesidade classe III, em comparação com 25 voluntários com peso normal. Os pacientes obesos tinham níveis elevados

de ansiedade, depressão e níveis mais baixos de autoestima em comparação com os controles com peso normal (Abilés e colaboradores, 2010). Da mesma forma, no Reino Unido, Jumbe, Hamlet e Meyrick (2017) encontram resultado semelhante, visto que verificaram associação da insatisfação da imagem corporal e autoestima, com o aumento do IMC. No presente estudo não foram encontrados resultados que apoiem a relação entre o IMC e a depressão. Resultados que sugerem associação positiva entre IMC e depressão foram relatados por Yusuf e colaboradores (2017) ratificando outros estudos que mostram que a obesidade é um fator de risco para depressão. Em relação a depressão e as doenças relatadas pelos pacientes observou-se que as pontuações são maiores para os que possuem colesterol e triglicérides elevados. Resultados semelhantes foram descritos por Pacheco e Santos (2015) em indivíduos que apresentaram colesterol elevado e tendência a depressão. A obesidade está diretamente associada com hipertensão arterial, sedentarismo e aumento de colesterol de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Sbcbm, 2010).

### Conclusão

Diferentemente da maioria dos estudos da literatura consultada, o presente estudo verificou autoestima alta (satisfatória) para a maioria dos pacientes. Embora este achado seja intrigante, tendo em vista a alta prevalência de sintomas depressivos apresentados pelos pacientes, a confiança neste tipo de tratamento pode aumentar a esperança e melhorar o nível de autoestima. É de conhecimento dos pacientes que a cirurgia bariátrica é uma alternativa quando o tratamento clínico e dietético não apresenta resultados positivos, em função da falta de perseverança, ou da urgência na perda de peso pela presença de comorbidades. Ainda, em relação aos resultados, sugere-se o acompanhamento psicológico dos pacientes em preparo para cirurgia bariátrica, tendo em vista a alta prevalência de depressão encontrada no presente estudo. Finalizando, espera-se com este trabalho, contribuir para ampliar o conhecimento sobre os aspectos psicológicos da obesidade, e fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da obesidade e promoção da saúde.

### Agradecimentos

Agradecemos à Capes pela bolsa de estudo fornecida e ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI pelo apoio recebido.

