

Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica

Mauro Porcu^{1*}, Ricardo Franzin¹, Paulo Belmonte de Abreu², Isolde Terezinha Santos Previdelli¹ e Mateus Astolfi¹

¹Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. ²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: mp@wnet.com.br

RESUMO. A obesidade mórbida está relacionada a muitos transtornos psiquiátricos e possui como opção terapêutica a cirurgia bariátrica. Objetivo: caracterizar a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Regional de Maringá e do Centro de Cirurgia de Obesidade de Maringá. Métodos: o estudo foi realizado com 50 pacientes obesos mórbidos submetidos à Cirurgia Bariátrica em diferentes períodos: pré-operatório, um mês de pós-operatório, três meses de pós-operatório e seis meses de pós-operatório. A avaliação do Transtorno Depressivo foi realizada pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck, sendo outro instrumento utilizado neste trabalho a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Resultados: a prevalência de quadros sugestivos de ansiedade foi: 40% (20 pacientes) no pré-operatório, 18% no primeiro mês pós-operatório, 8% no terceiro mês pós-operatório e 14% no sexto mês pós-operatório. Quadros sugestivos de depressão foram encontrados em: 26% (13 pacientes) no pré-operatório, 10% no primeiro mês pós-operatório e no terceiro mês pós-operatório e 8% no sexto mês pós-operatório. Conclusão: Os níveis de Ansiedade foram altos no pré-operatório, diminuíram no 1º e 3º mês pós-operatório e voltaram a subir no sexto mês, atingindo níveis mais altos que no terceiro mês.

Palavras-chave: depressão, ansiedade, cirurgia bariátrica.

ABSTRACT. Prevalence of depression and anxiety disorders in obese patients who underwent bariatric surgery. Morbid obesity is associated to several psychiatric disorders and bariatric surgery is a therapeutic option. Current research characterizes the prevalence of depression and anxiety disorders in patients who underwent bariatric surgery at the Regional Hospital of Maringá and at the Obesity Surgery Center of Maringá, Maringá PR Brazil. Study was undertaken with 50 morbid obese patients who underwent bariatric surgery and comprised different periods, namely, pre-surgery, one month after surgery, three months after surgery and six months after surgery. Depressive disorder was evaluated by Beck's Depression Inventory and by the Hospital Scale of Anxiety and Depression (HAD). Results show prevalence of anxiety in 40% (20) of patients during the pre-surgery period; 18% during the 1st post-surgery month; 8% during the 3rd post-surgery month and 14% during the 6th post-surgery month. High rates of depression were found in 26% (13) of patients in the pre-surgery period; 10% in the 1st and 3rd post-surgery month and 8% in the 6th post-surgery month. Levels of anxiety were actually high in the pre-operative period but they decreased in the 1st and 3rd months after surgery. However, a rise during the 6th month was reported which reached higher levels than that during the 3rd month.

Keywords: depression, anxiety, bariatric surgery.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo (COUTINHO, 1998; PI-SUNYER, 1995), associada às mais variadas comorbidades (SANCHEZ, et al., 2003). Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas e os custos com suas complicações atingem cifras de bilhões de dólares (POVOA, 1998). Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30%. Na prática clínica, na maior

parte dos estudos e na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1997) utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados.

Quando o IMC encontra-se acima de 30 kg m⁻² classifica-se como obesidade (SEGAL, 1999). Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg m⁻², obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e 39,9 kg m⁻² e obesidade grau III ou mórbida quando o IMC ultrapassa 40 kg m⁻².

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico (APA, 1994; HALMI, 1994), porém distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes portadores de tal condição. Esta doença foi compreendida por muito tempo como uma manifestação somática de um conflito psíquico subjacente, que em determinados indivíduos com formação egoica inadequada, somente poderia ser solucionado pela hiperfagia. No entanto, muitas pesquisas atuais têm sugerido que os modelos biológicos podem ser mais úteis que os psíquicos para entender o início e manutenção da obesidade, como a teoria do gene da obesidade (COMUZZIE; ALLISON, 1998) e a teoria da conexão neuroquímica – serotonina (WURTMAN; WURTMAN, 1996), dentre outras.

