

# A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2



**Tallys Newton Fernandes de Matos**  
**(Organizador)**

 **Atena**  
Editora  
Ano 2020

# A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2



**Tallys Newton Fernandes de Matos**  
**(Organizador)**

 **Atena**  
Editora

**Ano 2020**

**Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

**Imagens da Capa**

Shutterstock

**Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

**Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

#### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

#### **Linguística, Letras e Artes**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

#### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Eivaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

# A psicologia na construção de uma sociedade mais justa

2

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecário:** Maurício Amormino Júnior  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizador:** Tallys Newton Fernandes de Matos

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P974 A psicologia na construção de uma sociedade mais justa 2 [recurso eletrônico] / Organizador Tallys Newton Fernandes de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-249-4

DOI 10.22533/at.ed.494200308

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. 2. Psicólogos. I. Matos, Tallys Newton Fernandes de.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

  
**Ano 2020**

## APRESENTAÇÃO

O ser humano vivencia, na atualidade, sua perda em um labirinto de medicinas paralelas impulsionada por variedade de ofertas e crenças, que iludem e apresentam alternativas de cura. Esse processo é decorrente das novas formas de subjetivação e simbolização, proporcionadas pelos mecanismos sociais e tecnológicos. Neste processo, destaca-se a reprodução desenfreada do mal-estar na civilização, que assume diferentes formas no ser humano através da falta.

Esta configura e transforma o ser humano no contrário do sujeito, assim como possibilita a ilusão de uma liberdade, reproduzindo a alienação individual e coletiva através de um sistema capitalista argumentado e planejado com estratégias e mecanismos ideais de intervenção para que esse sujeito reconfigure um ciclo contínuo, que ele desconhece, de adoecimento e saúde, até o momento da sua finitude. É, de fato, relatar, em curtas palavras, que “a realidade não é como ela é”.

É lamentável perceber que alguns grupos e camadas sociais percam esse contato reflexivo e filosófico, tão explorados outrora por filósofos, teóricos e outros pensadores, que estão sendo esquecidos propositalmente pela lógica capitalista e pelo discurso que rege a tendência da atualização tecnológica e materialista. Isso é apenas uma tentativa de mascarar o enfraquecimento interno e ausências de afirmações específicas sobre a realidade. Ressalto, neste âmbito, a importância dos estudos sobre os “mecanismos de defesa” na psicanálise.

Por conseguinte, este sujeito em situação de mal-estar, longe de ser livre de suas raízes e de sua coletividade, reduz sua significação e reivindicação normativa, enquanto ser humano, a um objeto, indicador, variável e número do atual sistema capitalista. Isso se reproduz e possibilita surgimento de diferentes vareáveis na casualidade da problemática social.

Neste sentido, a obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” aborda seguimentos relacionados ao mal-estar, com temas direcionados a: indústria do consumo, violência de gênero, dano contra patrimônio público, penalização, estresse, sofrimento, compulsão alimentícia, depressão e suicídio. Todavia, ao final do livro, temos temas direcionados à reversão deste mal-estar como alternativa interventiva que se direcionam a: acompanhante terapêutica, espiritualidade como intervenção, prática esportiva como intervenção, intervenção farmacológica, aconselhamento psicológico, arte, alma, espírito e novas configurações sociais.

Vale ressaltar que os tipos de estudos explorados na obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” foram: Estudo exploratório; Estudo reflexivo; Pesquisa bibliográfica; Pesquisa narrativa; Reflexão histórico-cultural; Pesquisa bibliográfica; Revisão de literatura; Revisão sistemática e metanálise; Estudo transversal; Pesquisa descritiva; Estudo ecológico; Revisão de literatura narrativa e Investigação bibliográfica

exploratória.

Ademais, a obra “A Psicologia na Construção de uma Sociedade mais Justa 2” explora a variedade e construção teórica na psicologia. Destaco que os 23 estudos selecionados foram realizados em diferentes instituições de ensino superior no contexto nacional. Faço, também, o convite de retorno para leitura ao “volume 1” desta obra, organizado pelo mesmo autor e pela mesma editora.

Saliento, com grandeza, e como pesquisador, que é relevante a divulgação, construção e reconstrução do conhecimento através da produção científica. Com isso, a Atena Editora possui uma plataforma consolidada e confiável, sendo referência nacional e internacional, para que estes pesquisadores explorem e divulguem suas pesquisas.

Tallys Newton Fernandes de Matos

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
RELACIONAMENTOS AMOROSOS E A INDÚSTRIA CULTURAL ATRAVÉS DO DIA DOS NAMORADOS Thamyres Barros Cabral DOI 10.22533/at.ed.4942003081	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>12</b>
O IMPERATIVO DA EXPOSIÇÃO AO OLHAR E A FACE SUPEREGOICA DO AMOR Hélio Cardoso de Miranda Júnior DOI 10.22533/at.ed.4942003082	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>21</b>
ENSINAR E APRENDER, DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO: A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE PSICOLOGIA DIANTE DO ACOLHIMENTO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA Índira Feitosa Siebra de Holanda Marcos Teles do Nascimento Marcus César de Borba Belmino DOI 10.22533/at.ed.4942003083	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>30</b>
A CONTRACONDUTA NO USO DESOBEDIENTE DOS ESPAÇOS PÚBLICOS URBANOS Laura Fonseca de Castro DOI 10.22533/at.ed.4942003084	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>38</b>
A PSICOLOGIA NOS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CÁRCERE Sabrina Azevedo Wagner Benetti Darlen Grasieli Bugs Daiane Raquel Steiernagel Carolina Renz Pretto Cátia Cristiane Matte Dezordi Eniva Miladi Fernandes Stumm Liamara Denise Ubessi DOI 10.22533/at.ed.4942003085	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>51</b>
ESTRESSE NO TRABALHO Marília Gonçalves Bruno Taine Silva Galvão Laila Ariadi Chaves Freitas Patrícia Francisca dos Santos Medeiros DOI 10.22533/at.ed.4942003086	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>53</b>
AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO DAS INTERVENÇÕES Gracimary de Jesus Godinho Bastos Ana Flávia Lima Teles da Hora Marilourdes Maranhão Mussalém Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha Helena Rúbia de Santana Botelho	

Sandra Maria Nunes Bastos  
DOI 10.22533/at.ed.4942003087

**CAPÍTULO 8 ..... 75**

COMPULSÃO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA: FATORES ETIOLÓGICOS, MANIFESTAÇÕES SINTOMÁTICAS E AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Ana Luiza Ferreira Freitas  
Geovana Clayre Oliveira  
Karolyne Gouveia Figueira  
Lavinya Maria dos Santos  
Renata Martins do Carmo  
Suziani de Cássia Almeida Lemos

DOI 10.22533/at.ed.4942003088

**CAPÍTULO 9 ..... 84**

DA GETÚLIO À ANNE FRANK: VULNERABILIDADES E RESISTÊNCIAS DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS EM CURITIBA/PR

Grazielle Tagliamento  
Joelson Xavier do Rego  
Roberta Cristina Gobbi Baccarim  
Carla Amaral

DOI 10.22533/at.ed.4942003089

**CAPÍTULO 10 ..... 98**

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Alenice Filgueira de Lima  
Aline Soares Lopes  
Cristiano Ribeiro Rodrigues  
Kamila Araújo Vieira  
Larissa Couto Soares  
Rodrigo Sousa de Carvalho  
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.49420030810

**CAPÍTULO 11 ..... 105**

CIRURGIA BARIÁTRICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Nélio Barreto Veira  
Jucier Gonçalves Júnior  
Isaque Cavalcante Cunha  
Maria Carolina Barbosa Costa  
Harianne Leite de Alencar  
Willian de Souza Araújo  
Paulo Felipe Ribeiro Bandeira

DOI 10.22533/at.ed.49420030811

**CAPÍTULO 12 ..... 129**

AValiação DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Eliene Silva Mendes Sousa  
Thalita Lauanna Gonçalves da Silva Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.49420030812

**CAPÍTULO 13 ..... 135**

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Andrielly Patrícia Silva Araújo

Marília Gonçalves Bruno

Taíne Silva Galvão

Ana Carolina Rimoldi de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.49420030813**

**CAPÍTULO 14 ..... 141**

A INCIDÊNCIA DOS CASOS DE SUICÍDIO ENTRE PESSOAS DA TERCEIRA IDADE NO BRASIL

Débora Teodoro Carrijo

Amanda Claudino Borges

Felipe Batista Rezende

Geovana Passos Brito

Heloísa Teodoro Sequeira

Júlia Oliveira Carvalho

Luísa Castilho Amâncio

Maria Eduarda Giacomin da Cruz

Mateus Teodoro Sequeira

Natália Sousa Costa

Paula Kathlyn de Oliveira

Mithielle Rodrigues de Oliveira Peixoto

**DOI 10.22533/at.ed.49420030814**

**CAPÍTULO 15 ..... 147**

SUICÍDIO COMO OBJETO DE ESTUDO NA PSICOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Lorena Schettino Lucas

Mariana Bonomo

Vanessa Valentim Zamborlini

Thais Assis Flauzino

**DOI 10.22533/at.ed.49420030815**

**CAPÍTULO 16 ..... 160**

ARTICULAÇÕES ENTRE O SABER DA EXPERIÊNCIA NO UNIVERSO INFANTIL DE GUIMARÃES ROSA

Berta Lúcia Neves Ponte

Francisca Paula Viana Mendes

Amadeu de Sousa Moura Terceiro

José Clerton de Oliveira Martins

**DOI 10.22533/at.ed.49420030816**

**CAPÍTULO 17 ..... 169**

AS ATITUDES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO ESCOLAR NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

José Antônio dos Santos Filho

**DOI 10.22533/at.ed.49420030817**

**CAPÍTULO 18 ..... 180**

ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Amanda Valério Espíndola

Carolina Schmitt Colomé

Fernanda Nardino

Mikaela Aline Bade München

Alberto Manuel Quintana

**DOI 10.22533/at.ed.49420030818**

<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>186</b>
A MOTIVAÇÃO NAS PRÁTICAS ESPORTIVAS E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM DE DEFICIENTES VISUAIS	
Emmeline Abreu Almeida	
Helena Raquel Sousa Pinheiro de Barros da Costa	
Jacques Alastair Martins Silva	
Erica de Fátima Ristau	
Maria Emília Miranda Álvares	
Valeria Maria Lima Cardoso	
Thayara Ferreira Coimbra Lima	
Silvia Regina Moreira Vale	
<b>DOI 10.22533/at.ed.49420030819</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>196</b>
<i>HYPERICUM PERFORATUM</i> NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE LEVE E MODERADA	
Wêdja Martins Almeida	
Vivian Mariano Torres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.49420030820</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>203</b>
O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ACONSELHAMENTO GENÉTICO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS	
Emmeline Abreu Almeida	
Beatriz Veras Barbosa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.49420030821</b>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>209</b>
O CINEMA E UMA NOVA REPRESENTAÇÃO DA MULHER	
Beatriz Castro Silva	
Alex Moreira Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.49420030822</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>221</b>
REFLEXÕES SOBRE CIDADE E ALMA	
Priscila Valente Alonso	
<b>DOI 10.22533/at.ed.49420030823</b>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR</b> .....	<b>228</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>229</b>

## CIRURGIA BARIÁTRICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 03/08/2020

### **Nélio Barreto Veira**

School of Medicine, Federal University of Cariri,  
Barbalha  
Ceara, Brazil

Post-Graduate Program in Health Sciences, ABC  
Medical School, Santo André  
São Paulo, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/1710661429430020>

