

## *Ansiedade, depressão e imagem corporal em obesos submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica: uma revisão sistemática*

Renata Costa Fortes

Escola Superior de Ciências da Saúde

\*Contacto: [renata.fortes@escs.edu.br](mailto:renata.fortes@escs.edu.br)

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi investigar os sintomas de ansiedade e depressão, e a imagem corporal em obesos submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica. Tratou-se de uma revisão sistemática utilizando artigos indexados em REDIB, DOAJ, Redalyc, SciELO, Dialnet e BVS, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre 2016 e 2021, com base nas diretrizes PRISMA. Após determinados critérios de seleção, 18 artigos foram elegíveis, sendo 83,3% na BVS, 5,6% REDIB, 5,6% SciELO e 5,6% Redalyc. Em todos os estudos analisados houve predomínio de pacientes do sexo feminino e casados. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão, diabetes e dislipidemias e a técnica cirúrgica mais realizada foi bypass gástrico. Tabagismo, etilismo, uso de substâncias psicoativas, compulsão alimentar e intolerância alimentar foram observados no pós-operatório. A frustração diante de desejos não conquistados por meio da cirurgia esteve presente na maioria dos pacientes, principalmente após dois anos de intervenção. Psicopatologia alimentar e comportamentos problemáticos ocorreram nos momentos mais tardios de pós-operatório, potencializando os sintomas de ansiedade e depressão. A insatisfação com a imagem corporal esteve associada a mais sintomas de ansiedade e depressão. O tratamento multidisciplinar no pré- e pós-operatório determina o sucesso terapêutico e deve persistir mesmo após longo período de pós-operatório.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Depressão, Imagem corporal, Revisão sistemática.

**Título:** Ansiedad, depresión e imagen corporal en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y metabólica: una revisión sistemática

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue investigar los síntomas de ansiedad y depresión, y la imagen corporal en personas obesas sometidas a cirugía bariátrica y metabólica. Se trató de una revisión sistemática que utilizó artículos indexados en REDIB, DOAJ, Redalyc, SciELO, Dialnet y BVS, en los idiomas inglés, español y portugués, publicados entre 2016 y 2021, con base en las directrices PRISMA. Después de ciertos criterios de selección, 18 artículos fueron elegibles, siendo 83,3% en la BVS, 5,6% REDIB, 5,6% SciELO y 5,6% Redalyc. En todos los estudios analizados hubo un predominio de pacientes femeninos y casados. Las comorbidades más prevalentes fueron la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia, y la técnica quirúrgica más realizada fue el bypass gástrico. En el postoperatorio se observó tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, atracones e intolerancia alimentaria. La frustración por los deseos no conseguidos con la cirugía estaba presente en la mayoría de los pacientes, especialmente tras dos años de intervención. La psicopatología alimentaria y las conductas problemáticas se produjeron más tarde en el postoperatorio, potenciando los síntomas de ansiedad y depresión. La insatisfacción con la imagen corporal se asoció con más síntomas de ansiedad y depresión. El tratamiento multidisciplinar en los periodos pre y postoperatorio

determina el éxito terapéutico y debe persistir incluso después de un largo periodo postoperatorio.

**Palabras clave:** Ansiedad, Depresión, Imagen corporal, Revisión sistemática.

---

A obesidade constitui um dos principais desafios globais de saúde pública. Está associada ao aumento na prevalência de diversas comorbidades, como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), dislipidemias, doenças cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares e respiratórias, diversos tipos de cânceres, problemas de saúde mental e, em consequência, risco elevado de mortalidade (Freire et al., 2021, Cuschieri & Grech 2020, Gravani et al., 2020, Andolfi & Fisichella, 2018, Engin, 2017, Arroyo-Johnson & Mincey, 2016).

A cirurgia bariátrica e metabólica (CBM) é considerada uma terapia eficaz para indivíduos que possuem um índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup>, ou igual ou superior a 35kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades associadas (Tchang, Saunders & Igel, 2021, Xu et al., 2021, Conceição et al., 2018, Ribeiro et al., 2018). Os critérios para CBM foram expandidos para inclusão de pacientes com IMC entre 30 e 35kg/m<sup>2</sup> que apresentam controle glicêmico deficitário (Xu et al., 2021).

Dentre os benefícios da CBM, destacam-se a melhora do controle glicêmico ou remissão do DMT2, a redução do risco cardiovascular, a melhora da apneia do sono, a diminuição das dores articulares, a melhora da qualidade de vida e a redução da mortalidade geral. Entretanto,

observa-se frequentemente o ganho de peso após a intervenção cirúrgica (Sarwer et al., 2021, Freire et al., 2021).

Diversos fatores têm sido propostos para explicar o ganho de peso após a CBM, incluindo estilo de vida e hábitos alimentares inadequados, status socioeconômico, influência genética, desequilíbrios metabólicos, aspectos cirúrgicos e anatômicos (Athanasiadis et al., 2021). Apesar de não existir consenso sobre os fatores de risco predominantes, o ganho de peso após a cirurgia também tem sido atribuído a fatores psicossociais pré-operatórios (Sarwer et al., 2021, Ribeiro et al., 2021).

Embora a compulsão alimentar, ansiedade e depressão não tenham valor preditivo quanto à magnitude da perda ponderal ou recorrência de episódios compulsivos após a cirurgia, observa-se escassez de estudos que analisam a relação entre a recuperação de peso e as alterações comportamentais. A saúde mental constitui um fator crucial no prognóstico da CBM em relação à manutenção sustentada da perda de peso ou recuperação do peso perdido (Freire et al., 2021).

Apesar de a elevada incidência dos sintomas de ansiedade e depressão e dos transtornos alimentares no pré-operatório de CBM, estudos realizados após a intervenção cirúrgica têm mostrado resultados divergentes, principalmente quando conduzidos em distintos momentos de

pós-operatório (Ribeiro et al., 2018, Canetti, Bachar & Bonne, 2016). Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi investigar os sintomas de ansiedade e depressão, e a imagem corporal em indivíduos obesos submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica.