A depressão é um transtorno do humor caracterizado principalmente pela presença de humor deprimido, perda do interesse por atividades prazerosas, alterações de sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas. Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é o que mais se associa ao quadro de obesidade (DOBROW et al., 2002). Sintomas depressivos mostravam-se presentes em 100% dos pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica: destes, 84% apresentavam sintomatologia grave. Assim exposto, a prevalência de depressão é considerada de extrema importância na avaliação e manejo clínico do paciente obeso (DOBROW et al., 2002).

A ansiedade é uma sensação ou sentimento decorrente da excessiva excitação do Sistema Nervoso Central consequente à interpretação de uma situação de perigo (KAPLAN; SADOCK, 2007). Parente próximo do medo (muitas vezes a diferenciação não é possível) é distinguido dele pelo fato de o medo ter um fator desencadeante real e palpável enquanto que na ansiedade o fator de estímulo apresenta características subjetivas (KAPLAN; SADOCK, 2007). Quando um medo extremo ou inadequado estiver presente e associado a certo grau de deterioração na vida, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade deve ser considerado (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Na população urbana norte-americana, a prevalência de depressão maior varia de 2 a 4% para os homens e 4 a 6% para as mulheres (GOLDMAN; BENLETT, 2001). A prevalência da ansiedade generalizada varia de 2 a 6%, enquanto é de 1% para o transtorno de pânico (GOLDMAN; BENLETT, 2001). Dentre os transtornos psiquiátricos presentes na prática clínica, o transtorno ansioso é, provavelmente, o mais prevalente (GOLDMAN; BENLETT, 2001).

O manejo da obesidade mórbida engloba uma abordagem ampla que inclui orientação dietética, programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade. Pela dificuldade de se obter um resultado satisfatório e definitivo para a obesidade mórbida por meio de um tratamento clínico, a cirurgia bariátrica tem sido cada vez mais empregada como um recurso terapêutico.

A seleção de pacientes para a operação requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados (COUTINHO, 1999). Deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós-operatório (KARLSSON et al., 1998). Contudo, observa-se crescente abandono de critérios psiquiátricos na seleção de candidatos a este procedimento, o que interfere no prognóstico dos pacientes operados.

O principal objetivo das cirurgias bariátricas não é a perda ponderal, mas a redução das comorbidades que acompanham o paciente obeso mórbido e a melhora da qualidade de vida do mesmo (KARLSSON et al., 1998; KRAL, 1998). Isto torna-se evidente por meio de estudos e relatos de caso de pacientes submetidos a esses procedimentos cirúrgicos. Há evidências de melhora de quadros de transtornos depressivos, ansiosos, alimentares e da insatisfação com a imagem corporal (KALARCHIAN et al., 1999; POWERS et al., 1997, 1999; SEGAL et al., 2002).

Este trabalho tem por objetivo caracterizar a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Regional de Maringá e do Centro de Cirurgia de Obesidade de Maringá, Estado do Paraná.

Material e métodos

O estudo foi realizado com 50 pacientes obesos mórbidos submetidos à Cirurgia Bariátrica em diferentes períodos: pré-operatório, um mês de pós-operatório, três meses de pós-operatório e seis meses de pós-operatório, provenientes do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM) e do Centro de Cirurgia da Obesidade de Maringá (CCOM), Estado do Paraná.

Os pacientes foram selecionados pelos seguintes critérios: possuírem obesidade mórbida; terem indicação de cirurgia bariátrica, independente da técnica cirúrgica aplicada; estarem dispostos a se submeter à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Regional de Maringá (Pr) ou no Centro de Cirurgia da Obesidade de Maringá; e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a participação na pesquisa.

A avaliação do Transtorno Depressivo foi realizada pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*; BECK, 1967) nos períodos citados acima. Como a amostra analisada não possuía diagnóstico prévio de depressão, as diretrizes utilizadas para avaliação foram as recomendadas por Steer et al. (1987) e Kendall et al. (1987), que concluíram que o termo "disforia" deve ser utilizado para escores maiores que 15 e menores ou iguais a 20, enquanto o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20 no BDI. Outro instrumento utilizado neste trabalho foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; ZIGMOND; SNAITH, 1983). A HAD é uma escala de autopreenchimento (assim como o BDI), com sete itens para ansiedade e sete itens para depressão. A versão em português deste instrumento foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica, em pacientes ambulatoriais e sujeitos normais (BOTEGA, 2006). Pacientes com pontuação acima de sete em uma das subescalas é sugestivo de quadros de ansiedade ou depressão, a depender da subescala utilizada.