### **Jucier Gonçalves Júnior**

Departament of Internal Medicine, Santa Casa de  
Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, Ceara, Brazil

### **Isaque Cavalcante Cunha**

School of Medicine, Federal University of Cariri,  
Barbalha  
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0564858337422230>

### **Maria Carolina Barbosa Costa**

School of Medicine, Federal University of Cariri,  
Barbalha  
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/2901643104238111>

### **Harianne Leite de Alencar**

School of Medicine, Federal University of Cariri,  
Barbalha  
Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/8673298063089216>

### **Willian de Souza Araújo**

School of Medicine, Federal University of Cariri,  
Barbalha

Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0501242435294089>

### **Paulo Felipe Ribeiro Bandeira**

Departament of Internal Medicine, Santa Casa de  
Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, Ceara, Brazil

<http://lattes.cnpq.br/0016114183089460>

**RESUMO:** **Introdução:** Dados da Associação Brasileira sobre Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica destacam que o risco de depressão aumenta em 55% dos obesos e que o risco de depressão aumenta em 58% o risco de obesidade. Embora a correlação entre obesidade e depressão seja discretamente mapeada na literatura, não há evidências consistentes para apoiar o impacto da cirurgia bariátrica nos transtornos depressivos em pacientes obesos. O objetivo deste estudo foi analisar o papel da cirurgia bariátrica nas condições depressivas de pacientes submetidos a essa técnica cirúrgica. **Métodos:** Em maio de 2017, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas seguintes bases de dados: MEDLINE, SciELO, IBECS e PubMed. Utilizamos o seguinte como questão norteadora: Existe um impacto real da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos

em pacientes obesos? **Resultados:** Foram selecionados 774 manuscritos. Após a análise completa dos títulos, resumos e manuscritos, quarenta e sete estudos foram selecionados e divididos em duas categorias pré-determinadas: “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura” e “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante”. **Conclusão:** Há uma tendência a melhorar a imagem corporal, a confiança, a autoestima e, portanto, os sintomas depressivos e a socialização de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. No entanto, essa evidência não é absoluta, exigindo maior.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão, Cirurgia Bariátrica, Revisão Sistemática; Psicologia.

**ABSTRACT: Background:** Data from the Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica highlight that the risk of depression is increased in obese people increase by 55%, and that the risk of depression increases the risk of obesity by 58%. Although the correlation between obesity and depression is slightly mapped in the literature, there is no consistent evidence to support the impact of bariatric surgery on depressive disorders in obese patients. The objective of this study was to analyze the role of bariatric surgery in the depressive conditions of patients submitted to this surgical technique. **Methods:** In May 2017, Systematic review of the literature was carried out in the following databases: MEDLINE, SciELO, IBECs and PubMed. We used the following as guiding question: Is there real impact of bariatric surgery on depressive symptoms in obese patients? **Results:** We selected 774 manuscripts. After analyzing the titles, abstracts, and manuscripts in full, forty-seven studies were selected and divided into two predetermined categories: “Bariatric Surgery and Mental Disorders: the main literature considerations” and “Bariatric Surgery and Mental Disorders: Depression as a worrying factor”. **Conclusion:** There is a tendency to improve body image, confidence, self-esteem and, therefore, the depressive symptoms and socialization of obese patients undergoing bariatric surgery. However, this evidence is not absolute, requiring greater theoretical.

**KEYWORDS:** Depression; Bariatric Surgery; Systematic Review; Psychology.

## 1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo (FERREIRA et al, 2015). Em 2008, mais de 1,4 bilhões de adultos estavam acima do peso e, destes, mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres eram obesos (WHO, 2012; BALTIERE et al, 2015). No Brasil, entre os indivíduos adultos, 49,9% da população apresenta excesso de peso, dos quais 14,8% possuem obesidade. Além das questões estéticas relacionadas ao excesso de peso, a obesidade é fator de risco para uma série de doenças, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (BRAY, 2004; FERREIRA et al, 2015). O tratamento conservador para a obesidade engloba terapia nutricional, medicamentosa e prática de atividade física. Quando há

falha no tratamento conservador e a obesidade se torna mórbida, está indicada a (CB) (BALTIERE et al, 2015).

Estudos apontam que a pessoa com obesidade cursa um menor número de anos escolares, tem menor chance de ser aceita em escolas e empregos concorridos e de desenvolver relacionamento estável. Essa realidade se insere no contexto do sofrimento psicológico da pessoa obesa, o qual é decorrente dos estigmas sociais e de valores ligados à cultura atual que considera o corpo gordo feio e inaceitável (MACEDO et al, 2015). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e esta, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias (MORAES, ALMEIDA, SOUZA, 2013).

Nesse contexto, emergem as doenças psiquiátricas, das quais, a depressão ganha destaque, sobretudo naqueles que são candidatos à cirurgia bariátrica (CB) (ALLISON et al, 2008). Assim, embora os candidatos à CB possam apresentar várias alterações comportamentais características de psicopatologias, as mais comuns são a ansiedade e a depressão (OLIVEIRA et al, 2004; ALMEIDA, ZANATTA, REZENDE, 2012). Acredita-se que a Depressão seja a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde (WHO, 2010; SAUERESSIG et al, 2016).

Portanto, apesar da correlação entre obesidade e depressão ser ligeiramente mapeada na literatura, não há evidências consistentes que embasem o impacto da cirurgia bariátrica em quadros depressivos de pacientes obesos, assim, esse estudo se propõe a uma revisão sistemática da literatura com metanálise partindo da pergunta norteadora: Há real impacto da cirurgia bariátrica em sintomas depressivos de pacientes obesos? Considerando que ambos, Obesidade e Depressão são importantes problemas de saúde pública e que, interferem sobremaneira na qualidade de vida do paciente, objetivamos analisar o papel da cirurgia bariátrica nos quadros depressivos de paciente submetidos a essa técnica operatória. A hipótese é que, em virtude da melhora da autoimagem haja maior adesão à terapêutica proposta e menores índices de sintomas depressivos.

## **2 | METODOLOGIA**

Revisão sistemática com Metanálise da literatura a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que hospeda bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE, SciELO, IBECs e do PubMed, compreendendo toda literatura existente acerca do tema em tela até 2017. Essa escolha se deve à incipiência de estudos que abordem a temática do presente trabalho.

A seleção dos estudos será realizada no mês de maio de 2017, de forma ampla

através dos seguintes descritores MeSH e seus correspondentes em português (DeCS):

#1 “Depression” (MeSH);

#2 “Bariatric Surgery” (MeSH);

#3 “Anxiety” (MeSH);

O período levantado na literatura foi de 01 janeiro de 1998 e 31 março de 2017. A razão para se delimitar a busca no período 1998-2017 foi que no ano de 1998 a cirurgia bariátrica figurou como técnica cirúrgica no Brasil.

A seleção dos manuscritos ocorreu primariamente pela análise dos títulos e abstracts/resumos. Após, os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados independentemente pelos autores, consonante os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos que tivesse no título pelo menos uma combinação dos termos descrita na estratégia de busca; (2) artigos escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; (3) Artigos que abordassem as interfaces entre cirurgia bariátrica e depressão com vista as principais e mais atuais evidências; (4) Estudos originais com texto integral acessível através do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), uma biblioteca virtual criada pelo Ministério da Saúde brasileiro e de conteúdo restrito a usuários autorizados. Foram excluídos: (1) Estudos não originais tais como Cartas ao Editor, Prefácios, comunicações breves, Comentários e Editoriais; (2) Estudos cuja amostra era animais; (3) artigos cujo desenho metodológico não esteja bem delineado. Os manuscritos que estavam repetidos em mais de uma das bases de dados só foram contabilizados uma vez.

Então, cada artigo da amostra foi lido integralmente, e as informações foram inseridas numa planilha que incluiu autores, ano de publicação, descrição da amostra do estudo e principais achados (PICOS) (Tabela 1). Alguns dos artigos encontrados contemplavam a temática da cirurgia bariátrica em outros transtornos psiquiátricos que não a depressão, considerando que este estudo tem como foco a correlação da cirurgia bariátrica com depressão, dados correlacionados aos outros pacientes com doenças psiquiátricas e depressão de forma concomitante foram desconsiderados em nossa amostra. No tocante a estratégia de pesquisa no Pubmed, esta se deu em duas fases: na primeira fase foram cruzados os Descritores #1 AND #2, obtendo-se um total de 550 artigos, dos quais 39 foram selecionados. Na segunda fase cruzados os descritores #1 AND #2 AND #3, obtendo-se um total de 160 artigos, dos quais nenhum foi selecionado.

Na BVS, houve três fases: na primeira fase, foram cruzados os descritores #1 AND #2 AND #3 em português, obtendo-se um total de 14 artigos, dos quais 4 artigos foram selecionados. Na segunda fase, os mesmos descritores da primeira fase foram utilizados, em português, obtendo-se um total de 28 artigos, dos quais nenhum foi selecionado. Na terceira fase, foram cruzados os Descritores #1 AND #2 obtendo-se um total de 22 artigos, dos quais nenhum foi selecionado.

Este estudo se constitui de uma revisão sistemática da literatura, portanto, não envolve

recrutamento de paciente. Neste sentido, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa não é necessário. Entretanto, as normas éticas previstas pela Declaração de Helsinki (1964) e Conselho Nacional de Saúde brasileiro em sua Resolução nº 510/2016 foram respeitadas. Esta revisão se baseou no protocolo PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>).

### 3 | RESULTADOS

De acordo com a estratégia adotada inicialmente 774 manuscritos foram selecionados. Artigos repetidos no decorrer da estratégia de busca foram computados apenas uma vez. Depois de analisar os títulos, resumos e manuscritos na íntegra, 39 artigos foram obtidos de acordo com os critérios de elegibilidade, sendo, portanto, excluídos 735 (Figura 1). Os trinta e nove estudos foram divididos em duas categorias predeterminadas, ex.: “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura” e “Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante”.

Author (year)	Periodic	Type of study	Sample	Main Findings
Duarte-Guerra LS et. al. (2016)	BMC Psychiatry	Transversal	374 participantes, 79,9% mulheres, metade era casada / convivendo (50,8%), um quarto era solteiro (25,4%), o restante era separado / divorciado (16,8%) ou viúvo (7,0%), a média de idade foi de 43,0 anos e a média de IMC foi de 47,0 kg / m <sup>2</sup> (dp 7,1, faixa 31,2-92,1).	A Escala de Avaliação de Depressão Montgomery-Åsberg (MADRS) como um instrumento confiável e válido para avaliar os sintomas depressivos entre pacientes a procura de tratamento bariátrico.
Falk V et. al. (2016)	Pode J Surg	Transversal	209 pacientes submetidos a LSG.	O índice de massa corporal médio foi de 49,2, sendo 81% mulheres e idade média de 43 anos. As comorbidades incluíram hipertensão (55,0%), apnéia obstrutiva do sono (46,4%), dislipidemia (42,1%), diabetes (37,3%), osteoartrite (36,4%) e doença cardiovascular com stents cardíacos prévios (5,3%). Além disso, 38,3% dos pacientes relataram diagnósticos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. A taxa global de complicações de 30 dias foi de 15,3%. A taxa para complicações menores foi de 13,4% e complicações maiores foi de 1,9% (2 vazamentos, 1 estenose e 1 fístula).
Schag K et. al. (2016)	Nutrients	Ensaio clínico	65 indivíduos (26 homens e 39 mulheres) com obesidade grave que receberam gastrectomia laparoscópica de manga (LSG) há 4 anos (48 ± 14 meses).	Os resultados sugerem que a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico é mediada por sintomas depressivos e que o comportamento alimentar patológico tem efeito direto sobre a perda de peso. Como esperado, a impulsividade e os sintomas depressivos não se correlacionaram com a perda de peso, mas ambos estão associados ao comportamento alimentar patológico - sintomas depressivos especialmente altamente correlacionados. Assim, a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico foi mediada por sintomas depressivos.