## **Método**

### *Desenho*

Para esta revisão sistemática foram utilizados artigos indexados em seis bases de dados: REDIB (Rede Iberoamericana de Red Innovación y Conocimiento Científico), DOAJ (Directory of Open Access Journals), Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Portal Dialnet e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A fim de promover a qualidade, fiabilidade, consistência e integridade da pesquisa, esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as diretrizes PRISMA (Preferem Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). O modelo PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) consiste num checklist composto por sete sessões com 27 itens. Possui seis etapas principais abreviadas como PSALSAR (Protocolo, Pesquisa, Avaliação, Síntese, Análise e Relatório). A declaração PRISMA 2020 foi elaborada, principalmente, para revisões sistemáticas de estudos que avaliam os efeitos das intervenções de saúde, independente do desenho dos estudos incluídos. Os itens PRISMA 2020 são

relevantes para revisões sistemáticas de métodos mistos; ou seja, que incluem estudos quantitativos e qualitativos (Page et al., 2021). Os artigos selecionados foram submetidos à análise de qualidade metodológica, em que foram considerados 12 dos 18 indicadores da escala de qualidade SQUIRE 2.0 (Ogrinc et al., 2015), a saber: título, resumo, descrição do problema, objetivos, intervenção, medidas, análises, considerações éticas, resultados, interpretação, limitações e conclusões. Para determinar a qualidade dos artigos, eles foram revisados individualmente, levando-se em consideração os critérios previamente definidos. A coleta dos artigos ocorreu no mês de julho de 2021.

### *Procedimento*

Os termos de busca consideraram os idiomas inglês, espanhol e português por meio do operador booleano “AND”. Para cada base de dados, 03 (três) palavras-chave devidamente indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<https://decs.bvsalud.org>) foram utilizadas. Procedeu-se às seguintes combinações em espanhol: “Cirugía Bariátrica” AND “Ansiedad”; “Cirugía Bariátrica” AND “Depresión” y “Cirugía Bariátrica” AND “Imagen corporal”; em português: “Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”; “Cirurgia Bariátrica” E “Depressão” e “Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”; e em inglês: “Bariatric Surgery” AND “Anxiety”; “Bariatric Surgery” AND “Depression” and “Bariatric Surgery” AND “Body Image”.

As categorias consultadas para a seleção dos artigos foram título e resumo. A discussão crítica dessa revisão sistemática foi: "Após a cirurgia bariátrica os pacientes apresentam distorções na imagem corporal e sintomas de ansiedade e depressão comuns na fase pré-operatória?" Assim, utilizou-se a estrutura PICO (participantes, intervenção, comparadores e resultados do estudo) que consiste em uma ferramenta específica para determinar o escopo da pesquisa, sendo utilizada neste estudo para classificar os artigos quanto à elegibilidade (Liberati et al., 2009), conforme descrito na

Tabela 1. Foram incluídos artigos originais, publicados entre 2016 e 2021, com uma amostra de adultos submetidos à CBM, e texto completo para acessibilidade, contendo no título pelo menos um dos descritores utilizados. Foram excluídos: livros, capítulos de livros, teses, dissertações, monografias, artigos de revisão, relatos ou série de casos, artigos com foco na análise de protocolos, estudos de intervenção psicológica e/ou médica, artigos com metodologia incongruente e aqueles que não abordavam especificamente o assunto. Os artigos duplicados/triplicados também foram excluídos.

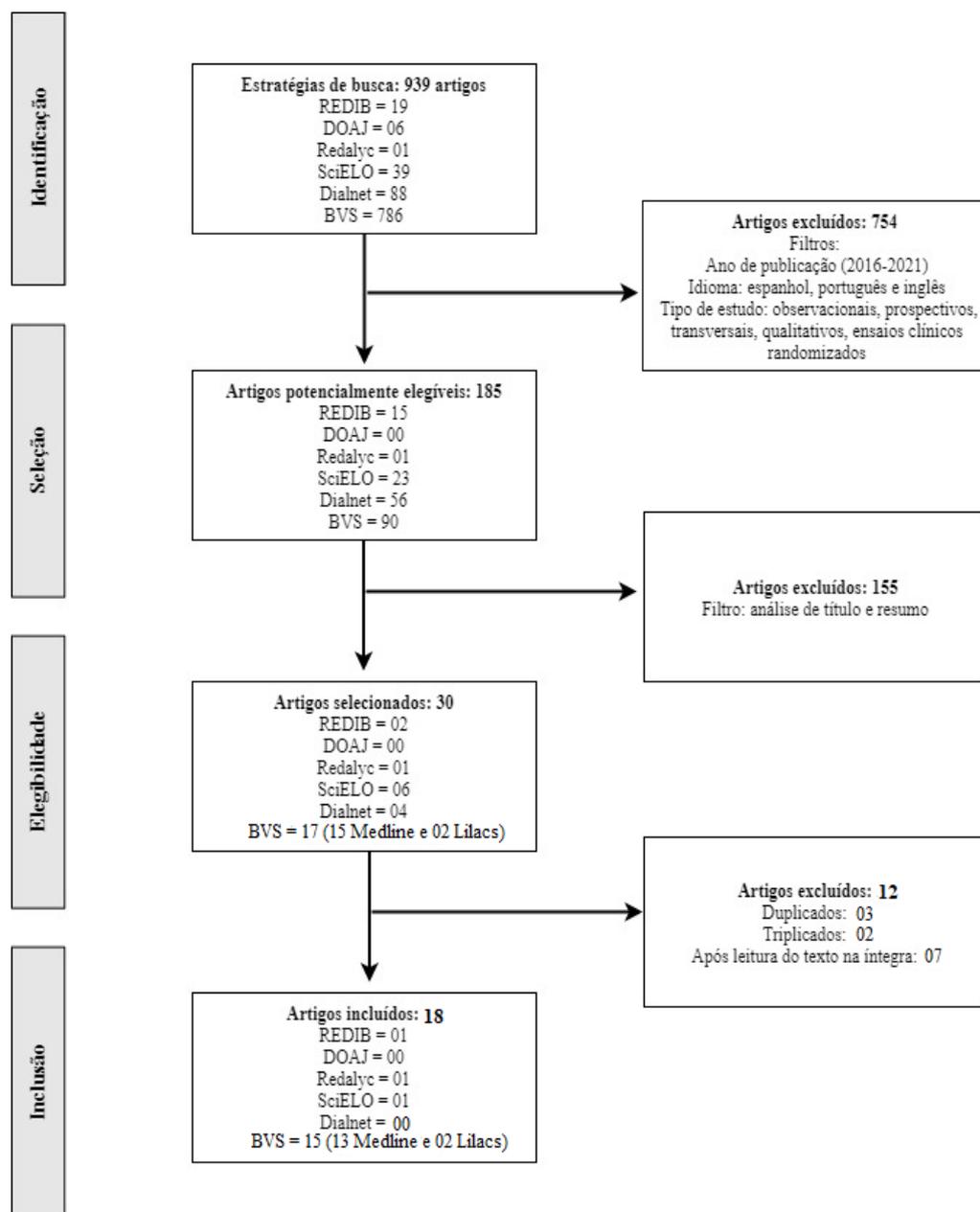
**Tabela 1.** Critérios de elegibilidade sobre o tema “Ansiedade, depressão e imagem corporal em obesos submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica”

<b>Categoria</b>	<b>Critério de inclusão</b>	<b>Critério de exclusão</b>
<b>População</b>	Indivíduos adultos ( $\geq 20$ anos de idade) com obesidade, que não responderam ao tratamento convencional.	Adolescentes e gestantes.
<b>Intervenção</b>	Cirurgia bariátrica, independente da técnica, associada ou não a modificações no estilo de vida.	Candidatos à cirurgia bariátrica e indivíduos submetidos à reabordagens cirúrgicas.
<b>Comparador</b>	Sem tratamento.	Não se aplica.
<b>Resultado (Outcomes)</b>	Status mentais (ansiedade e depressão) dos indivíduos e alterações na percepção da imagem corporal.	Status não comportamentais e mentais dos indivíduos.