### REFERÊNCIAS

- Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras da obesidade. 4. ed. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- Abilés, V.; Rodríguez-Ruiz, S.; Abilés, J.; Mellado, C.; García, A.; Pérez de la Cruz, A.; Fernández-Santaella, M.C. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, Granada. Vol. 20. Num. 2. 2010. p.161-167.
- Akamine, A.M.B.C.; Ilias, E.J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? *Revista da Associação Médica Brasileira*. [s.l.], Vol. 59. Num. 4. 2013. p. 316-317.
- Atlantis, E.; Baker, M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int. J. Obes. London*. Vol. 32. Num. 6. 2008.
- Barros, L.M.; Frota, N.M.; Moreira, R.A.N.; Araújo, T.M.; Caetano, J.Á. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Fortaleza. Vol. 36. Num. 1. 2015. p. 21-27.
- Bray, G.A.; Kim, K.K.; Wilding, J.P.H. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*. Louisiana. Vol. 18. Num. 7. 2017. p.715-723.
- Cofre-Lizama, A.; Delgado-Floody, P.; Ângulo-Díaz, P.; Jerez-Mayorga, D. Intervención integral de ocho meses disminuye el peso y mejoralos niveles de depresión y ansiedad en obesos severos y mórbidos. *Revista Facultad de Medicina*. Temuco Chile. Vol. 65. Num. 2. 2017. p. 239-243.
- Dini, G.M.; Quaresma, M.R.; Ferreira, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. Vol. 19. Num. 1. 2004. p. 41-52.
- Felt, U.; Felder, K.; Penkler, M. How differences matter: tracing diversity practices in obesity treatment and health promotion. *Sociology Of Health & Illness*. Viena. Vol. 39. Num. 1. 2017. p.127-142.
- Fettich, K.C.; Chen, E.Y. Coping With Obesity Stigma Affects Depressed Mood in African-American and White Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity*. Chicago. Vol. 20. Num. 5. 2012. p.1-7.
- Gibbons, J.G.; Chakraborti, S. Nonparametric statistical inference: revised and expanded. 4. ed. [s.l.]. Publisher Taylor & Francis. 2014.
- Godoy-Matos, A.F.; Oliveira, J.; Moreira, R.O. Síndrome metabólica. São Paulo. Atheneu. 2006.
- Gorenstein, C.; Andrade, L.H. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo. 2015. p. 245-250.
- Hayden, M.J.; Dixon, J.B.; Dixon, M.E.; Shea, T.L.; O'Brien, P.E. Characterization of the Improvement in Depressive Symptoms Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. Nova York. Vol. 21. Num. 3. 2011. p.328-335.
- Hemmingsson, E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*. Stockholm. Sweden. Vol. 15. Num. 9. 2014. p.269-279.
- Hutz, C.S.; Zanon, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg R. *Avaliação Psicológica*. Porto Alegre. Vol. 10. Num. 1. 2011. p.41-49.
- Jumbe, S.; Hamlet, C.; Meyrick, J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Current Obesity Reports*. London. Vol. 6. Num. 1. 2017. p.71-78.
- Kinzl, J.F. Adipositas: Stigmatisierung, Diskrimination, Körperimage. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. Viena. Vol. 166. 2016. p.117-120.
- Kissler, H.; Settmacher, U. Bariatric surgery to treat obesity. *Semin Nephrol*. Jena Germany. 2013. p. 75-89.
- Langaro, F.; Vieira, A.P.K.; Poggere, L.C.; Trentini, C.M. Caracterização de personalidade de mulheres que se submetem à cirurgia bariátrica. *Avaliação Psicológica*. Porto Alegre. Vol. 10. Num. 1. 2011. p.71-79.
- Ministério da Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira. Vol. 2. Brasília. 2014. p. 1-158.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: 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 2016. Brasília. 2017.
- Mota, D.C.L.; Costa, T.M.B.; Almeida, S.S. Imagem Corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. Vol. 16. 2014. p. 100-113.
- Pacheco, A.J.C.; Santos, C.S.V.B. Depressão em pessoas com doença cardíaca: Relação com a ansiedade e o controle percebido. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto. Num. 14. 2015. p.64-71.
- Porcu, M.; Franzin, R.; Abreu, P. B.; Previdelli, I.T.S.; Astolfi, M. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Health*. Maringá. Vol. 33. Num. 2. 2011. p.165-171.
- Ribeiro, G.A.N.A.; Santos, J.E.; Loureiro, S.R. Perfil Psicológico de Mulheres e a Cirurgia Bariátrica: Estudo Exploratório. *Revista Interamericana de Psicologia*. São Paulo. Vol. 45. 2011. p.169-176.
- Richard, A.; Rohrmann, S.; Lohse, T.; Eichholzer, M. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *Bmc Public Health*. Zurich. Vol. 16. Num. 1. 2016. p.1-8.
- Rocha, C.; Costa, E.E. Aspectos psicológicos na obesidade severa: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*. Lisboa. Vol. 30. Num. 4. 2012. p. 451-466.
- Sarwer, D.B.; Fabricatore, A.N.; Eisenberg, M.H.; Sywulak, L.A.; Wadden, T.A. Self-reported Stigmatization Among Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity*. Philadelphia. 2012. p. 75-79.
- Sbcbm. Sociedade Brasileira De Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Consenso brasileiro multisocietário em cirurgia da obesidade. 2010. Disponível em: [www.sbcbm.org.br](http://www.sbcbm.org.br). Acesso em: 03 jun. 2017.
- Tae, B.; Pelaggi, E.R.; Moreira, J.G.; Waisberg, J.; Matos, L.L.; D'Elia, G. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista Colégio Brasileira de Cirurgia*. São Paulo. Vol. 41. Num. 3. 2014. p. 155-160.
- Who. World Health Organization. What can be done to fight the childhood obesity epidemic? Geneva. 2018. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what\\_can\\_be\\_done/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/). Acesso em: 15 ago. 2018.
- Who. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report. Consultation on Obesity. Geneva. 2014.
- Yazdani, N.; Hosseini, S.V.; Amini, M.; Sobhani, Z.; Sharif, F.; Khazraei, H. Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. *Nurs Midwifery*. Shiraz. Vol. 6. Num. 2. 2018. p.175-184.
- Yusufov, M.; Dalrymple, K.; Bernstein, M.H.; Walsh, E.; Rosenstein, L.; Chelminski, I.; Zimmerman, M. Body mass index, depression, and suicidality: The role of self-esteem in bariatric surgery candidates. *Journal of Affective Disorders*. Providence. Vol. 208. 2017. p.238-247.

\*\*\*\*\*