Alizai PH et. al. (2015)	Saúde Qual Resultados de Vida	Estudo de coorte prospectivo	159 pacientes; a mediana da idade dos participantes foi de 42 anos, a mediana do IMC foi de 49 kg /m <sup>2</sup> .	Em relação ao Questionário de Saúde do Paciente, evidenciou uma prevalência de 84% para distúrbios mentais, 50% dos participantes tiveram três ou mais transtornos, um alto fator sintomático somático (46%), síndromes depressivas (62%) e distúrbios de ansiedade (29%) foram as síndromes psiquiátricas mais frequentes.
Booth H et. al. (2015)	J afeta a desordem	Estudo de séries temporais interrompidas controladas	3045 participantes (média de idade 45,9, média de IMC de 44,0kg / m (2)) que receberam BS, incluindo bandas gástricas laparoscópicas em 1297 (43%), bypass gástrico em 1265 (42%), gastrectomia em 477 (16%) e seis indefinidos.	Antes da cirurgia, 36% dos participantes da cirurgia bariátrica e 21% dos controles tiveram depressão clínica. Entre-grupo odds ratios ajustados (AOR), 2,02, IC 95% 1,75-2,33, P <0,001. No segundo ano pós-operatório, 32% apresentaram depressão; AOR, em comparação com o tempo sem cirurgia, 0,83 (0,76-0,90, P <0,001). No sétimo ano, a prevalência de depressão aumentou para 37%; AOR 0,99 (0,76-1,29, P = 0,959). Pacientes submetidos a cirurgia bariátrica têm níveis mais elevados de depressão em comparação com outros obesos com índice de massa corporal semelhante e da mesma idade e sexo. Comorbidades frequentes, incluindo diabetes mellitus, podem estar associadas a esta maior frequência de depressão. Resultados do presente estudo indicam que a cirurgia bariátrica em pacientes obesos pode estar associada a uma redução modesta na prevalência de depressão e ao uso de medicamentos antidepressivos na atenção primária, mas esses efeitos não parecem persistir mais de três anos.
Dreber H et. al. (2015)	PLoS One	Estudo transversal	165 participantes (132 mulheres, 33 homens) com IMC ≥ 35 kg / m <sup>2</sup> ou ≥ 30 kg / m <sup>2</sup> com comorbidades, inscrevendo-se em um programa multidisciplinar de tratamento da obesidade.	Dezesseis por cento (n = 26) foram diagnosticados com transtorno depressivo e / ou ansiedade e 15% (n = 24) apresentaram pelo menos um transtorno neurológico, incluindo TDAH (13%), distúrbio de Asperger (3,6%), distúrbio autista 1,2%) e desordem de Tourette (0,6%). Os escores dos componentes mentais da qualidade de vida foram significativamente mais baixos do que os escores dos componentes físicos (P <0,001). Quarenta por cento (n = 60) dos participantes foram classificados como tendo sido expostos a pelo menos uma experiência adversa na infância; mais comum (n = 43, 26%) foi a ausência do pai. Uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo problemas de saúde mental bastante graves, foi prevalente em jovens adultos com obesidade grave em tratamento. Estes são susceptíveis de constituir um grande desafio de tratamento, incluindo opções relacionadas à cirurgia bariátrica.
Figura A et. al. (2015)	J Obes.	Série de Casos	64 pacientes com obesidade mórbida, com IMC pré-operatório de 51 ± 8 kg / m <sup>2</sup> , submetidos a gastrectomia laparoscópica de manga (LSG).	Com base na distribuição% EWL, os pacientes foram classificados em três grupos% EWL: baixa (14-39%), moderada (40-59%) e alta (60-115%). Pacientes LSG com alta% EWL relataram significativamente mais comportamento de "enfrentamento ativo" antes da cirurgia do que pacientes com moderada e baixa% EWL. O fardo psicológico pré-operatório dos pacientes e a motivação para perder peso não foram associados com o EWL%.
Delgado Floody Pedro et. al. (2015)	Nutr Hosp	Série de Casos	Quatro homens e dez mulheres entre 21 e 55 anos candidatos à cirurgia bariátrica, com morbidade (n = 5) ou obesidade e comorbidades (diabetes mellitus tipo II, hipertensão, dislipidemia, resistência à insulina) (n = 9).	(P = 0,000), FM (p = 0,001), glicemia basal (p = 0,02), WC (p = 0,000), a condição física aumentou significativamente (p = 0,004) = 0,000), nos níveis psicológicos de depressão diminuiu significativamente (p = 0,014), enquanto os níveis de ansiedade como um estado; Condição emocional transitória e ansiedade traço; Propensão ansiosa relativamente estável, não houve alterações significativas (p > 0,05). Quatro meses de tratamento melhoram as condições pré-operatórias de candidatos obesos à cirurgia bariátrica e reduzem o risco de morbidade e mortalidade.

Gade H et. al. (2015)	Obes surg	Ensaio controlado aleatório	Um total de 80 pacientes (55 mulheres) com idade média de 44 anos.	A hipótese não foi apoiada, pois ambos os grupos apresentaram melhorias comparáveis em todos os desfechos, exceto nos sintomas de ansiedade. O peso corporal diminuiu 30,2% (37,3 kg) no grupo CBT e 31,2% (40,0 kg) no grupo controle desde o início até o seguimento, $p = 0,82$ . Houve reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade e depressão no grupo CBT entre T0 e T1 e entre T1 e T2 apenas para depressão. No entanto, no grupo controle, o escore de ansiedade não se alterou significativamente. O grupo CBT mostrou um início mais cedo de melhorias em todos os comportamentos alimentares e sintomas afetivos do que o grupo controle.
Ivezaj V; Grilo CM (2015)	Obes Surg	Transversal	Participaram 107 pacientes com obesidade extrema, que foram submetidos a cirurgia de bypass gástrico e foram acompanhados aos 6 e 12 meses após a cirurgia. Dos 107 participantes, 94 eram mulheres e 13 homens, 73 eram brancos (18 identificados como negros, 15 como hispânicos e 1 como asiáticos) e 24 concluíram a faculdade. Pré cirurgicamente, a idade média dos participantes foi de 42,7 (DP = 10,5) anos ea média do IMC foi de 51,7 (DP = 7,8).	Quatorze (13,1%) participantes relataram aumentos discerníveis nos níveis de depressão após a cirurgia, 14 (13,1%) apresentaram diminuição discernível e 79 (73,8%) não relataram alterações discerníveis (sem alteração) nos escores da Escala de Depressão de Beck de 6 para 12 meses de pós-cirurgia.
Järholm K et. al. (2015)	Obesity (Silver Spring).	Estudo prospectivo	Oitenta e oito adolescentes (65% meninas) com idade entre 13 e 18 anos foram avaliados no início e 1 e 2 anos após a cirurgia .	Os sintomas de ansiedade ( $P = 0,001$ ), depressão ( $P = 0,001$ ), raiva ( $P = 0,001$ ) e comportamento disruptivo ( $P = 0,022$ ) foram significativamente reduzidos aos 2 anos após a cirurgia, assim como problemas relacionados à obesidade ( $P < 0,001$ ). As melhorias foram observadas principalmente durante o primeiro ano após a cirurgia . O segundo ano foi caracterizado pela estabilização. Sintomas de ansiedade, depressão, raiva, comportamento disruptivo e auto-conceito estavam em níveis normativos após a cirurgia. No entanto, 19% dos adolescentes apresentaram sintomas depressivos na faixa clínica.
Sheets CS et. al. (2015)	Obes surg	Revisão de literatura	53 artigos (12)	Os resultados destacam a necessidade de avaliação pós-operatória de transtornos desordenados e transtornos depressivos, pesquisa adicional sobre o valor preditivo de fatores psicossociais pós-operatórios e desenvolvimento de intervenções direcionadas.
White MA et. al. (2015)	Obes surg	Transversal	357 (50 do sexo masculino e 307 do sexo feminino) extremamente obesos pacientes que foram submetidos a cirurgia de bypass gástrico. A idade média foi de 43,7 anos (DP = 10,0), o índice de massa corporal (IMC) médio foi de 51,2 (DP = 8,3). Dos participantes, 81,8% ( $n = 292$ ) eram brancos, 9,0% ( $n = 32$ ) eram afro-americanos, 7,0% ( $n = 25$ ) eram hispânicos, 0,3% ( $N = 7$ ) eram de outra etnia ou desconhecidos	A frequência de sintomas depressivos elevados diminui substancialmente após a cirurgia de bypass gástrico, mas aumenta gradualmente ao longo de 24 meses. Os sintomas depressivos pós-operatórios estão significativamente associados a resultados de peso mais desfavorável aos 6 e 12 meses após a cirurgia, mas não prevêem resultados de peso a longo prazo aos 24 meses. Os sintomas depressivos pós-operatórios prevêem prospectivamente uma maior psicopatologia da perturbação alimentar e uma pior qualidade de vida durante 24 meses. Os sintomas depressivos elevados, facilmente avaliados pelo auto-relato, podem sinalizar uma necessidade de atenção clínica após a cirurgia.

Gade H et. al. (2014)	Obes Facts	Transversal	Participaram 102 pacientes (69 mulheres, 33 homens) com idade média de 42,6 (9,8) anos e média de IMC de 43,5 (4,4) kg/m <sup>2</sup> .	Os traços de personalidade neuroticismo e conscienciosidade foram mais fortemente correlacionados com alimentação disfuncional do que ansiedade e depressão. A alimentação emocional ocorreu com maior frequência em mulheres, uma descoberta que foi parcialmente mediada por neuroticismo, mas não por ansiedade e depressão.
Herget S et. al. (2014)	Obes Facts	Revisão de literatura	Doze artigos sobre estado depressivo pré e pós-operatório, ansiedade e distúrbio alimentar em adolescentes. Base de dados foi: PubMed, PsychINFO, e Medline.	Pós-operatório, os níveis de sintomas de transtorno depressivo melhoraram significativamente.
Mitchell JE et. al. (2014)	Obesity (Silver Spring)	coorte observacional	2146 participantes.	Cirurgia bariátrica tem um impacto positivo sobre características depressivas. No entanto, os dados sugerem alguma deterioração na melhora após o primeiro ano pós-operatório.
Sousa P et. al. (2014)	Acta Med Porto	Estudo transversal	52 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica avaliados pós-operatório, com tempo de seguimento variando de 22 a 132 meses	A sintomatologia depressiva esteve positivamente associada à preocupação com a imagem corporal, à escala global do OQ45, à percentagem de IMCG e a episódios de IAC. Verificou-se também uma associação negativa entre a sintomatologia depressiva e a percentagem EIMCP. Nesse sentido, maior sintomatologia depressiva após a cirurgia está associada a uma maior insatisfação com a imagem corporal, a mais sintomas de comprometimento psicológico, dificuldades interpessoais e no desempenho social, a uma maior percentagem de IMCG e à presença de episódios de IAC. Adicionalmente, maior sintomatologia depressiva parece estar associada a uma menor percentagem EIMCP após a cirurgia.
Tae B et. al. (2014)	Rev Col Bras Cir.	Estudo prospectivo longitudinal	32 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica	Observou-se redução nos sintomas depressivos e ansiosos e no comportamento bulímico, bem como melhora da qualidade de vida física, psicológica e ambiental. Houve também uma redução no uso de antidepressivos e supressores de apetite, mas a cirurgia não foi um fator de cessação do tabagismo e/ou alcoolismo.
Abilés V et. al. (2013)	Nutr Hosp.	transversal	110 pacientes com obesidade mórbida [77 mulheres; Idade 41 ± 9 anos; Índice de massa corporal 49,1 ± 9,0 kg / m <sup>2</sup> ] ingressaram em um programa de TCC de três meses (12 sessões de duas horas) antes da BS.	A terapia cognitivo-comportamental é eficaz para tratar a comorbidade psicológica em candidatos a cirurgia bariátrica, independentemente da presença de transtorno de compulsão alimentar e grau de obesidade.
Abilés V et. al. (2013)	Nutr Hosp	Estudo observacional prospectivo	35 pacientes entre 18 e 59 anos. Dos 35 pacientes com CB, 30 responderam a avaliações pós-operatórias, 16 foram submetidos a TCC antes de CB e 14 foram submetidos à cirurgia sem terapia psico-nutricional (76% mulheres) com idade média de 41 ± 9,5 anos. O IMC inicial médio foi de 42 ± 10 e 45% dos pacientes foram classificados como super obesos (IMC: 56 ± 6).	Os pacientes que obtiveram resultados bem sucedidos na evolução da perda de peso aos dois anos de cirurgia bariátrica são principalmente que receberam terapia cognitivo-comportamental (94%), apresentando menor comorbidade psicológica.