## Resultados

Os primeiros resultados encontrados totalizaram 939 artigos. Após filtragem por ano de publicação, idioma e tipo de estudo, foram excluídos 754, restando 185 artigos. Foi realizado um novo filtro com análise de título e resumo, o que resultou em 30 artigos. Destes, 03 artigos eram duplicados e 02 artigos triplicados, sendo posteriormente excluídos. Após a leitura do texto na íntegra foram excluídos mais 07 artigos, o que

totalizou 12 exclusões. Logo, 18 artigos foram elegíveis para integrar essa revisão sistemática (Figura 1). Do total de 18 artigos, houve maior prevalência de inclusão na BVS, com 83,3% (n=15), seguida de 5,6% (n= 1) em REDIB, 5,6% (n= 1) SciELO e 5,6% (n= 1) Redalyc. Nenhum artigo das bases Dialnet e DOAJ foi incluído neste estudo. Ainda em relação à BVS, constatou-se que 86,7% (n=13) dos artigos estavam indexados em Medline e 13,3% (n=02) na Lilacs.



**Figura 1.** Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática.

A busca na REDIB resultou em 19 artigos, dos quais 18 (94,7%) foram excluídos, 17 (94,4%) não respondiam ao objeto do estudo, 01 artigo (5,6%) era triplicado (REDIB, SciELO e Dialnet), resultando em um único artigo incluído na amostra. As buscas na base DOAJ resultaram em 06 artigos, dos quais 01 (16,7%) foi excluído pelo ano de publicação (2010) e, posteriormente, 05 (83,3%) foram eliminados porque não

respondiam ao objeto do estudo, havendo 100% de artigos excluídos. Na Redalyc foi encontrado e selecionado 01 artigo que atendeu aos critérios de elegibilidade. Em relação à SciELO, dos 39 artigos encontrados, 23 (58,9%) foram considerados inicialmente, entretanto, após análise do título e resumo, somente 06 (15,4%) artigos foram considerados. Destes, 04 eram duplicados (50% SciELO e Dialnet; 50% SciELO

e BVS) e 01 triplicado (REDIB, SciELO e Dialnet), sendo excluídos. Apenas 01 artigo integrou a amostra dessa revisão. Na base de dados Dialnet, as buscas resultaram em 88 artigos, dos quais 32 (36,4%) foram excluídos e 56 (63,6%) selecionados. Após os critérios de exclusão, 04 artigos foram selecionados, porém, 02 eram triplicados (50% REDIB, SciELO e Dialnet e 50% SciELO, BVS e Dialnet) e 02 duplicados (50% SciELO e Dialnet; 50% SciELO e BVS), restando 0 artigo. Na BVS, dos 786 artigos encontrados, 90 (11,5%) foram selecionados. Destes, 73 (81,1%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e 02 (2,2%) estavam duplicados (SciELO e BVS), resultando em 15 estudos incluídos na amostra, sendo 13 artigos da Medline e 02 da Lilacs. Concluído o processo de elegibilidade, 18 (dezoito) artigos foram incluídos nessa revisão sistemática (Tabela 2).

**Tabela 2.** Total de artigos incluídos nas bases de dados selecionadas

<i>Base</i>	<i>Critério de busca</i>	<i>Selec. 1</i>	<i>Filtro</i>	<i>Selec. 2</i>	<i>Filtro</i>	<i>Selec. 3</i>	<i>Final</i>
<b>REDIB</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	8	Ano, idioma e delineamento de estudo	7	Exclusão: análise de títulos e resumos, revisão da literatura, candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	1	1
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	7		6		0	
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	4		4		1*	
<b>TOTAL</b>		<b>19</b>		<b>17</b>		<b>2</b>	<b>1</b>
<b>DOAJ</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	2	Ano, idioma e delineamento de estudo	2	Exclusão: análise de títulos e resumos, revisão da literatura, candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	0	0
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	3		3		0	
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	1		0		0	
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>		<b>5</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Redalyc</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	1	Ano, idioma e delineamento de estudo	1	Exclusão: análise de títulos e resumos, revisão da literatura, candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	1	1
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	0		0		0	
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	0		0		0	
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>SciELO</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	18	Ano, idioma e delineamento de estudo	12	Exclusão: análise de títulos e resumos, revisão da literatura, candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	1	1
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	13		6		1*	
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	8		5		4**	
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>		<b>23</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Dialnet</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	36	Ano, idioma e delineamento de estudo	24	Exclusão: análise de títulos e resumos, revisão da literatura,	0	0
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	37		22		0	

	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	15		10	candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	4 2*, 2**	
<b>TOTAL</b>		<b>88</b>		<b>56</b>		<b>4</b>	<b>0</b>
<b>BVS</b>	“Cirurgia Bariátrica” AND “Ansiedade”	158	Ano, idioma e delineamento	17	Exclusão: análise de títulos e	7	15
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Depressão”	346	de estudo	24	resumos, revisão da literatura,	7 2**	
	“Cirurgia Bariátrica” AND “Imagem Corporal”	282		49	candidatos à cirurgia, estudos de intervenção psicológica	3	
<b>TOTAL</b>		<b>786</b>		<b>90</b>		<b>17</b>	<b>15</b>
<b>Total de artigos incluídos nas bases de dados selecionadas = 18</b>							

O artigo selecionado na REDIB foi de 2016, no idioma espanhol, com delineamento descritivo de coorte retrospectiva. Já, o artigo selecionado na Redalyc foi publicado em 2017, no idioma português, sendo um estudo observacional e transversal. Em relação à SciELO, o único artigo incluído foi publicado em espanhol no ano de 2017, sendo um estudo qualitativo. Na BVS, 13 estudos eram provenientes de Medline, sendo todos com abordagem qualitativa. Destes, 11 (84,6%) artigos foram publicados no idioma inglês, 01 (7,7%) em português e 01 (7,7%) bilingue (português e inglês). Os dois artigos restantes da BVS foram encontrados na base de dados Lilacs, ambos estudos transversais de

abordagem quantitativa, sendo 01 (50%) publicado em português e 01 (50%) bilingue (português e inglês). Quanto ao país de origem, houve maior prevalência do Brasil, com 04 (22,2%) artigos publicados, seguido de Estados Unidos (11,1%, n=02), Europa (11,1%, n=02) e Colômbia (11,1%, n=02). Outros países incluem: Portugal, Canadá, Reino Unido, Israel, Holanda, Taiwan, Austrália e Áustria. Ao analisar o ano de publicação, constatou-se maior prevalência de artigos de 2018 (61,1%, n = 11), após 2017 (16,6%, n=03) e 2016 (11,1%, n=2). Apenas 01 (5,6%) artigo foi publicado nos anos de 2019 e 2020. Não foram encontrados artigos publicados em 2021 (Tabela 3).