A prevalência de doentes e saudáveis nos períodos pré e pós-operatórios foram testadas em nível de 5% de significância via teste não-paramétrico "Q de Cochran".

Resultados e discussão

A população estudada foi composta por 50 pacientes; 82% (41) pertenciam ao sexo feminino e 18% (9) ao sexo masculino, como ilustra a Figura 1.

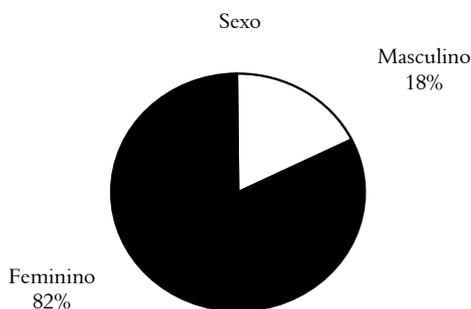


Figura 1. Distribuição dos indivíduos quanto à variável sexo.

A idade média da população estudada foi de 40 anos; o paciente mais novo tinha 16 anos e o mais velho, 66 anos. O nível de escolaridade foi representado pelas seguintes porcentagens: 28% (14) com Ensino Fundamental incompleto, 28% (14) com Ensino Médio completo, 22% (11) com Ensino Superior completo, 12% (6) com Ensino Superior incompleto, 8% (4) com Ensino Médio incompleto e 2% (1) com Ensino Fundamental completo. Em

relação ao estado civil, 60% (30) dos pacientes eram casados e 34% (17) eram solteiros. Quanto à profissão exercida, a população era predominantemente composta por trabalhadores urbanos (46%); os chamados trabalhadores "do lar" perfaziam um total de 32% (16); 4% (2) estavam desempregados e 4% (2) compunham a população de estudantes no momento da pesquisa. 60% (33) dos pacientes informaram renda familiar mensal até R\$ 2.499,00; 26% (13) apresentavam rendimento entre R\$ 2.500,00 e R\$ 4.999,00 e o restante apresentou renda superior a R\$ 5.000,00.

Outra variável analisada durante o estudo foi o peso dos pacientes em quilogramas (kg). No período pré-operatório, 56% (28) dos pacientes pesavam entre 100 e 124,99 kg, 24% (12) entre 75 e 99,99 kg, 14% (7) entre 125 e 149,99 kg; 4% (2) entre 150 e 174,99 kg e 2% (1) entre 175 e 199,99 kg. No sexto mês de pós-operatório, os pacientes apresentaram redução importante do peso: 33% (34) dos pacientes pesaram entre 60 e 84,99 kg; 12,62% (13) pesaram entre 85 e 109,99 kg; 2,9% (3) pesaram entre 110 e 134,99 kg. Nenhum paciente apresentou peso igual ou superior a 135 kg. O IMC no período pré-operatório compreendeu o intervalo de 30 a 60 kg m⁻². A maior porcentagem de IMC obtida da população estudada, neste período, esteve contida entre 40 e 49,99 kg m⁻² e representava 60% (30) dos casos; 30% (15) apresentavam IMC entre 30 e 39,99 kg m⁻² e 10% apresentavam IMC entre 50 e 59,99 kg m⁻².

No sexto mês pós-operatório, 22 pacientes (21,35%) apresentaram IMC entre 25 e 29,99 kg m⁻²; 16 pacientes (15,53%) apresentaram IMC entre 30 e 34,99 kg m⁻²; 10 pacientes (9,7%) apresentaram IMC entre 35 e 39,99 kg m⁻²; e dois pacientes (1,94%) apresentaram IMC entre 40 e 44,99 kg m⁻². Como ilustra a Figura 2, pode-se afirmar que houve redução significativa para os valores de peso e IMC quando se comparou o período pré-operatório com o sexto mês pós-operatório.