Faulconbridge LF et. al. (2013)	Surg Obes Relat Dis.	Transversal	Sintomas de depressão e qualidade de vida foram avaliados no início e 2, 6 e 12 meses em participantes submetidos a cirurgia bariátrica, mas sem intervir no estilo de vida (n = 36) e em participantes não cirúrgicos que receberam um programa abrangente de modificação do estilo de vida (n = 49).	No resultado primário, foram avaliadas as alterações nos sintomas depressivos durante 12 meses e as melhorias significativas de humor, constatando-se que existe uma correlação positiva entre a perda de peso provocada pela cirurgia e a redução dos sintomas depressivos. Portanto, quanto maior a perda de peso, maior a redução dos sintomas depressivos. No entanto, em curto prazo, (6 meses), na análise secundária, a intervenção comportamental se mostrou mais produtiva que a cirurgia bariátrica.
Järholm K et. al. (2012)	Obesity (Silver Spring).	Transversal	37 adolescentes (idade média 16,6 ± 1,3)	Os sintomas de internalização (ansiedade e depressão) e externalização (raiva e comportamento disruptivo) foram mais elevados no início do que as normas específicas do sexo. Um quinto tinha um autoconceito muito baixo. Quatro meses após a cirurgia, os adolescentes mostraram menos sintomas de ansiedade e depressão e melhoraram significativamente o autoconceito a partir da linha de base. A raiva e, o comportamento disruptivo não mostraram mudanças significativas. Realizou-se uma análise de alterações clinicamente significativas e, além do resultado positivo geral, 16% (n = 6) dos adolescentes apresentaram deterioração em dois ou mais inventários em BYI logo após a cirurgia. Este grupo com deficiência não apresentou características específicas na inclusão. Os resultados indicam a importância do monitoramento psicológico imediatamente após a cirurgia bariátrica e a necessidade de apoio psicossocial adicional para os subgrupos vulneráveis de adolescentes.
Jones-Corneille LR et. al. (2012)	Obes Surg	Transversal	195 pacientes de cirurgia bariátrica completaram o Inventário de Peso e Estilo de Vida e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e posteriormente foram administrados o Exame de Transtornos Alimentares. Destes 195, 44 que foram diagnosticados com BED, e 61 que estavam livres de patologia alimentar, completou um telefone-administrado SCID.	Significativamente mais BED do que os participantes do non-BED tiveram um disorder atual do modo (27.3% contra 4.9%, p = 0.002), assim como um history da vida desta circunstância (52.3% contra 23.0%, p = 0.003). Mais BED do que não-BED participantes também tinham um transtorno de ansiedade atual (27,3% vs. 8,2%, p = 0,014) e transtorno de ansiedade ao longo da vida (36,4% vs 16,4%, p = 0,019). O BED também foi associado a maiores sintomas de depressão, medidos pelo BDI-II, bem como com menor auto-estima. BED e não-BED grupos, no entanto, não diferiram em seus desejados perda de peso metas após a cirurgia. Os achados indicam que a presença de BED, em pacientes que procuram cirurgia bariátrica, está associada a um aumento da prevalência da psicopatologia do Eixo I, além da taxa já elevada observada com obesidade grave (classe III).
Mitchell JE et. al. (2012)	Surg Obes Relat Dis	Transversal	199 pacientes, sexo feminino (82,9%, e branca (não branca 7,6%, hispânica 5,0%). A mediana da idade foi de 46,0 anos, o índice de massa corporal médio foi de 44,9 kg/m <sup>2</sup> .	33,7% apresentaram no mínimo um transtorno atual do Eixo I e 68,8% pelo menos um transtorno do Eixo I de vida. Destaca-se que 38,7% tiveram uma história de transtorno depressivo maior e 33,2% diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ao longo da vida, muito acima das taxas de prevalência baseadas na população obtidas para esta faixa etária no <i>National Comorbidity Survey - Replication Study</i> .

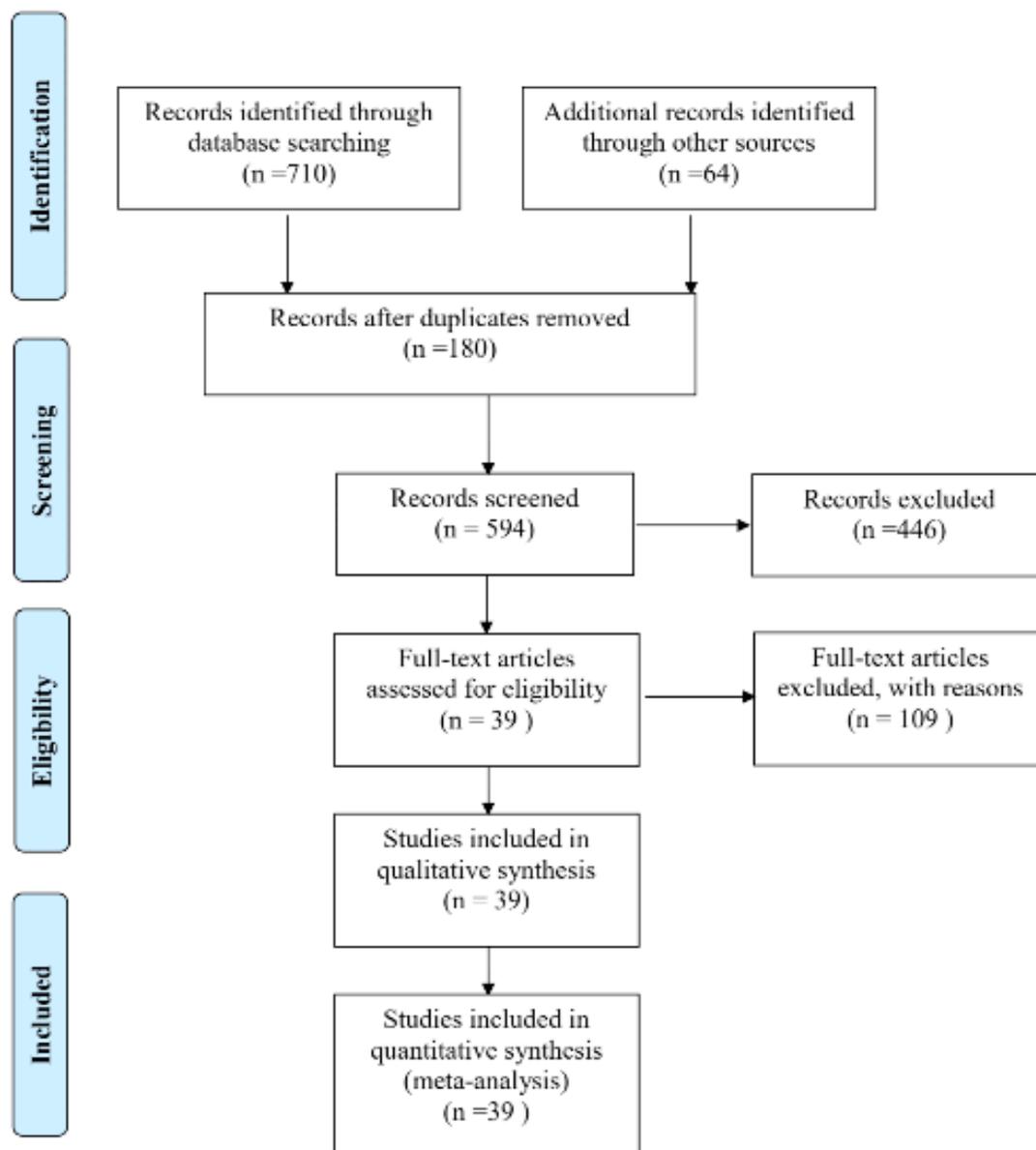
Sysko R et. al. (2012)	J Clin Psiquiatria	Ensaio clínico	101 adolescentes severamente obesos que receberam LAGB. A amostra incluiu 28 homens (27,7%) e 73 mulheres (72,3%) com idade média de $15,8 \pm 1,1$ anos. Os adolescentes eram de origem étnica e racial diversa, com 34,7% classificados como caucasianos (n = 35), 39,6% classificados como hispânicos / latinos (n = 40), 20,8% classificados como afro-americanos (n = 214) e 5,0% classificado como de outra raça (n = 58). Média da renda familiar média por CEP foi de $\$ 47.608 \pm \$ 23.592$ (intervalo $\$ 14.896$ a $\$ 140.222$ ).	As alterações de curto prazo nos sintomas psiquiátricos e peso foram analisadas utilizando a modelização da curva de crescimento latente. Alterações significativas no BDI total ( $\beta$ slope = -0.885, SE = 0.279, P <0.01; $\beta$ quadratic = 0.054, SE = 0.021, P <.001) e PedsQL ( $\beta$ slope = -0.885, SE = 0.279, P < (BDI: covariância [COV] = 0,21, SE = 0,06, P <0,001; PedsQL: COV = -0,41; SE = 0,10; P <0,01). Duas variáveis (conflito familiar / perda de controle alimentar) foram preditores significativos de alteração de peso ao longo do ano após a cirurgia (p <0,05). Adolescentes experimentaram melhorias notáveis nos sintomas depressivos iniciais e na qualidade de vida após o LAGB, e medidas de compulsão alimentar pré-operatória e conflito familiar afetaram o índice de massa corporal pós-cirúrgica entre os jovens.
Rojas C et. al. (2011)	Rev Med Chil	Estudo descritivo, não experimental	15 homens e 5 mulheres, de 28 a 61 anos, com índice de massa corporal médio de $42,6 \pm 5$ kg/m <sup>2</sup> .	Após a cirurgia, as pontuações de auto-estima, bem-estar, flexibilidade, atração, auto-aceitação, confiança e culpa melhoraram significativamente. A avaliação da ansiedade e dos sintomas depressivos da Anxiety Sate-Trait Inventory (STAI) e Personal Self Evaluation Questionnaire (OQ-45.2) estava no intervalo normal antes e após a cirurgia. No entanto, após a cirurgia, houve uma diminuição significativa nessas sub-escalas no OQ-45.2. Não houve alterações significativas na ansiedade medida usando o STAI, após a cirurgia. Concluindo que, seis meses após a cirurgia bariátrica, mudanças positivas foram encontradas em autoconceito e bem-estar geral.
Rutledge T, Adler S, Friedman R (2011)	Obes Surg	Transversal	95 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica dos quais 25 tiveram aprovação para fazê-la.	Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente p = 0,04).
Rutledge T, Adler S, Friedman R (2011)	Obes Surg	Transversal	95 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica dos quais 25 tiveram aprovação para fazê-la.	Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente p = 0,04).
Zeller MH et. al. (2011)	Surg Obes Relat Dis	Série de Casos	16 adolescentes (idade média de 16,2 anos); 62,5% do sexo feminino, o IMC médio de 59,9 kg/m <sup>2</sup>	Houve redução significativa do peso e dos sintomas depressivos, bem como melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde e autoconceito foram identificados durante o primeiro ano pós-operatório, seguidas de desacelerações no segundo ano, incluindo a recuperação do peso (p <.0001) e leves aumentos nos sintomas depressivos (p = 0,004) e diminuição na qualidade de vida relacionada à saúde S (Social, p = 0,002; Estimulação do corpo, p = .0007; Conforto físico, p <.0001 e Total, p <.0001) e Autoconceito (Social, p = .02; Aparência, p = .002 e Close Friendship, p = .008).
Andersen JR et. al. (2010)	Health Qual Life Outcomes	Caso-Controle	Antes da cirurgia (n = 50), e um (n = 47) e dois (n = 44) anos depois.	A carga sintomática de ansiedade e depressão foi alta antes da cirurgia, mas foi normalizada um e dois anos depois (P <0,001). O grau de melhora na saúde física auto-referida foi associado a reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade (P = 0,003) e depressão (P = 0,004). A novidade deste estudo é a grande e sustentada redução nos sintomas de ansiedade e depressão após o procedimento de troca duodenal, e que estas mudanças foram estreitamente associadas com melhorias na saúde física auto-referida.