**Tabela 3.** Características dos artigos incluídos na revisão sistemática quanto à base de dados, referência, tipo de estudo, idioma e país de origem (n = 18).

<i>Artigo</i>	<i>Base</i>	<i>Referência</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>País</i>	<i>Idioma</i>
<b>A1</b>	REDIB	Ramírez, A., et al. (2016). Características clínicas y demográficas de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Medellín. <i>Med U.P.B.</i> , 35(2),81-88.	Descritivo de coorte retrospectiva	Colômbia	Espanhol
<b>A2</b>	Redalyc	Della Méa, Cristina Pilla, & Pecam, Carlisa (2017). Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. <i>Revista Psicologia e Saúde</i> , 9(3),119-130.	Observacional transversal, com variáveis de desfecho quantitativas	Brasil	Português
<b>A3</b>	SciELO	Salazar-Maya A.M., & Hoyos-Duque T.N. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. <i>Enferm. univ</i> ; 14(1),28-38.	Qualitativo baseado no paradigma interpretativo.	Colômbia	Espanhol

<b>A4</b>	BVS Medline	Feig, E.H., Golden, J. & Huffman, J.C (2019). Emotional impact on health behavior adherence after bariatric surgery: what about positive psychological constructs? <i>Obes Surg.</i> , 29(7), 2238–2246.	Transversal, qualitativo	Estados Unidos	Inglês
<b>A5</b>	BVS Medline	Conceição, E., Teixeira, F., Rodrigues, T., Lourdes, M., Bastos, A., Vaz, A., & Ramalho, S. (2018). Problematic eating behaviors after bariatric surgery: a national study with a portuguese sample. <i>Acta Médica Portuguesa</i> , 31(11), 633-640.	Transversal, qualitativo	Europa	Português
<b>A6</b>	BVS Medline	Pinto-Bastos, A., Conceição, E., de Lourdes, M., Arrojado, F., Brandão, I, & Machado, PPP. (2018). Psychological and behavioral aspects of primary and reoperative surgery: a 6-month longitudinal study. <i>Obes Surg</i> 28, 3984–3991.	Longitudinal, qualitativo, quantitativo	Portugal	Inglês
<b>A7</b>	BVS Medline	Ribeiro, G.A.N.A., Giapietro, H.B., Belarmino, L.B., & Salgado-Junior, W. (2018). Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem. <i>ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.</i> , 31(1), e1356.	Retrospectivo, prospectivo qualitativo	Brasil	Inglês Português
<b>A8</b>	BVS Medline	Ho, K., Hawa, R., Wnuk, S., Okrainec, A., Jackson, T., & Sockalingam, S. (2018). The psychosocial effects of perioperative complications after bariatric surgery. <i>Psychosomatics</i> , 59(5),452-463.	Coorte retrospectiva. qualitativo	Canadá	Inglês
<b>A9</b>	BVS Medline	Nancarrow, A., Hollywood, A., Ogden, J., & Hashemi, M. (2018). The role of attachment in body weight and weight loss in bariatric patients. <i>Obes Surg</i> , 28(2),410-414.	Transversal, quantitativo	Reino Unido	Inglês
<b>A10</b>	BVS Medline	Canetti, L., Bachar, E. & Bonne, O. (2016). Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. <i>Eur J Clin Nutr</i> 70, 17–22.	Qualitativo	Israel	Inglês
<b>A11</b>	BVS Medline	Monte, S.V., Russo, K.M., Mustafa, E., & Caruana, J.A. (2018). Impact of sleeve gastrectomy on psychiatric medication use and symptoms. <i>Journal of Obesity</i> , 2018(ID 8532602),1-5.	Transversal qualitativo, com análise retrospectiva de prontuários	Estados Unidos	Inglês
<b>A12</b>	BVS Medline	Silva, J., Vasconcelos, H., Figueiredo-Braga, M., & Carneiro, S. (2018). How is bariatric surgery improving the quality of life of obese patients: a portuguese cross-sectional study. <i>Acta Médica Portuguesa</i> , 31(7-8), 391-398.	Transversal, qualitativo, quantitativo	Europa	Inglês
<b>A13</b>	BVS Medline	Monpellier, V.M., Antoniou, E.E., Mulkens, S., Janssen, I.M.C., van der Molen, A.B.M., & Jansen, A.T.M. (2018). Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery, <i>Surgery for Obesity and Related Diseases</i> , 14(10),1507-1515.	De grande corte transversal, qualitativo	Holanda	Inglês
<b>A14</b>	BVS Medline	Chia-Wen, Lu, Yu-Kang, Chang, Yi-Hsuan Lee, Chia-Sheng Kuo, Hao-Hsiang Chang, Chi-Ting Huang, Chih-Cheng Hsu & Kuo-Chin Huang (2018). Increased risk for major depressive disorder in severely obese patients after bariatric surgery — a 12-year nationwide cohort study. <i>Annals of Medicine</i> , 50(7), 605-612.	Coorte nacional	Taiwan	Inglês
<b>A15</b>	BVS Medline	Preiss, K., Clarke, D., O'Brien, P., Garcia, X.P., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Psychosocial predictors of change in depressive symptoms following gastric banding surgery. <i>Obes Surg</i> , 28(6), 1578–1586.	Prospectivo, qualitativo	Austrália	Inglês
<b>A16</b>	BVS Medline	Efferdinger, C., König, D., Klaus, A., & Jagsch, R. (2017). Efferdinger, C., König, D., Klaus, A. et al. Emotion regulation and mental well-being before and six months after bariatric surgery. <i>Eat Weight Disord</i> , 22(2), 353–360.	Prospectivo, qualitativo	Áustria	Inglês

<b>A17</b>	BVS Lilacs	Silva, H. B. A., Rossoni, C., Oliveira, T.M.S., Iannuzzi, G.C., & Nakasu, M.V.P. (2020). Percepção da imagem corporal e tolerância alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um hospital do Sul de Minas Gerais. <i>Semina: Ciências Biológicas e da Saúde</i> , 41(2), 123-140.	Estudo prospectivo transversal de abordagem quantitativa	Brasil	Português
<b>A18</b>	BVS Lilacs	Lacerda, R.M.R., Castanha, C.R., Castanha, A.R., Campos, J.M., Ferraz, A.A.B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. <i>Rev Col Bras Cir.</i> , 45(2), e1 793.	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Brasil	Inglês Português

No Tabela 4 estão sumarizadas as principais características e os achados dos estudos selecionados nessa revisão sistemática.