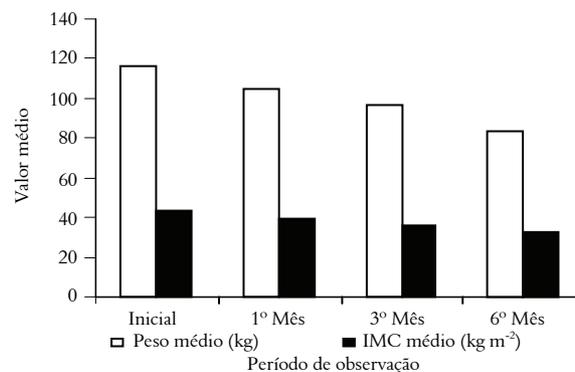


Figura 2. Peso médio e IMC médio nos diferentes períodos do estudo.

A Figura 3 ilustra a prevalência de comorbidades na população estudada: 29 pacientes operados, 58% do total da população estudada apresentavam algum tipo de comorbidade.

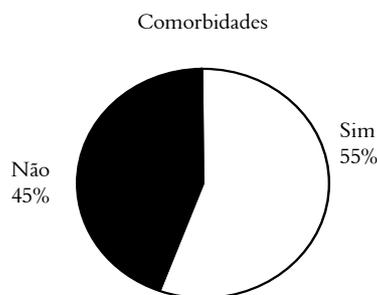


Figura 3. Distribuição dos indivíduos quanto à variável comorbidade.

A prevalência de quadros sugestivos de ansiedade obtida pela aplicação da Escala HAD nos diferentes períodos de avaliação foi: 40% (20 pacientes) no pré-operatório; 18% (9) no primeiro mês pós-operatório; 8% (4) no terceiro mês pós-operatório e 14% (7) no sexto mês pós-operatório. Para avaliar a presença de quadros sugestivos de depressão, utilizou-se a mesma escala, sendo encontradas as seguintes prevalências nos mesmos períodos analisados: 26% (13) no pré-operatório, 10% (5) no primeiro mês pós-operatório e 8% (4) no terceiro mês e no sexto mês pós-operatório.

Ao se aplicar o BDI nos pacientes, constataram-se as seguintes prevalências para os quadros de disforia: 8% (4) no pré-operatório, 4% (2) no primeiro mês pós-operatório, 0% no terceiro mês pós-operatório e 4% (2) no sexto mês pós-operatório. Para os quadros de depressão, os resultados de prevalência obtidos foram: 18% (9) no período pré-operatório, 8% (4) no primeiro mês pós-operatório, 6% (3) no terceiro mês pós-operatório e 4% (2) no sexto mês pós-operatório (Figura 4).

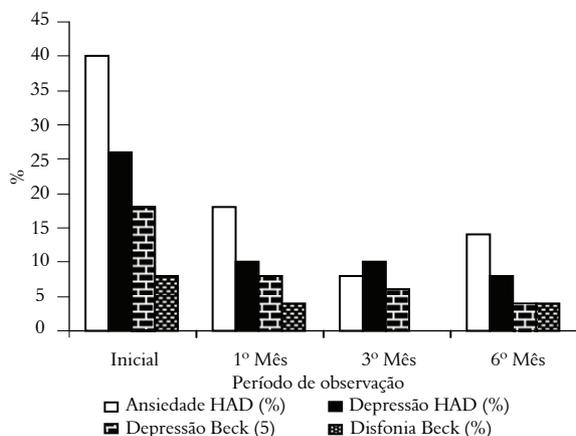


Figura 4. Prevalência de Depressão e Ansiedade nos pacientes obesos submetidos à Cirurgia Bariátrica, em diferentes períodos de observação.

Por meio do teste não-paramétrico "Q de Cochran", com nível de significância de 5%, pôde-se comparar o grupo estudado nos períodos pré e pós-operatório. Utilizou-se a escala HAD para avaliação de quadros sugestivos de ansiedade e, tendo como referência os escores obtidos no período pré-operatório (o que permitiu classificar cada paciente como doente ou sadio), encontrou-se p-valor de 0,00228 no primeiro mês pós-operatório, p-valor de 0,00006 no terceiro mês pós-operatório e p-valor de 0,00162 no sexto mês pós-operatório. Com a mesma escala anteriormente referida (HAD), para avaliação de quadros sugestivos de depressão, obtivemos os seguintes resultados (o que também permitiu classificar cada paciente como doente ou sadio), tendo como referência o período pré-operatório: p-valor de 0,00468 no primeiro mês pós-operatório; p-valor de 0,00468 no terceiro mês pós-operatório e p-valor 0,00270 no sexto mês pós-operatório.