White MA et. al. (2010)	J Clin Psychiatry	Ensaio Clínico	Trezentos e sessenta e um pacientes com cirurgia de bypass gástrico	Antes da cirurgia, 61% dos pacientes relataram LOC geral; Pós-cirurgia, 31% relataram LCO no seguimento de 6 meses, 36% relataram LOC no seguimento de 12 meses e 39% relataram LCO ao seguimento de 24 meses. O LOC pré-operatório não previu os resultados pós-operatórios. Em contraste, as análises de modelos mistos revelaram que a LOC pós-cirúrgica era preditora dos resultados de perda de peso: os pacientes com pós-cirurgia perderam significativamente menos peso aos 12 meses (34,6% vs 37,2% de perda de IMC) e 24 meses (35,8% vs 39,1% ). Pós-cirurgia LOC também previu significativamente psicopatologia, depressão e qualidade de vida em seguimento de 12 e 24 meses.
Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL (2008)	Obesity (Silver Spring).	Transversal	Noventa e quatro adultos obesos (25 homens e 69 mulheres)	Estigmatização baseada no peso foi uma experiência comum entre os participantes. A frequência de experiências estigmatizantes foi negativamente associada à autoestima e positivamente associada com depressão, ansiedade, distúrbios da imagem corporal e alimentação emocional. Experiências recentes de estigmatização foram associadas a um diagnóstico de transtorno alimentar compulsivo. Parece que as barreiras ambientais (por exemplo, cadeiras muito pequenas, que não conseguem encontrar equipamentos médicos em tamanho apropriado) e ataques interpessoais são as experiências estigmatizantes mais comuns.
Greenberg I et. al. (2005)	Obes Res	Revisão de literatura	198 resumos; 17 artigos foram revistos em detalhe. Os períodos de busca foram de 1980 a 2004.	Encontramos uma alta incidência de depressão, imagem corporal negativa, distúrbios alimentares e baixos QV em pacientes com obesidade grave. Nosso subgrupo de trabalho recomendou que todos os candidatos ao WLS fossem avaliados por um profissional de saúde mental licenciado experiente no tratamento de pacientes com obesidade grave e trabalhando no contexto de uma equipe de cuidados multidisciplinares. Também recomendamos o desenvolvimento de planos de tratamento pré e pós-cirúrgico que abordem as contraindicações psicossociais para WLS e potenciais barreiras ao sucesso pós-operatório.
Herpertz S et. al. (2004)	Obes Res	Revisão de literatura	Avaliou-se estudos controlados e não controlados entre 1980 e 2002. Foram identificados 29 artigos que se concentraram nos preditores psicossociais de perda de peso e saúde mental após a cirurgia de obesidade.	Traços de personalidade não têm valor preditivo para o curso pós-operatório de peso ou estado mental. Além de transtornos psiquiátricos graves, incluindo transtornos de personalidade, a comorbidade psiquiátrica parece ter um valor mais preditivo para o bem-estar físico e mental como dois aspectos essenciais da qualidade de vida do que para a pós-cirurgia de perda de peso. No entanto, os sintomas depressivos e ansiedade como correlatos de estresse psicológico em relação à obesidade parecem ser preditores positivos de perda de peso pós-cirurgia. A gravidade dos sintomas é mais relevante para o resultado da cirurgia de obesidade do que a especificidade dos sintomas. Também não é apenas o consumo de alimentos distintos “proibidos”, como doces ou refrigerantes, mas sim um comportamento alimentar hipercalórico geral, seja como uma expressão do cumprimento inadequado do paciente ou uma desregulação no balanço energético, que está associada a uma pobre perda de peso pós-cirurgia.

Dixon JB; Dixon ME; O'Brien PE (2001)	Obes Res	Transversal		Todos os escores médios pré-operatórios (n = 459) foram inferiores aos valores da NC, com maior comprometimento no PCS (36,8 +/- 9,5 versus CN: 51,3 +/- 8,3, p <0,001) do que no MCS (45,7 +/- 8,2 vs. CN: 48,8 +/- 9,5, p <0,001). Após 1 ano, os escores foram mais próximos dos escores do CN (PCS: 52,4 +/- 8,2 e MCS: 48,4 +/- 7,7), e estes permaneceram mais próximos por 4 anos. A comorbidade pré-operatória de obesidade, especialmente a incapacidade física, foi o melhor preditor de escores pré-operatórios SF-36 e de melhora nos escores a 1 ano. A percentagem de perda de peso em excesso a 1 ano (46 +/- 16%) foi de pouco valor preditivo de QV melhorada.
Legenbauer T et. al. (2009)	Obes Facts	Estudo prospectivo, longitudinal.	Três amostras diferentes de indivíduos obesos - participantes num sistema convencional de perda peso programa de tratamento convencional (n = 250), pacientes de cirurgia obesidade (n = 153), e controle de indivíduos obesos (n = 128).	Sublinha a importância de abordar transtornos depressivos e de ansiedade atuais em pacientes obesos, especialmente quando esses pacientes estão passando por cirurgia bariátrica. Este estudo mostrou que pacientes com um transtorno depressivo e / ou ansioso perdeu significativamente menos peso comparado com aqueles sem um diagnóstico de comorbidade mental.
Petribu K et. al. (2006)	Arq Bras Endocrinol Metabol.	transversal	Foram entrevistados 67 dos 400 pacientes inscritos no programa (16,8%). O IMC variou de 36,1 a 81,8 kg/m <sup>2</sup> (média de 48,5 +/- 8,8).	Todos têm doenças associadas, sendo as mais frequentes hipertensão arterial sistêmica, distúrbios do sono e osteopatias. Os distúrbios psiquiátricos mais frequentes foram: 47,8% de transtorno de ansiedade generalizada, 29,9% de transtorno depressivo maior, episódio único, 34,3% de transtorno depressivo maior recorrente. Neste grupo, 56,7% apresentaram BED (25,4% moderada e 31,3% grave) e os piores em todos os domínios de qualidade de vida (escala SF-36).
Wadden TA et. al. (2006)	Obesity (Silver Spring)	Transversal	Mulheres com diagnóstico de obesidade	As mulheres com obesidade classe III, em comparação com a classe I-II, relataram significativamente mais sintomas depressivos. 25% das mulheres no grupo anterior pareciam ter uma desordem significativa do modo em que se beneficiariam do tratamento. Em comparação com as mulheres com obesidade classe I-II, significativamente mais mulheres com obesidade classe III também relataram um histórico de complicações psiquiátricas, que incluiu abuso físico e sexual e maior estresse relacionado à sua saúde física e financeira / jurídica. Ambos os grupos de mulheres tinham expectativas de perda de peso irrealistas. Aqueles que procuraram cirurgia esperavam perder 47,6 +/- 9,3% do peso inicial, em comparação com 24,8 +/- 8,7% para aqueles que se inscreveram no controle de peso comportamental.
Kodama K et. al. (1998)	Psychiatry Clin Neurosci.	Série de casos	Três pacientes obesos	Quando algumas características psiquiátricas são confirmadas em pacientes obesos, a cirurgia de obesidade deve ser realizada de forma mais prudente porque os pacientes podem manifestar depressão no pós-operatório. A avaliação psiquiátrica pré-operatória é essencial para uma decisão sobre indicação de cirurgia de obesidade.



## PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

## 4 | DISCUSSÃO

### **Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: as principais ponderações da literatura.**

A obesidade é uma das enfermidades não transmissíveis mais graves e prevalentes da atualidade e está associada com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, levando a um maior estado de morbimortalidade. Tomando como exemplo o Chile, a obesidade aumentou em 100% de 2003 a 2010 na população chilena, (DELGADO

FLOODY et al, 2015), tornando a cirurgia bariátrica necessária em muitos casos.

A estigmatização baseada no peso é uma experiência comum entre indivíduos obesos que procuram cirurgia bariátrica e essas experiências estão associadas a consequências deletérias (GREENBERG et al, 2005). As barreiras ambientais (por exemplo, cadeiras muito pequenas, que impossibilitam encontrar equipamentos médicos em tamanho apropriado) e ataques interpessoais são as experiências estigmatizantes mais comuns (FRIEDMAN, ASHORE, APPLGATE, 2008).

Vários estudos longitudinais têm explorado o relacionamento entre a cirurgia bariátrica e depressão, a identificação de reduções significativas na depressão (BURGMER et al, 2007) e sintomas depressivos (DIXON et al, 2003; MITCHELL et al, 2014) após a cirurgia. Um estudo encontrou uma diminuição na depressão de 32,7% no pós-operatório, de 16,5% em 6-12 meses, e de 14,3% em 2-3 anos após a cirurgia (ZWAAN et al, 2011). Contudo, outros estudos sugerem que as melhorias após a cirurgia não conseguem se manter após o primeiro ano pós-operatório (MITCHELL et al., 2014) e sintomas depressivos podem surgir em alguns pacientes (IVEZAJ, GRILO, 2015). Entretanto, para Booth et. al., (2015), evidências que comprovem um efeito de cirurgia bariátrica sobre a depressão são limitadas por que os efeitos dos cuidados pós-operatórios, incluindo tratamento medicamentoso, não parecem persistir por mais de três anos.