**Tabela 4.** Características dos artigos incluídos na revisão sistemática quanto aos objetivos, amostra, coleta de dados, resultados e conclusão (n = 18).

<i>Artigo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Amostra</i>	<i>Coleta de dados</i>	<i>Resultados</i>	<i>Conclusão</i>
<b>A1</b>	Descrever as características clínicas e demográficas de pacientes submetidos a CBM numa clínica em Medellín (jan.-dez./2010).	525 pacientes (80,6% mulheres), 53,7% casados, com mediana de idade de 39 anos e de IMC 41,1kg/m <sup>2</sup> .	Instrumento elaborado pelos pesquisadores, com variáveis demográficas, clínicas e cirúrgicas para coleta de informações nos prontuários dos pacientes.	Observou-se maior prevalência de HAS 56%, seguida de dislipidemia 44,8%. Transtorno psiquiátrico em 36%, sendo 13,5% depressão maior. Houve TCA em 10,7%, tabagismo 6,5%, TAG 6,3% e transtorno por uso de álcool 6,1%.	Sintomas mais frequentes: depressão maior, TCA, tabagismo, TAG e transtorno por uso do álcool. Reganho ponderal e aumento de transtornos por uso de álcool foram consequentes ao uso de licor.
<b>A2</b>	Avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e o uso de substâncias psicoativas em pacientes submetidos a CBM entre 1 e 2 anos de PO.	20 pacientes (55% mulheres), 70% casados, com média de 44,5±12,47 anos de idade e de 17,55±4,96 meses de PO.	Questionário sociodemográfico. Escalas de BAI e BDI – avaliar sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente. ASSIST – avaliar o envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias.	Sintomas mínimos de ansiedade em 80%; leves em 15% e moderados em 5%. Sintomas depressivos mínimos em 85%, seguidos por leves 10% e moderados 5%. Sem necessidade de intervenção em 75% dos pacientes; 15% com necessidade de intervenção para o uso de álcool; 5% de tabaco, e 5% de maconha.	Evidenciaram-se sintomas de ansiedade com intensidade mínima e sintomas mínimos/ausentes de depressão. O aumento de substâncias psicoativas foi proporcional ao tempo de CBM.
<b>A3</b>	Apresentar a categoria na busca da imagem corporal (IC) desejada entre seis e 36 meses de CBM	23 pessoas não institucionalizadas (60,8% mulheres), 43,5% casadas, com mais de 18 anos de idade, média de 27,43 meses de CBM, independente da técnica cirúrgica.	Entrevistas semiestruturadas, para a análise dos dados. Foram utilizadas as ferramentas da teoria fundamentada até saturação da informação.	A categoria na busca da IC desejada se compõe pelas subcategorias: cumprimento de requisitos para reconstrução (ainda que tudo caia não se deseja a cirurgia reconstrutiva) e reconstrução, vestígios, vaidade e adição às cirurgias estéticas.	A CBM não garante uma IC magra, o que requer novas cirurgias. A reconstrução da IC após CBM nem sempre é satisfatória, há vestígios que afetam distintas dimensões pessoais.
<b>A4</b>	Medir o otimismo e o efeito positivo em pacientes pós-CBM, e associar com adesão	95 pessoas (90,5% mulheres), com média de idade de	LOT-R - Avaliar o otimismo. PANAS - avaliar os afetos positivos.	O otimismo foi associado independentemente com melhor adesão e maior AF moderada a vigorosa. O	Estados emocionais são cruciais para adesão às

	ao comportamento de saúde, AF e perda de peso; testar sintomas de depressão e ansiedade como moderadores.	49,9±11,8 anos; pós-CB entre 32 dias e 24 anos (média de 3,5±4,7 anos de PO).	HADS - avaliar ansiedade e depressão. IPAQ - avaliar os níveis de AF. BSSQ - avaliar autogestão comportamental no pós-CBM.	efeito positivo foi associado a melhor adesão e maior AF moderada a vigorosa, e independentemente com maior perda ponderal. Os sintomas de ansiedade moderaram a relação entre afeto positivo e adesão, e depressão, e ansiedade.	recomendações comportamentais. Ensinar habilidades para impulsionar estados positivos pode auxiliar pacientes no alcance das metas.
<b>A5</b>	Caracterizar a população após a CBM em termos da frequência de CAP ao longo do tempo e a compreensão das características psicológicas associadas.	155 indivíduos submetidos a CBM (92,3% mulheres), 61,3% casados, com média de idade de 40,37±8,1 anos.	ED-15 - avaliar sintomas de perturbações alimentares. EADS-21 – avaliar estados afetivos, de ansiedade, depressão e stress. UPPS-P – avaliar impulsividade. QACAP – avaliar CAP.	Petisco contínuo, ingestão alimentar compulsiva, preocupação com peso/forma corpórea e urgência negativa foram mais frequentes 24 meses pós-CBM comparados a momentos precoces. Psicopatologia alimentar e CAP correlacionam-se positivamente com ansiedade, depressão, stress e urgência negativa.	Observou-se uma tendência crescente de pacientes a CAP e níveis de impulsividade ao longo do tempo de PO, além de agir impulsivamente quando sob emocionalidade negativa para explicar a presença de CPA.
<b>A6</b>	Comparar desordens alimentares e resultados relacionados ao peso antes e 6 meses de PO em pacientes submetidos à CBM primária (GP) e reoperatória (GR).	238 pacientes: 122 do GP (média de idade de 42,78 ±11,37 anos; 88,5% mulheres; 68,9% casados) e 116 do GR (média de idade de 47,85 ±9,23 anos; 92,2% mulheres; 65,5% casados) antes e 6 meses pós-CBM.	Entrevista - variáveis sociodemográficas, clínicas e compulsão alimentar. EDE-Q – avaliar transtornos alimentares. DASS-21 – avaliar ansiedade, depressão e stress. UPPS-P - avaliar comportamento impulsivo. Rep(eat)-Q -avaliar petisco.	Com 6 meses pós-CBM, observou-se no GR valores significativamente maiores para contenção, forma, preocupações com o peso, depressão, ansiedade e comportamento de CAP. Ainda no GR, a ansiedade pós-CB e o número de dias PO com compulsão no mês anterior foram fatores preditores significativos de perda de peso.	O GR cursou com alimentação mais problemática e sofrimento psicológico geral após seis meses de PO, o que pode colocar esses pacientes em maior risco de piores desfechos de peso em longo prazo.
<b>A7</b>	Avaliar o perfil psicológico de pacientes de um serviço público de CBM antes e após o procedimento.	281 pacientes (83% mulheres), 64% casados. Destes, 109 completaram as avaliações antes (T0) e até 23 meses PO (T1); 128 completaram as avaliações em T0 e de 24-59 meses PO (T2); e 44 em T0 e 60 meses PO (T3).	Entrevista semiestruturada (dados sociais, demográficos e sentimentos em relação ao peso e tamanho corporal). BDI e BAI – avaliar sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente. ECAP - avaliar sintomas de CAP.	Observou-se que, ao analisar todos os tempos de avaliação, em relação à ansiedade, depressão e compulsão alimentar, houve redução de todos os sintomas em T1, com melhorias significativas nos primeiros 23 meses pós-CB. Em T2 e T3 constatou-se aumento de todos os indicadores de ansiedade, depressão e compulsão alimentar.	Houve impacto transitório da perda de peso pela CBM nos sintomas de ansiedade, depressão e CAP. Avaliações psicológicas contínuas e necessidade de intervenções multiprofissionais, independente da perda de peso são necessárias.
<b>A8</b>	Comparar os resultados psicológicos e de qualidade de vida em pacientes submetidos à CBM, com e sem complicações no pós-operatório de 1 ano, bem como complicações precoces <i>versus</i> complicações tardias.	365 pacientes (80% mulheres) matriculados no TWH-BSP entre mar/2010 e nov./2015, com média de idade de 44,7 ± 10,0 anos, separados em pacientes com alguma complicação (AC)	Questionários psicossociais no pré e PO de 1 ano. Prontuários dos pacientes. PHQ-9 - avaliar a gravidade dos sintomas depressivos. GAD-7 - avaliar sintomas de ansiedade. SF36 - avaliar a qualidade de vida nos componentes	Após 1 ano PO: pacientes tiveram perda de peso significativa. NC: melhora significativa em PHQ-9, GAD-7, SF36-MCS, SF36-PCS. Os % de pacientes com depressão e ansiedade tiveram redução significativa. AC: melhora significativa em PHQ-9, GAD-7 e SF36-PCS, mas sem diferença em SF36-	Pacientes com recuperação descomplicada tiveram melhora significativa na depressão, ansiedade, QV mental e física. Pacientes com complicações PO tiveram melhora significativa na