Os escores obtidos com a aplicação do Inventário de Depressão de Beck, para detecção de quadros de disforia e de depressão, assim como a escala HAD, foram submetidos à comparação nos diferentes períodos do estudo. Tendo novamente como referência às prevalências de doentes e de saudáveis em cada período, os resultados encontrados foram respectivamente para o primeiro, terceiro e sexto meses pós-operatórios: p-valor de 0,00228; 0,00006 e 0,00162.

Em nível de significância de 5%, pode-se afirmar que existe diferença na prevalência de Transtorno Depressivo e Ansiedade entre os períodos avaliados. Similarmente, pode-se afirmar que existe evidência estatística de haver diminuição na prevalência de Transtorno Depressivo e Ansioso em todos os períodos pós-operatórios da Cirurgia Bariátrica em relação ao período pré-operatório.

A população estudada foi composta predominantemente por mulheres, trabalhadores urbanos e "do lar". Considerando o gênero predominante, pode-se refletir sobre os fatores que levam, nesta categoria, a uma maior realização da Cirurgia Bariátrica: vaidade (a busca do corpo perfeito ou a busca por um ideal de beleza imposto pela sociedade, mais característico do sexo feminino) e/ou maior presença de comorbidades físicas, psíquicas e/ou sociais. A ocupação predominantemente exercida por estas mulheres permite possível associação com sedentarismo, alimentação inadequada, cotidiano estressante e baixo autoestima.

O casamento, como instituição social, proporciona ao indivíduo considerável segurança afetiva e financeira. Esta segurança pode acarretar acomodações em setores individuais e pessoais de

uma vida conjugal. Por outro lado, pode-se pensar que os indivíduos casados incomodam-se mais com o peso excessivo e/ou recebem maior apoio do cônjuge para buscar a Cirurgia Bariátrica como última tentativa de método emagrecedor. No caso das pacientes do sexo feminino e estado civil casadas, a maioria da população estudada, outro fator contribuinte é a possibilidade destas pacientes apresentarem maior paridade quando comparadas às pacientes solteiras, o que contribui para o ganho de peso excessivo. Desta forma, observou-se diferença significativa na população estudada, com relação ao estado civil. O grupo de casados representou 60% dos pacientes (30), enquanto o grupo de solteiros foi representado por 34% (17) dos pacientes.

O grau de instrução mostrou-se bastante heterogêneo na população em estudo. Uma mesma porcentagem de pacientes apresentava Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo (28% - 14 pacientes). Onze pacientes (22%) possuíam Nível Superior completo e seis pacientes (12%) possuíam Nível Superior incompleto. Estes dados nos informam que a realização da Cirurgia Bariátrica acontece independentemente do nível de instrução do paciente, embora na população estudada houvesse predomínio de pacientes com formação máxima até a conclusão do Ensino Médio (66% - 33 pacientes). É inegável o fato de que a obesidade vem se tornando um problema de saúde pública, atingindo em excesso as camadas sociais menos favorecidas.

A obesidade mórbida vem apresentando aumento da prevalência, exigindo que opções terapêuticas sejam desenvolvidas e utilizadas para o seu tratamento. A Cirurgia Bariátrica representa uma opção terapêutica para a obesidade mórbida. A realização desta, demonstrada na população em estudo, ocorreu em maior número em pacientes com renda familiar mensal menor que R\$ 2.500,00 (66% ou 33 pacientes). Pacientes que ganhavam entre R\$ 2.500,00 e R\$ 5.000,00 compreendiam 26% da população estudada (13 pacientes). Apenas três pacientes apresentavam renda familiar mensal maior ou igual a R\$ 5.000,00. Esses dados nos proporcionam algumas reflexões. Os indivíduos pertencentes às classes sociais com menor rendimento financeiro têm maior dificuldade de acesso a uma alimentação equilibrada e de qualidade? Esses mesmos indivíduos direcionam seus conflitos sociais e econômicos (que não são poucos), além de seus conflitos psíquicos, para a comida (hiperfagia), de uma forma mais intensa que os indivíduos de classes sociais mais abastadas? Esses são questionamentos oportunos que refletem a necessidade de mais pesquisas.