Estudo realizado em 2016 (FALK, 2016) aponta que, na análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, 38% tinham algum grau de depressão ou outros transtornos psiquiátricos. Em Alizai et. al. (2015), 84% dos pacientes que procuram a cirurgia bariátrica apresentaram pelo menos uma desordem de saúde mental, 50% dos participantes tiveram três ou mais transtornos mentais, um alto fator sintomático somático (46%), síndromes depressivas (62%) e distúrbios de ansiedade (29%) foram as síndromes psiquiátricas mais frequentes. O número médio de síndromes psiquiátricas foi de três para mulheres e um para homens ( $p = 0,007$ ). A história pré-cirúrgica de transtorno depressivo maior foi encontrada em 47,8% dos 67 pacientes do estudo de Alosco et. al. (2015).

Gade, et. al., (2014), em ensaio controlado e randomizado, afirma que pacientes com obesidade mórbida sofrem com sintomas de ansiedade e depressão. Os transtornos de humor prevalecem com percentis de 16% e 24%. Os pacientes elegíveis para cirurgia bariátrica possuem o que, na Teoria Cognitiva Comportamental, chama-se de alimentação disfuncional. Os sintomas afetivos citados acima, se tratados, podem melhorar o controle de comer, o alívio da depressão e ajudar na experiência de auto eficácia, facilitando o tratamento de tais distúrbios. Em pós intervenção foi possível tratar comportamentos alimentares e induzir uma forte redução de alimentação disfuncional em pacientes com obesidade grave com cirurgia bariátrica agendada. Após a redução desses comportamentos alimentares disfuncionais, comprovou-se alívio moderado de sintomas de depressão e ansiedade, além de redução de peso corporal.

Em Mitchell et. al. (2012), dos 199 pacientes avaliados, 33,7% apresentaram

pelo menos um transtorno atual do Eixo I - transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado - e 68,8% pelo menos um transtorno do Eixo I ao longo da vida. Destaca-se que 38,7% tiveram uma história de transtorno depressivo maior e 33,2% tiveram um diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ao longo da vida. Nesse contexto, a literatura pontua que são necessários acompanhamentos psicológicos para os pacientes candidatos a esta modalidade cirúrgica (WADDEN et al, 2006; GREENBERG et al, 2005).

Em estudo (GADE et al, 2014), explicou a depressão associada a comportamentos alimentares, ligadas firmemente a traços da personalidade como neuroticismo (comportamentos ansiosos) e conscienciosidade (Mente focada, organização e controle sistemático das coisas), ocorrendo principalmente em mulheres. Pacientes sujeitos a cirurgia Bariátrica, que possuíam características de conscienciosidade possuíam maior habilidade para resistir ao ganho de peso, assumindo controle sobre o comer.

Além disso, o debilitado estado de saúde mental destes pacientes constitui um desafio no que tange às escolhas de opções de tratamento, incluindo cirurgia bariátrica. São necessários mais estudos sobre a forma como esses problemas de saúde mental prevalentes e muitas vezes graves impactam os resultados do tratamento comportamental e bariátrico em adultos jovens com obesidade grave (DREBER et al, 2015).

### **Cirurgia Bariátrica e Transtornos Mentais: Depressão como fator preocupante**

Estudo de coorte (DIXON et al, 2001) com 459 pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica, sendo 71 homens e 398 mulheres, afirma que uma das comorbidades mais comuns à obesidade seria a depressão, esta afeta a vida do paciente de forma multifatorial, tornando o incômodo pelo peso apenas um fator, sendo possível que, após a cirurgia, o fator psicológico ainda será prevalente. Assim, é importante preocupar-se não somente com os aspectos cirúrgicos, mas também com um acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico para pacientes que possuem tais sinalizadores.

Em Ivezaj e Grilo (2015), quatorze (13,1%) participantes relataram aumentos discerníveis nos níveis de depressão após a cirurgia, 14 (13,1%) apresentaram diminuição discernível e 79 (73,8%) não relataram alterações discerníveis (sem alteração) nos escores da Escala de Depressão de Beck de 6 para 12 meses de pós-operatório.

Wadden et. Al. (2006) destacou em seu estudo que grupos femininos que possuíam obesidade extrema relataram bem mais sintomas depressivos do que grupos que possuíam sintomas depressivos de graus I ou II. Além disso, quase metade das pacientes com obesidade extrema possuíam sintomas depressivos. Ele relata, ainda, que pacientes com obesidade extrema devem recorrer à Terapia Comportamental e à Farmacologia para auxiliar na sua melhora psicossocial. Outrossim, diz que são necessários estudos de longo prazo para estabelecer uma relação entre psicopatologias no pré-operatório e sua

relação com a o pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Segundo Sysko et. al. (2012), o primeiro estudo prospectivo longitudinal de adolescentes encontrou melhorias significativas no IMC, em sintomas depressivos e em saúde relacionados com qualidade de vida após a cirurgia, mas não examinou a interação entre fatores psicossociais pré-operatórios e posterior mudança de peso. Porém, ao contrário do que esse estudo esperava, os resultados não divergiram consideravelmente do estudo anterior, tendo conclusões semelhantes.

Em sua pesquisa, Jones-Corneille et. al. (2012), relata que a patologia psiquiátrica mais prevalente entre 195 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica era o transtorno depressivo maior, diagnosticado em 27% dos pacientes com transtorno de compulsão alimentar. Estes mesmos pacientes também foram significativamente mais propensos a ter uma vida história de transtornos de humor e ansiedade do que indivíduos sem compulsão. A depressão maior foi novamente o transtorno de humor mais comum, enquanto que os transtornos de ansiedade mais frequentes foram transtorno do pânico (sem agorafobia), transtorno de estresse pós-traumático, fobia social e fobia específica.

Estudo realizado em 2015, com 65 indivíduos de ambos os sexos, demonstrou que a relação entre impulsividade e comportamento alimentar patológico é mediada por sintomas depressivos e que o comportamento alimentar patológico tem efeito direto sobre a perda de peso (SCHAG, 2016). Petribu et. al. (2006) relatou que 67 dos 400 pacientes inscritos no programa de cirurgia da obesidade do Hospital Universitário Oswaldo Cruz apresentaram transtorno de ansiedade generalizada (47,8%), transtorno depressivo maior (29,9%) e transtorno depressivo maior recorrente (34,3%). Wadden et. al. (2006) mostrou que as mulheres com obesidade classe III, em comparação com a classe I-II, apresentaram mais sintomas de depressão. Uma revisão de literatura, realizada por Greenberg et. al. (2005), encontrou uma alta incidência de depressão, imagem corporal negativa, distúrbios alimentares e baixa qualidade de vida em pacientes com obesidade grave. Estudo transversal (DREBER et. al. 2015) constatou, em jovens que buscavam tratamento para obesidade, indícios de má saúde mental consistentes, em que o índice de depressão obtido no estudo chegou a 27%. Além disso, a depressão, neste estudo, esteve relacionada com baixa auto-estima e baixa aptidão cardiorrespiratória.

Em estudos propostos por Faulconbridge et. al. (2013), nos quais se analisava participantes que estariam submetidos à cirurgia e outros que utilizavam apenas a intervenção comportamental, com dieta ajustada e exercícios físicos. Nessa distribuição, a compulsão alimentar, ansiedade e depressão eram fatores que acompanhavam a obesidade dessas pessoas. Ao fim da intervenção, analisou-se que os participantes nos quais a intervenção cirúrgica foi utilizada obtiveram melhora do humor e da qualidade de vida. No resultado primário, foram avaliadas as alterações nos sintomas depressivos durante 12 meses e as melhorias significativas de humor, constatando-se que existe uma correlação positiva entre a perda de peso provocada pela cirurgia e a redução dos

sintomas depressivos. Portanto, quanto maior a perda de peso, maior a redução dos sintomas depressivos. No entanto, em curto prazo, (6 meses), na análise secundária, a intervenção comportamental se mostrou mais produtiva que a cirurgia bariátrica.

Em outra pesquisa feita com divisão de pacientes em grupos, quando avaliados 1 ano após a cirurgia, os pacientes que eram graves comedores compulsivos no início do estudo, teve a maior melhoria nos *escores* de depressão e de compulsão alimentar, quando comparado com os outros grupos. O impacto da depressão sobre o resultado pós-cirúrgico também foi avaliado. Cem pacientes foram submetidos a uma extensa avaliação psiquiátrica pré-operatória. Dezesete pacientes necessitaram de reinternação psiquiátrica pós-cirúrgica principalmente em virtude de depressão grave com ideação suicida, levando a uma recomendação de que os pacientes devem passar por uma triagem psiquiátrica antes da intervenção cirúrgica. (MALONE; ALGER-MAYER, 2004).

Para Herpertz et. al. (2004), os sintomas depressivos e de ansiedade como correlatos de estresse psicológico no que diz respeito à obesidade parecem ser preditores positivos de perda de peso após a cirurgia. A gravidade dos sintomas ou o distúrbio é mais relevante para o resultado da cirurgia de obesidade do que a especificidade dos sintomas.

Uma relação entre perda de controle alimentar como resultados pós-cirúrgico e depressão foi relatado em estudo realizado por White et. al. (2010), juntamente com aumento de transtornos alimentares e diminuição da qualidade de vida.

Entretanto, alguns vieses necessitam ser apontados. Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam maior prevalência de problemas psíquicos em relação aos orgânicos. Sintomas psíquicos surgem na fase pré-operatória: (transtornos de ansiedade, humor e o alimentares) e pós-operatória (sensação de vazio, perda do interesse pelo trabalho e angústia) e culminam com os transtornos depressivos e os traços impulsivos que induzem à ingestão do alimento (DELLOSSO et al, 2013). No estudo de Waden (2006), uma parte significativa da amostra tinha outros fatores para desenvolvimento de depressão, tais como: abuso sexual ou físico, estresse atribuído a complicações financeiras e legais. Em Oliveira e Yoshida (2009) 25% dos participantes no pré-operatório apresentaram nível moderado de sintomas depressivos, sugerindo que a população atendida merece atenção e que a população de obesos de grau III é heterogênea quanto à depressão. Os níveis de depressão eram maiores no pré-operatório diminuindo no pós-operatório a partir do primeiro mês e permanecendo em queda após o sexto mês (PORCU, 2011).

A literatura pontua que a cirurgia bariátrica pode ser importante fator de proteção para depressão. Em Järholm et. al. (2015), os sintomas de ansiedade ( $p = 0,001$ ), depressão ( $p = 0,001$ ), raiva ( $p = 0,001$ ) e comportamento disruptivo ( $p = 0,022$ ) foram significativamente reduzidos dois anos após a cirurgia, assim como problemas relacionados à obesidade ( $p < 0,001$ ). Em estudo anterior, Järholm et. al. (2012) relatou que, quatro meses após a cirurgia, os adolescentes mostraram menos sintomas de ansiedade e depressão. A literatura mostra estudo longitudinal com 31 pacientes de cirurgia bariátrica adolescentes

que obtiveram melhora significativa em transtornos de ansiedade e depressão 12 meses após o procedimento, com perda de IMC com uma média de 38%. (ZELLER et al, 2009). Neste contexto, avaliando-se a relação entre a cirurgia bariátrica e suas consequências, pode-se perceber que a redução tanto dos índices de ansiedade como dos índices de depressão acompanham a perda de peso após o procedimento cirúrgico (ALMEIDA, 2012).