		no PO e nenhuma complicação (NC) no PO de 1 ano.	mentais (SF36-MCS) e físicos (SF36-PCS).	MCS. Mudança significativa no % de pacientes com depressão; fato ausente naqueles com ansiedade.	depressão, ansiedade e QV escore físico. Complicações PO dificultam melhora emocional e na QV.
<b>A9</b>	Comparar os estilos de apego entre pacientes submetidos à CBM e um grupo controle (eutróficos), e explorar o papel dos estilos de apego na previsão da perda de peso pós-CBM em 1 ano de seguimento.	390 pacientes, divididos em: Controle (n=195), 78,5% mulheres, média de idade 38,33±11,04 anos e IMC 24,47±2,9 kg/m <sup>2</sup> . Bariátrico (n=195), 79% mulheres, média de idade 43,52±11,93 anos e IMC 45,64±7,19 kg/m <sup>2</sup> .	ECR-R - avaliar a ansiedade relacionada ao apego e evitação relacionada ao apego.	143 pacientes do grupo bariátrico concluíram o estudo (46,9% GRDIYR, 51,0% Sleeve, 1,4% banda gástrica e 0,7% outro) e tiveram níveis mais elevados de apego ansioso e mais baixos de apego evitador. Houve importante mudança no IMC do grupo bariátrico após 1 ano de PO, independente do sexo ou tipo de cirurgia. O apego ansioso e o apego evitador não previram mudança no IMC durante 1 ano de PO.	Os pacientes bariátricos relataram maior apego ansioso e menor apego evitador, o que pode refletir no uso do alimento como meio de regular as emoções que levam ao ganho de peso. O estilo de apego não esteve relacionado à perda de peso após a CBM.
<b>A10</b>	Avaliar a saúde mental e o funcionamento psicológico de pacientes bariátricos antes da cirurgia, após 1 ano e após 10 anos de seguimento, e os comparar com os participantes de um programa alimentar.	36 pacientes de CBM (média de idade de 45,58±9,82 anos, 86,1% mulheres) e 34 participantes de um programa de perda de peso (média de idade de 57,28±10,85 anos, 64,7% mulheres) foram avaliados em 3 momentos: antes da CBM, 1 ano PO e 10 anos PO.	Foram administrados aos participantes o inventário de saúde mental, o neurótico, o senso de controle e o medo das escalas de intimidade. Junto com essas medidas mentais e psicológicas, utilizou-se a forma curta de desfecho médico (SF-36).	O grupo bariátrico foi bem-sucedido na perda de peso (redução de 27% do peso pré-operatório) após 10 anos de PO, melhor do que os escores de QVRS basais. Entretanto, a saúde mental geral, o neuroticismo, senso de controle e medo dos escores de intimidade tiveram deterioração significativa em comparação com o pré-operatório após 10 anos de CBM. Somente no domínio físico do SF-36 houve melhora significativa após 10 anos de PO.	Observou-se deterioração da saúde mental nos pacientes bariátricos após 10 anos de PO. Dessa forma, enfatiza-se a importância da identificação de um grupo de risco entre os pacientes bariátricos para os quais o acompanhamento alimentar e psicológico pode ser de crucial importância.
<b>A11</b>	Caracterizar a depressão e a mudança dos sintomas de ansiedade; a alteração do uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos; e identificar preditores de melhora ou piora dos sintomas após a CBM.	59 pessoas, sendo 38 (64,4%) com depressão, 08 (13,6%) com ansiedade e 13 (22%) com depressão e ansiedade; média de idade de 51±13 anos; 86% mulheres; entre 3 e 6 meses de PO de CBM.	PGIC - autorrelato de crença do paciente sobre a eficácia terapêutica (piora/melhora dos sintomas de ansiedade e depressão). Medicamentos - avaliação do uso (dose/frequência) como inalterado, aumentado, diminuído, descontinuado ou com mudança na classe. Prontuários: análise de IMC, EP, PI, %PEP, diagnósticos e medicamentos.	Das 21 pessoas com ansiedade, não houve alteração terapêutica em 62% e houve redução medicamentosa em 24%. Os sintomas de ansiedade melhoraram em 57%, pioraram em 14% e se misturaram em 24%. Mesma dose em 58% dos que melhoraram os sintomas, com redução em 25%. Das 51 pessoas com depressão, não houve alteração na farmacoterapia; 21% não continuaram e 8% reduziram. Sintomas depressivos melhoraram em 67%; mistos em 20%;	Melhora dos sintomas de depressão e ansiedade na maioria dos pacientes entre 3 e 6 meses de PO. Ansiolíticos e antidepressivos foram alterados em 1/3 dos casos, com redução ou descontinuação da dose. Houve alteração de fármacos em 20%, o que pode refletir absorção comprometida. Em