No período pré-operatório, observou-se alta prevalência de quadros sugestivos de ansiedade. Sabe-se que na prática clínica a ansiedade é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes, variando de 15 a 25% na população (KAPLAN; SADOCK, 2007). No entanto, a prevalência de ansiedade, no grupo estudado, apresentou-se significativamente maior (40%). Isso pode estar relacionado ao fato de que nestes pacientes, a obesidade mórbida, como resultado da hiperfagia, seria a manifestação somática de um conflito psíquico subjacente resultado de uma provável formação egoica inadequada destes pacientes. Para estes indivíduos, a ansiedade e a hiperfagia funcionariam como mecanismo de *feed-back* positivo, em que um elemento coloca-se como reforço ao outro: ansiedade provocando hiperfagia, a qual ocasiona mais ansiedade. No entanto, muitas pesquisas atuais têm sugerido que os modelos biológicos podem ser mais úteis que os psíquicos para entender o início e a manutenção da ansiedade (teoria dos neurotransmissores e teoria dos genes relacionados à ansiedade). Certamente, diversas teorias devem somar-se para a elucidação do Transtorno Ansioso.

Sobre a significativa redução da prevalência de quadros sugestivos de ansiedade no primeiro mês pós-operatório (18%) e no terceiro mês pós-operatório (8%), pode-se relacionar a uma inicial fase de euforia e entusiasmo com a Cirurgia, e aparente resolução do mecanismo de *feed-back*, anteriormente comentado. No entanto, no sexto mês pós-operatório, observou-se aumento na prevalência, quando comparados ao terceiro mês pós-operatório.

Provavelmente, a ansiedade manifesta-se novamente a partir deste período, pois não foi resolvida, mas apenas “camuflada”. Além disso, nos primeiros meses após a cirurgia o que se observa é uma perda acelerada de peso, no entanto, os meses seguintes apresentam atenuação da taxa de perda de peso, o que pode estar relacionado com o retorno da ansiedade.

Os quadros sugestivos de depressão, obtidos pela utilização da escala HAD, apresentaram maior prevalência (26%) quando comparados à população geral, que apresenta 15% de indivíduos depressivos (KAPLAN; SADOCK, 2007). Nos primeiro e terceiro meses pós-operatório, a prevalência foi de 10% (igual para os 2 períodos). No sexto mês pós-operatório, a prevalência de quadros sugestivos de depressão diminuiu para 8%.

Por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI), detectou-se a presença de quadros depressivos (transtorno depressivo ou disforia) ou quadros de normalidade. No período

pré-operatório, 74% dos pacientes foram considerados “normais”, enquanto 26% apresentavam quadros depressivos (18% Transtorno Depressivo e 8% disforia). Nos períodos subsequentes de avaliação (1º e 3º meses pós-operatório), a prevalência dos quadros de normalidade aumentou e, conseqüentemente, a prevalência dos quadros depressivos diminuiu. A melhora da autoestima, com a possibilidade da perda de peso concretizando-se e, pelo incremento na valorização do indivíduo pela sua autoimagem, pode ser considerada como responsável por esta mudança. No sexto mês pós-operatório, o total de quadros depressivos apresentou ligeiro aumento na prevalência quando comparado ao terceiro mês pós-operatório. Assim como na ansiedade, este aumento pode significar o retorno à prevalência pré-operatória, representando que os quadros depressivos também foram simplesmente disfarçados e não adequadamente tratados. Com certeza, novas pesquisas fazem-se necessárias para comprovar ou descartar a tendência do retorno às prevalências iniciais de ansiedade e depressão.

De acordo com a literatura científica, o Transtorno Depressivo é o transtorno psiquiátrico que mais se associa com a obesidade mórbida. O estudo revelou, no entanto, maior prevalência de quadros sugestivos de ansiedade associada à obesidade mórbida.