Outro estudo que comprova a melhora da depressão através da cirurgia bariátrica foi feito por Delgado Floody et. al. (2015), em que, após o procedimento, foi constatada uma diminuição nos índices de depressão ( $p=0,014$ ), além de aumento na autoestima e na qualidade de vida dos pacientes, possibilitando a manutenção da vontade de continuar perdendo peso. Ratcliff et. al. (2011) examinou se os sintomas depressivos em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica mudam durante o pré-operatório em comparação com pacientes obesos que não procuram a cirurgia. Foi demonstrada pequena mudança nos sintomas depressivos dos pacientes, mas com uma tendência para uma redução dos sintomas da avaliação psicossocial pré-operatório para imediatamente antes da cirurgia.

Gade et. al. (2015), em ensaio randomizado, comprovou que há uma melhora significativa da saúde mental dos pacientes de cirurgia bariátrica se houver um acompanhamento com Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) por até um ano após a cirurgia. Não há tanta diferença em termos de resultados em um espaço de tempo de um ano em relação a indivíduos que não fazem a terapia, mas há uma velocidade maior de melhora e o autor acredita que, a longo prazo, há uma diferença entre os grupos que fazem a TCC e os que não fazem.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, houve diminuição dos sintomas psiquiátricos após a cirurgia bariátrica e, conseqüentemente a redução do uso dessas substâncias. Além disso, houve melhora na qualidade de vida após o tratamento cirúrgico da obesidade. (TAE B et al, 2014). Uma revisão de literatura, realizada em 2014 (HERGET et al, 2014), sobre o estado psicossocial e a saúde mental em pacientes adolescentes com cirurgia bariátrica, mostrou que no pós-operatório, os níveis de sintomas de transtorno depressivo melhoraram significativamente.

Rojas et. al. (2011) evidenciou que após a cirurgia, a autoestima, o bem-estar, a auto-aceitação, a confiança e a culpa melhoraram significativamente. O estudo de Andersen et. al. (2010), revelou que a carga sintomática de ansiedade e depressão era alta antes da cirurgia, mas foi normalizada um e dois anos depois ( $p < 0,001$ ). O grau de melhora na saúde física referida foi associado às reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade ( $P = 0,003$ ) e depressão ( $P = 0,004$ ). A avaliação da ansiedade e dos sintomas depressivos no questionário *Anxiety State-Trait Inventory (STAI)* e *Personal Self Evaluation Questionnaire (OQ-45.2)* estava no intervalo normal antes e após a cirurgia. Estudo prospectivo longitudinal (TAE B et al, 2014), que teve como amostra 32 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, observou uma redução nos sintomas depressivos e

ansiosos, do comportamento bulímico, bem como melhora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental que foram avaliados.

Em contrapartida, em estudo feito com aplicação de questionários bem consistentes em 64 pacientes para avaliar o estado psicológico, incluindo tendência à depressão, antes da cirurgia bariátrica e 20 meses após ela, não constatou uma relação entre a perda de peso após o procedimento e o estado psicológico, contrariando os achados de estudos anteriores (FIGURA et al, 2015).

Booth et. al, (2015), em estudo, concluiu que pacientes obesos que recorrem à cirurgia bariátrica têm nível maior de sintomas depressivos do que outros indivíduos obesos que não requerem o procedimento. Este mesmo estudo mostra que há uma redução modesta do índice de depressão após a cirurgia bariátrica associada com uso de antidepressivos nos cuidados primários, mas que esse índice não pode continuar a diminuir por mais de 3 anos. Apesar das limitações do estudo, há uma disparidade em relação aos números que constam em pesquisas anteriores, que apresentavam maior relação entre diminuição de sintomas depressivos e cirurgia bariátrica.

Segundo Sousa et al (2014), apesar da perda de peso após a Cirurgia Bariátrica, as variáveis associadas à depressão e sua sintomatologia são semelhantes às apresentadas em população obesa sem intervenção cirúrgica. A relação entre obesidade e depressão é desenrolada por fatores como compulsão alimentar, insatisfação da imagem corporal, ganho de peso e alto comprometimento psicológico em pessoas, afetando-as de maneira interpessoal, o que se pode relacionar também à depressão. Não se sabe se a semelhança entre os sintomas é relacional causa-efeito, já que durante os primeiros meses pós cirurgia se perde peso, mas, após algum tempo, pode-se ganhar também, pois mesmo a causa física sendo resolvida, a compulsão ainda é evidente nesses casos.

Contudo, esses dados não são plenos na literatura, havendo discordância entre os achados. Os sintomas depressivos pós-operatórios preveem prospectivamente uma maior psicopatologia da perturbação alimentar e uma pior qualidade de vida durante 24 meses em White et al (2015). Esses aspectos emocionais são elementos significativos no quadro de obesidade observado nos pacientes (ALMEIDA, 2012).

Uma coorte (MITCHELL et al, 2014) realizada com amostra de 2.146 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica mostrou que a cirurgia bariátrica tem um impacto positivo sobre características depressivas. No entanto, os dados sugerem alguma deterioração na melhora após o primeiro ano pós-operatório. Zeller et al (2011), percebe uma redução significativa no peso e sintomas depressivos, bem como a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e autoconceito durante o primeiro ano pós-operatório. No entanto, estas são seguidas de desacelerações no segundo ano, incluindo a recuperação do peso ( $p < .0001$ ), ligeiros aumentos nos sintomas depressivos ( $p = 0,004$ ) e diminuição na QVRS.

Nesse contexto, é importante ressaltar a necessidade de uma triagem pré-cirúrgica

a fim de identificar precocemente sintomas depressivos e outros transtornos mentais. Os fatores psicológicos são considerados contra indicadores potenciais para a cirurgia bariátrica. Já Kodama et. al., (1998) alertava que, quando algumas características psiquiátricas são confirmadas em pacientes obesos, a cirurgia de obesidade deve ser realizada de forma mais prudente porque os pacientes podem manifestar depressão no pós-operatório. A avaliação psiquiátrica pré-operatória é essencial para uma decisão sobre indicação de cirurgia de obesidade.

Legenbauer et. al. (2009) sublinha a importância de abordar transtornos depressivos e de ansiedade atuais em pacientes obesos, especialmente quando esses pacientes estão passando por cirurgia bariátrica. Este estudo mostrou que pacientes submetidos a cirurgia bariátrica com transtorno depressivo e/ou ansiedade perderam significativamente menos peso comparado com aqueles sem uma comorbidade mental. Este resultado não foi detectado para pacientes que perderam peso por tratamentos convencionais. Uma tendência para ganhar peso foi observada em participantes com transtorno depressivo e / ou ansiedade. Em 2016, Duarte-Guerra et. al. aponta a Escala de Avaliação de Depressão Montgomery-Åsberg (MADRS) como um instrumento confiável e válido para avaliar os sintomas depressivos entre pacientes a procura de tratamento bariátrico.

Em Rutledge, Adler, Friedman (2011), 95 pacientes que eram candidatos à cirurgia bariátrica, dos quais 25 obtiveram aprovação para fazê-la. Os pacientes que progrediram para a candidatura bariátrica ao longo do seguimento diferiram dos pacientes não bariátricos em múltiplas áreas, incluindo relatos de taxas significativamente mais baixas de depressão (28% contra 48,7%, respectivamente  $p = 0,04$ ).

Além da triagem pré-cirúrgica, é preciso acompanhar os pacientes no pós-operatório a fim de detectar precocemente o desenvolvimento de transtornos depressivos. Em Abilés et. al. (2013), de uma amostra de 35 pacientes com cirurgia bariátrica, 30 responderam avaliações pós-operatórias, 16 foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental antes de cirurgia e 14 foram submetidos ao procedimento sem terapia psicoterapêutica. Este estudo revelou que os pacientes que obtiveram resultados bem-sucedidos na evolução da perda de peso aos dois anos de cirurgia bariátrica são principalmente que receberam terapia cognitivo-comportamental (94%), apresentando menores comorbidades psicológicas. Na coorte de Abilés et. al. (2013), com 110 pacientes, a terapia cognitivo-comportamental se mostrou eficaz para tratar as comorbidades psicológicas em candidatos a cirurgia bariátrica, independentemente da presença de transtorno de compulsão alimentar e grau de obesidade. Os resultados de Sheets et. Al. (2015) destacam a necessidade de avaliação pós-operatória de transtornos desordenados e transtornos depressivos, pesquisa adicional sobre o valor preditivo de fatores psicossociais pós-operatórios e desenvolvimento de intervenções direcionadas.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos demonstram que há uma tendência da melhora da autoimagem corporal, da confiança, da autoestima e, por conseguinte, dos sintomas depressivos e da socialização do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. Entretanto, essa evidência não é absoluta, pois se deve considerar que grande parcela dos pacientes que se beneficiam da cirurgia apresenta algum transtorno psiquiátrico associado, tais como transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar Compulsivo ou até mesmo o Transtorno Depressivo. Assim, a complexidade com a qual o paciente e os profissionais da saúde que prestam assistência se deparam no tratamento da obesidade mórbida reforça, por sua vez, a necessidade de estudos com metodologias arrojadas e amostras estatisticamente significativas objetivando construir protocolos terapêuticos que garantam uma terapêutica eficaz, segura e robusta para o paciente.

## REFERÊNCIAS

- FERREIRA, Silvana Diniz et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade e à hipertensão arterial sistêmica em crianças da rede privada de ensino de Divinópolis/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 289-297, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media centre: obesity and overweight; [internet]. Geneva: **World Health Organization**, 2012. Acesso 14 jul. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- BALTIERI, Leticia et al. Utilização da pressão positiva no pré e no intraoperatório de cirurgia bariátrica e seus efeitos sobre o tempo de extubação. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 65, n. 2, p. 130-135, 2015.
- BRAY, George A. Medical consequences of obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 89, n. 6, p. 2583-2589, 2004.
- MACEDO, Tassia Teles Santana de et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Obesidade e depressão: Associação Recíproca [Internet], São Paulo, **ABESO**, 2009. Acesso em: 20 jul. 2017. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticias> .
- MORAES, Angela Lessa; ALMEIDA, Eliane Carnot; SOUZA, Luciana Borges. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 553-572, 2013.
- ALLISON, David B et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of The Obesity Society. **Obesity**, v. 16, n. 6, p. 1161-1177, 2008.
- OLIVEIRA, Verenice Martins de; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco; REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equity, social determinants and public health programmes [internet]. Geneva: **World Health Organization**, 2012. acesso 14 jul. 2017. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)>.

SAUERESSIG, Camila et al. Níveis de zinco sérico em pacientes internados com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 239-244, 2016.

DELGADO FLOODY, Pedro et al. Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones preoperatorias de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. **Nutrición Hospitalaria**, v. 32, n. 3, p. 1022-1027, 2015.

GREENBERG, Isaac et al. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. **Obesity research**, v. 13, n. 2, p. 244-249, 2005.

FRIEDMAN, Kelli E.; ASHMORE, Jamile A.; APPLGATE, Katherine L. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. **Obesity**, v. 16, n. S2, p. S69-S74, 2008.

BURGMER, Ramona et al. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 17, n. 6, p. 785-791, 2007.

DIXON, John B.; DIXON, Maureen E.; O'BRIEN, Paul E. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 17, p. 2058-2065, 2003.

DE ZWAAN, Martina et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. **Journal of affective disorders**, v. 133, n. 1-2, p. 61-68, 2011.

MITCHELL, James E. et al. Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. **Obesity**, v. 22, n. 8, p. 1799-1806, 2014.

IVEZAJ, Valentina; GRILO, Carlos M. When mood worsens after gastric bypass surgery: characterization of bariatric patients with increases in depressive symptoms following surgery. **Obesity surgery**, v. 25, n. 3, p. 423-429, 2015.