				pioraram em 8% e inalterados em 6%.	90% daqueles que melhoraram os sintomas de ansiedade e depressão houve interrupção ou redução de fármacos.
<b>A12</b>	Avaliar até que ponto a CBM contribui para a melhora dos parâmetros metabólicos e da QV em pacientes submetidos a duas técnicas cirúrgicas distintas; descobrir as diferenças entre os resultados pelas duas intervenções e esclarecer a relação entre recuperação metabólica e QVRS.	80 pacientes (59 cirúrgicos e 21 candidatos), média de idade de 45,6±10,8 anos, 79% mulheres, separados em: 1 – GBP = Bypass (n=43), responderam a avaliação durante visitas PO (1 a 1/2 ano de PO); 2 – GSL = Sleeve (n=16), responderam a avaliação no pré-operatório; 3 – GPC = Pré-CBM (n=21).	SF-36 – avaliar a QVRS por meio de domínios físico e mental. HADS – avaliar o nível de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D). Avaliação clínica e cirúrgica – tipo de CB, uso de medicações (anti-hipertensivos, antidiabéticos, antilipídêmicos), evolução do IMC. Exames bioquímicos no pós-CB de 1 ano: A1c, glicose, CT, HDL, LDH e TG. Calculou-se o IAP.	44% dos operados não usavam regularmente a medicação e 39% tinham reduzido/interrompido a medicação usual. GBP e GSL tiveram melhora metabólica; redução do IMC (28,4% no GBP e 31,0% no GSL); pontuação de SF-36 de 84 na saúde física e 79 mental. Resultados significativos comparados ao GPC (38 na saúde física e 43 mental). Ansiedade em 20,6% GBP, 7,1% GSL, 66,7% GPC. Depressão 15,2%, 0%, 61,9%, respectivamente, sem diferença entre GBP e GSL. Ao comparar SF-36, HADS-A e HADS-D entre GPC e bariátricos, houve diferença significativa em todas as análises, com pontuações mais altas no SF-36 e mais baixas no HADS-A/D nos operados. Houve correlação positiva entre A1c e SF-36 e, negativa entre A1c e % de redução de peso.	Os domínios físico e mental do SF-36 foram mais elevados nos pacientes ao final de 1 ano de PO em comparação ao GPC. Houve redução de IMC e parâmetros metabólicos, sem diferenças entre GBP e GSL. A1c foi considerada o melhor parâmetro metabólico capaz de sinalizar as mudanças na QV. A CBM ajuda a melhorar a QV do paciente obeso e a reduzir o sofrimento psicológico. A triagem pré-operatória e o tratamento de depressão e ansiedade são primordiais, podendo aumentar a eficácia da perda de peso após CBM e melhorar a QV.
<b>A13</b>	Avaliar a relação entre imagem corporal, sintomas depressivos e perda de peso em uma população pós-CBM, com foco no desejo por cirurgia de contorno corporal (CC).	590 pacientes submetidos à CBM de out./2011 a nov./2012, 81,2% mulheres, separados em 3 grupos: 1-GD -360 (62,4%) pacientes que desejavam realizar a CC, 84,5% mulheres; 2- GND - 157 (26,6%) pacientes que não desejavam a CC, 68,2% mulheres; 3-GR - 65 (11%) que haviam realizado a CC, 93,8% mulheres.	Banco de dados prospectivo – analisar as características demográficas e alterações ponderais antes da CBM, aos 12 e 24 meses de PO, para cálculo de IMC e suas alterações, %PEP, %PPT. Entrevista sobre CC - avaliar o desejo dos pacientes à CC ou se já tinham sido submetidos à CC. QMC – avaliar as preocupações com a forma corpórea. QMREC – avaliar aspectos relacionados à autoimagem corporal. BDI-II – avaliar sintomas de depressão.	O IMC antes pré-OP foi maior no GD 46,2kg/m <sup>2</sup> em comparação ao GND 44,1kg/m <sup>2</sup> e GR 43,9kg/m <sup>2</sup> . O GR teve IMC menor durante todo seguimento. A perda de peso (mudança no IMC e PPT) foi maior no GD comparado ao GND. No GR, a perda de peso foi mais elevada. A pontuação no QMC foi maior no GD (49,5) comparado aos demais grupos, a diferença entre GND (30,1) e GR (40,2) foi significativa. Houve grande preocupação com a forma (>66): GD em 15,7%; GND em 1,4% e GR em 10%, resultados significativos. Para QMREC, o GD teve	O GD apresentou escores significativamente mais baixos nas escalas de avaliação da aparência e satisfação com a imagem corpórea e mais sintomas depressivos. O GND cursou com taxas mais baixas de sintomas depressivos e uma imagem corporal mais positiva. No GD, o %PPT foi afetado negativamente pelos sintomas depressivos por meio da avaliação da aparência e da