Conclusão

A Cirurgia Bariátrica é uma opção terapêutica à obesidade mórbida, que vêm apresentando elevada prevalência na população. A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém estes são frequentemente encontrados em pacientes portadores de tal condição. Alguns trabalhos apresentam evidências de melhora de quadros de transtornos depressivos, ansiosos, alimentares e da insatisfação com a imagem corporal após a realização do procedimento cirúrgico. Nesse estudo, a prevalência de ansiedade foi alta no período pré-operatório, apresentando diminuição entre o primeiro e terceiro meses pós-operatório. No sexto mês pós-operatório, a prevalência de ansiedade teve novo acréscimo, revelando-se maior que no terceiro mês pós-operatório. A prevalência de disforia, inicialmente, apresentou decréscimo nos primeiros meses pós-operatório, porém, posteriormente, houve aumento de seu valor no sexto mês pós-operatório, tornando-se igual ao primeiro mês pós-operatório. O estudo revelou maior prevalência de quadros sugestivos de ansiedade associada à obesidade mórbida, embora a literatura científica cite o transtorno depressivo o transtorno psiquiátrico que mais se associa com a obesidade mórbida.

Referências

- APA-American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994. (DSM-IV).
- BECK, A. T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
- BOTEGA, J. N. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- COMUZZIE, A. G.; ALLISON, D. B. The search for human obesity genes. **Science**, v. 280, n. 5368, p. 1374-1377, 1998.
- COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M. A. A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. (Ed.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998. p. 197-203.
- COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, n. 1, p. 21-67, 1999.
- DOBROW, J. I.; KAMENETZ, C.; DELVIN, J. M. Psychiatric aspects of obesity. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 63-67, 2002. (suplemento 3).
- GOLDMAN, L.; BENLETT, J. C. **Cecil - Tratado de Medicina Interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- HALMI, K. A. Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. In: HALES, R. E.; YUDOFASKY, C. S.; TALBOTT, J. A. (Ed.). **Textbook of psychiatry**. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994. p. 857-875.
- KALARCHIAN, M. A.; WILSON, G. T.; BROLIN, R. E.; BRADLEY, L. Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. **Eating Weight Disorder**, v. 4, n. 1, p. 1-5, 1999.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- KARLSSON, J.; SJÓSTRÓM, L.; SULLIVAN, M. Two year follow up health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. **International Journal of Obesity**, v. 22, p. 113-126, 1998.
- KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. I.; INGRAM, R. E. Issues and Recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v. 11, n. 99, p. 89-299, 1987.
- KRAL, J. G. Surgical treatment of obesity. In: BRAY, G. A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W. P. T. (Ed.). **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, 1998. p. 977-993.
- PI-SUNYER, F. X. Medical complications of obesity. In: BORWNELL, K. D.; FAIRBURN, C. G. (Ed.). **Eating disorders and obesity**. New York: Guilford Press, 1995. p. 401-406.

- POVOA, L. Custo da obesidade. In: HALPEN, A.; GODOY, M. A. F.; SUPPLY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. (Ed.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998. p. 55-67.
- POWERS, P. S.; ROSEMURGY, A.; BOYD, F.; PEREZ, A. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. **Obesity Surgery Journal**, v. 7, n. 6, p. 471-477, 1997.
- POWERS, P. S.; ROSEMURGY, A.; BOYD, F.; PEREZ, A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. **International Journal of Eating Disorder**, v. 25, p. 293-300, 1999.
- SANCHEZ, R. S.; LOPEZ, A. J. C.; VARGAS, M. A.; TELLEZ, Z. J. F.; VAZQUEZ, V.; ARCILA, M. D.; GAONZALEZ, B. J.; HERRERA, H. M. F.; SALIN, P. R. J. Prevalence of psychiatric disorders in patients with severe obesity waiting for bariatric surgery. **Revista de Investigación Clínica**, v. 55, n. 4, p. 400-406, 2003.
- SEGAL, A. **A obesidade e co-morbidade psiquiátrica: caracterização e eficácia terapêutica de atendimento multidisciplinar na evolução de 34 pacientes**. 1999. Tese (Doutorado em saúde/medicina)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- SEGAL, A.; LIBANORI, H. T.; AZEVEDO, A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. **Obesity Surgery Journal**, v. 12, n. 4, p. 598-601, 2002.
- STEER, R. A.; BECK, A. T.; RISKIND, J. H.; BROWN, G. Relationship between the beck depression inventory and the hamilton rating scale for depression in depressed outpatients. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 9, n. 327, p. 327-339, 1987.
- WHO-World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO, 1997.
- WURTMAN, R. J.; WURTMAN, J. I. **Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression**. Cambridge: Department of Brain and Cognitive Sciences and Clinical Research Center, Massachusetts Institute of Technology, 1996.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

Received on June 21, 2010.

Accepted on July 9, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.