BOOTH, Helen et al. Impact of bariatric surgery on clinical depression. Interrupted time series study with matched controls. **Journal of affective disorders**, v. 174, p. 644-649, 2015.

GULLIFORD, Martin C. et al. Impact of bariatric surgery on clinical depression. In: Costs and outcomes of increasing access to bariatric surgery for obesity: cohort study and cost-effectiveness analysis using electronic health records. **NIHR Journals Library**, 2016.

FALK, Vanessa et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy at a new bariatric surgery centre in Canada: 30-day complication rates using the Clavien–Dindo classification. **Canadian Journal of Surgery**, v. 59, n. 2, p. 93, 2016.

ALIZAI, Patrick H. et al. Presurgical assessment of bariatric patients with the Patient Health Questionnaire (PHQ)—A screening of the prevalence of psychosocial comorbidity. **Health and quality of life outcomes**, v. 13, n. 1, p. 80, 2015.

GADE, Hege et al. The impact of a preoperative cognitive behavioural therapy (CBT) on dysfunctional eating behaviours, affective symptoms and body weight 1 year after bariatric surgery: a randomised controlled trial. **Obesity surgery**, v. 25, n. 11, p. 2112-2119, 2015.

MITCHELL, James E. et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 8, n. 5, p. 533-541, 2012.

WADDEN, Thomas A. et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. **Obesity**, v. 14, n. S3, p. 90S-98S, 2006.

GREENBERG, Isaac; SOGG, Stephanie; PERNA, Frank M. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 880-884, 2009.

GADE, Hege et al. Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric surgery. **Obesity Facts**, v. 7, n. 2, p. 111-119, 2014.

DREBER, Helena et al. Who is the treatment-seeking young adult with severe obesity: a comprehensive characterization with emphasis on mental health. **PLoS One**, v. 10, n. 12, 2015..

SYSKO, Robyn et al. A latent class analysis of psychiatric symptoms among 125 adolescents in a bariatric surgery program. **International Journal of Pediatric Obesity**, v. 6, n. 3-4, p. 289-297, 2011.

JONES-CORNEILLE, LaShanda R. et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. **Obesity surgery**, v. 22, n. 3, p. 389-397, 2012.

SCHAG, Kathrin et al. The impact of impulsivity on weight loss four years after bariatric surgery. **Nutrients**, v. 8, n. 11, p. 721, 2016.

PETRIBU, Kátia et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

FAULCONBRIDGE, Lucy F. et al. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 5, p. 790-796, 2013.

MALONE, Margaret; ALGER-MAYER, Sharon. Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study. **Obesity research**, v. 12, n. 3, p. 473-481, 2004.

HERPERTZ, S. et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. **Obesity research**, v. 12, n. 10, p. 1554-1569, 2004.

WHITE, Marney A. et al. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: a prospective 24-month follow-up study. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 2, p. 175, 2010.

DELLOSSO, Ana Célia Ayres; SILVA, Mabile Francine F; CUNHA, Maria Claudia. Organic, psychological and nutritional aspects in bariatric patients. **Distúrb. comun**; v. 25, n. 2, p. 277 - 283, 2013.

DE OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo; YOSHIDA, Elisa Medici Pizao. Psychological evaluation of grade III obese patients before and after Bariatric Surgery. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 12, 2009.

PORCU, Mauro et al. Prevalence of depression and anxiety disorders in obese patients who underwent bariatric surgery. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, v. 33, n. 2, 2011.

JÄRVHOLM, Kajsa et al. Two-year trends in psychological outcomes after gastric bypass in adolescents with severe obesity. **Obesity**, v. 23, n. 10, p. 1966-1972, 2015.

JÄRVHOLM, Kajsa et al. Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery. **Obesity**, v. 20, n. 2, p. 318-323, 2012.

- ZELLER, Meg H. et al. Psychosocial functioning improves following adolescent bariatric surgery. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 985-990, 2009.
- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Body image, anxiety and depression in obese patients submitted to bariatric surgery. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 153-60, 2012.
- RATCLIFF, Megan B. et al. Changes in depressive symptoms among adolescent bariatric candidates from preoperative psychological evaluation to immediately before surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 7, n. 1, p. 50-54, 2011.
- TAE, Bárbara et al. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 3, p. 155-160, 2014.
- HERGET, Sabine et al. Psychosocial status and mental health in adolescents before and after bariatric surgery: a systematic literature review. **Obesity facts**, v. 7, n. 4, p. 233-245, 2014.
- ROJAS, Carmen et al. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. **Revista médica de Chile**, v. 139, n. 5, p. 571-578, 2011.
- ANDERSEN, John Roger et al. Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. **Health and quality of life outcomes**, v. 8, n. 1, p. 52, 2010.
- FIGURA, Andrea et al. Determinants of weight loss following laparoscopic sleeve gastrectomy: the role of psychological burden, coping style, and motivation to undergo surgery. **Journal of obesity**, v. 2015, 2015.
- SOUSA, Paula et al. Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: o papel do peso, da alimentação e da imagem corporal. **Acta Med. Port**; v.27, n. 4, p.450 – 457, 2014.
- WHITE, Marney A. et al. Prognostic significance of depressive symptoms on weight loss and psychosocial outcomes following gastric bypass surgery: a prospective 24-month follow-up study. **Obesity surgery**, v. 25, n. 10, p. 1909-1916, 2015.
- ZELLER, Meg H. et al. Two-year trends in psychosocial functioning after adolescent Roux-en-Y gastric bypass. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 7, n. 6, p. 727-732, 2011.
- KODAMA, KAZUHIRO et al. Depressive disorders as psychiatric complications after obesity surgery. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 52, n. 5, p. 471-476, 1998.
- LEGENBAUER, Tanja et al. Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. **Obesity Facts**, v. 2, n. 4, p. 227-234, 2009.
- DUARTE-GUERRA, Leorides Severo et al. Clinical utility of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale for the detection of depression among bariatric surgery candidates. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 119, 2016.
- RUTLEDGE, Thomas; ADLER, Sarah; FRIEDMAN, Raquel. A prospective assessment of psychosocial factors among bariatric versus non-bariatric surgery candidates. **Obesity surgery**, v. 21, n. 10, p. 1570-1579, 2011.
- ABILÉS, V. et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. **Nutrición hospitalaria**, v. 28, n. 5, p. 1523-1529, 2013.
- ABILÉS, Verónica et al. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 4, p. 1109-1114, 2013.
- SHEETS, Carrie S. et al. Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 25, n. 2, p. 330-345, 2015.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aconselhamento 82, 86, 90, 203, 206, 207, 208

Adolescência 14, 20, 59, 60, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 152, 159, 204

Alma 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Aprendizagem 27, 59, 61, 72, 73, 170, 171, 173, 176, 177, 178, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194

Arquitetura 30, 31, 35, 36, 37, 227

Autismo 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 171

Avaliação 45, 53, 54, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 81, 109, 111, 114, 116, 121, 122, 124, 129, 133, 151, 154, 156, 158, 208, 228

### C

Cidade 30, 31, 34, 35, 36, 78, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 159, 186, 188, 217, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Cinema 18, 209, 210, 211, 212, 213, 219, 220

Cirurgia bariátrica 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128

Compulsão 43, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 112, 114, 120, 121, 123, 124, 127

Conduta 24, 30, 31, 32, 33, 37, 207

Contemporaneidade 11, 29, 160, 162, 163, 164, 167

Cuidados paliativos 180, 181, 182, 183, 184, 185

Cultura 7, 2, 3, 4, 20, 25, 41, 42, 49, 96, 97, 107, 167, 189, 210, 211, 212, 213, 220, 223, 224, 225

### D

Deficiência 61, 62, 68, 72, 113, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 194, 195, 200

Depressão 14, 78, 81, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 152, 200

### E

Educação 3, 4, 5, 6, 7, 11, 23, 26, 27, 28, 72, 86, 87, 88, 92, 94, 162, 163, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 186, 188, 192, 194, 195, 220, 228

Ensino 5, 7, 27, 29, 66, 72, 86, 87, 91, 101, 125, 135, 140, 170, 171, 176, 180, 186, 187, 188, 189, 191, 228

Espaço público 30, 34, 35

Espiritualidade 81, 180, 182, 183, 184, 185

Esquizofrenia 57, 203, 204, 205, 206, 207, 208

Estresse 51, 52, 76, 79, 103, 104, 115, 116, 120, 121, 130, 134, 154, 200, 206

Etiologia 57, 68, 69, 70, 75, 80, 139, 205, 207

Experiência 2, 20, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 92, 95, 110, 115, 118, 154, 155, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 176, 178, 183, 185, 220, 222, 223, 228

## **F**

Formação 3, 11, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 40, 55, 68, 95, 137, 153, 178, 189, 194, 206

## **G**

Geriatrics 142, 144

## **I**

Indústria 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Infância 19, 60, 61, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 82, 110, 152, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 171, 178

Institucionalização 38, 39, 40, 41, 44, 48

Instrumento 26, 32, 54, 62, 109, 124, 173

Insuficiência renal 129, 130, 134

Inventário 66, 113, 129, 131

## **L**

Liberdade 4, 7, 24, 25, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 99, 160, 161, 170, 176, 179

## **M**

Marketing 1, 6, 10

Motivação 2, 3, 59, 69, 110, 136, 145, 171, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 208, 214

Mulher 21, 24, 25, 28, 29, 78, 87, 89, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 136, 137, 139, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 226, 227

mundo 4, 10, 12, 13, 15, 23, 26, 41, 42, 55, 69, 93, 99, 103, 106, 135, 148, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 174, 176, 185, 193, 194, 197, 210, 214, 216, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Mundo 165, 185

## **N**

Neurose 51, 52

## **P**

Patologia 98, 113, 120, 196, 197, 206, 207, 208, 224

Pole dance 30, 31, 34, 35, 36

Privação 39, 40, 99

Psicologia 2, 7, 12, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 38, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 61, 63, 64, 68, 83, 97, 104, 106, 125, 127, 128, 134, 137, 140, 147, 149, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 162, 170, 172, 174, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 203, 208, 214, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228

Psicoterapia 52, 61, 135, 137, 138, 139, 148, 157, 173, 174, 176, 178, 179, 223

## **R**

Relacionamento 5, 10, 12, 17, 18, 19, 58, 90, 99, 107, 118, 187

Resistência 4, 10, 30, 33, 46, 47, 48, 93, 110

## **S**

Suicídio 42, 49, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

## **T**

Terceira idade 141, 142, 143, 144, 146

Trabalho 1, 5, 28, 31, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 59, 64, 67, 68, 80, 81, 85, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 107, 115, 121, 132, 135, 136, 137, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 161, 163, 164, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 180, 182, 186, 193, 194, 198, 203, 213, 214, 215, 217, 218, 221, 224, 226

Transtorno 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 70, 71, 72, 73, 77, 78, 79, 81, 82, 101, 104, 110, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 127, 136, 139, 152, 170, 176, 197, 201, 204, 205

Tratamento 41, 52, 58, 61, 62, 63, 71, 73, 74, 75, 77, 81, 82, 86, 90, 102, 106, 107, 109, 110, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 139, 140, 150, 173, 179, 182, 196, 198, 200, 201, 206, 207, 208

## **V**

Violência 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 40, 42, 43, 44, 48, 89, 91, 93, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 145, 153, 156, 190

Vulnerabilidade 28, 42, 44, 46, 49, 84, 86, 93, 94, 96, 138, 146, 188, 195, 206

# A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

 **Atena**  
Editora

Ano 2020

# A PSICOLOGIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA 2

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 