				<p>pontuação de 2,58 na aparência, menor significativamente que GND (3,26) e GR (3,23). GD teve satisfação da área corporal de 2,68 pontos, significativamente menor que GND (3,22) e GR (3,14). GND teve menor pontuação na aparência (3,27) e preocupação com sobrepeso (2,41). GD teve pontuação maior (3,86) na classificação do peso; GR significativamente mais baixa com 3,24 pontos. No BDI-II, a pontuação foi maior no GD (14,6), comparado ao GND (9,1). O GR teve 12,1, sem diferença significante entre os grupos.</p>	<p>satisfação da área corporal. Há diferenças em relação à satisfação com a imagem corporal e sintomas depressivos quando comparamos pacientes pós-bariátricos e sem desejo por CC. A satisfação com a imagem corporal está associada a menos sintomas depressivos nos pacientes submetidos à CBM. Para GD, a imagem corporal é um dos mediadores da relação entre %PPT e sintomas depressivos.</p>
<b>A14</b>	<p>Comparar a incidência de TDM entre pacientes obesos graves submetidos à CBM e controles com obesidade grave pareados e, examinar a relação entre a CBM e o risco de TDM para diferentes tipos de cirurgia e períodos de observação.</p>	<p>8.795 obesos graves, separados em: 1. GCB: fizeram CBM; média de idade de 32,2±9,8 anos; 61,9% mulheres; com 4,89±2,17 anos de seguimento (n=2.302). 2. GC: não fizeram CBM (controle); média de idade de 32,8±10,7 anos; 61,5% mulheres; 4,98±2,06 anos de seguimento (n=6.493).</p>	<p>NHIRD foi usado para condução dessa coorte de 12 anos. Pacientes acompanhados até a morte, ou com diagnóstico de TDM, ou o desfecho que tiver ocorrido primeiro.</p>	<p>Os seguintes resultados foram encontrados: risco de 1,70 vezes maior de TDM no GCB em comparação ao GC; o risco de TDM aumentou 3,01 vezes com a CB disabsortiva e 1,51 vezes com a CB restritiva em comparação ao GC; a incidência de TDM aumentou 4 anos após CB em comparação com a incidência no GC.</p>	<p>Obesos graves submetidos à CBM tiveram um risco maior de TDM do que os controles, com incidência de TDM de 4 anos de PO. A má absorção foi mais importante do que a ingestão alimentar restritiva no desenvolvimento de TDM. A associação entre déficits de micronutrientes e TDM após CBM requer investigação aprofundada.</p>
<b>A15</b>	<p>Avaliar, nos primeiros 1 a 6 meses após a CBM, o padrão de mudança de peso, sintomas depressivos e variáveis psicossociais; a relação entre perda de peso e sintomas depressivos, e identificar correlatos e preditores de mudança PO em pacientes com sintomas depressivos.</p>	<p>99 pacientes, 80% mulheres, com média de idade de 42,60±9,93 anos, submetidos à CBM pela técnica banda gástrica avaliados antes da CBM e mensalmente (durante 6 meses) após a CBM.</p>	<p>IRSAD - avaliar as condições econômicas e sociais. BDI-II – avaliar os sintomas depressivos. SF36 – avaliar a saúde física percebida. EAR – avaliar a autoestima. IWQOL-lite - avaliar a experiência de estigmatização relacionada a obesidade. EDE-Q6 – avaliar a percepção da imagem corporal.</p>	<p>Melhora significativa de peso, sintomas depressivos e variáveis psicossociais (insatisfação com a IC, autoestima, percepção de estigmatização baseada no peso e saúde física percebida) com 1 e 6 meses de PO. Perda de peso teve correlação significativa com a mudança nos sintomas depressivos com 1 e 6 meses de PO. Insatisfação com IC e autoestima foram responsáveis parcialmente pela</p>	<p>Houve melhora significativa dos sintomas depressivos após a CBM. A insatisfação com a IC e a autoestima previram mudança nos sintomas de depressão. As intervenções direcionadas à IC e autoestima podem melhorar os sintomas depressivos em pacientes</p>

				mudança dos sintomas depressivos.	submetidos à CBM.
<b>A16</b>	Investigar as estratégias de regulação emocional (RE) no pré-operatório e pós-operatório de CBM e fornecer informações sobre as interações entre RE, sintomas depressivos, QVRS e perda de peso no PO.	45 pacientes (76% mulheres), média de idade de 44,07±13,28 anos, 96% austríacos.	BECK-II – avaliar a gravidade dos sintomas depressivos. SF-36- avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. IRE-EN – avaliar as estratégias de RE. As ferramentas foram avaliadas antes da CB e após 6 meses de PO.	Em 6 meses de PO, redução significativa de IMC, %PP (26%), %PEP (32%). Pacientes com maior perda de peso aplicaram a estratégia de expressão controlada com maior frequência no PO quando comparado ao pré-OP e aos pacientes com menor perda de peso. No pré-OP graves prejuízos nos sintomas depressivos e na QVRS, sendo que após 6 meses de PO houve melhoria do bem-estar geral. Não houve melhora em relação ao uso de estratégias de RE, porém, após 6 meses de PO, os pacientes estavam satisfeitos com sua RE em comparação ao pré-OP (efeito médio). Identificou-se três grupos: 1) mudança positiva (n=14) que estava insatisfeito no pré-OP, mas satisfeito no pós-OP; 2) metade da amostra (n=23) ficou satisfeita no pré-OP e pós-OP (estável positivo); 3) menor grupo (n=8) que permaneceu insatisfeito.	A perda de peso no pós-OP conduziu a melhorias na satisfação de RE e bem-estar mental. O aumento da satisfação estava relacionado a menor prejuízo e a comunicação aprimorada de emoções negativas como forma de regulação adaptativa. Estratégias para aumentar essa satisfação pode consistir numa abordagem promissora para perda de peso. Torna-se imprescindível treinar pacientes em RE, encorajando a confiança no sentido de serem capazes de controlar as emoções com sucesso e aplicar estratégias RE adaptativas de forma eficaz.
<b>A17</b>	Identificar a tolerância alimentar e a percepção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica.	36 pacientes adultos submetidos à CBM entre 6 e 18 meses; 40% casados; 75% mulheres.	Formulário SE para avaliar características sociodemográficas e antropométricas. QTA – avaliar a qualidade da alimentação e tolerância alimentar. BSQ-34 – avaliar o grau de preocupação com forma do corpo, autodepreciação da aparência física e presença de insatisfação/distorção da IC. EFS – avaliar qual IC o paciente se identifica atualmente e qual gostaria de ter.	Houve uma redução de 31,8% do IMC e do peso corporal entre pré- e pós-CBM. 97,2% tiveram intolerância alimentar no PO, sendo vômito (62,9%) e dificuldade de alimentar-se (57,9%) os sintomas mais prevalentes. Alimentos menos tolerados: massas (50,0%), carne vermelha (35,3%), pão (27,3%) e arroz (22,2%). 83,3% possuíam insatisfação com a IC e desejavam diminuir a silhueta, e 2,8% desejavam aumentá-la. 85,2% das mulheres insatisfeitas e queriam diminuir a silhueta.	Pacientes tiveram intolerância alimentar significativa e avaliação negativa sobre a auto IC no PO. A educação e o acompanhamento nutricional desde o pré-OP e a contextualização das representações e interpretações relacionadas às alterações no corpo destes indivíduos são fundamentais para adequada intervenção profissional.
<b>A18</b>	Investigar as mudanças na percepção da imagem corporal em pacientes	36 pacientes de 22 a 63 anos submetidos à CBM há no máximo	EFS - avaliar qual imagem o paciente se identifica atualmente e qual imagem ele gostaria de ter. Escala composta de silhuetas de ambos os	A média de distorção foi positiva (6,43kg/m <sup>2</sup> ) e insatisfação negativa (-6,91kg/m <sup>2</sup> ). 87,5% M e 100% H se viam maiores do que realmente eram.	Observou-se que a maioria das pessoas se via maior do que realmente era e gostaria de ter

submetidos à CBM, avaliando a acurácia/inacurácia na estimativa do tamanho corporal e a satisfação/insatisfação com os corpos após a cirurgia.	sete anos; 88,9% mulheres (M) e 11,1% homens (H).	sexos e médias de IMC entre 12,5 e 47,5 kg/m <sup>2</sup> . Para a construção do grau de insatisfação com a imagem corporal foi calculada a diferença do IMC desejado e o IMC atual (kg/m <sup>2</sup> ).	85,3%M e 50% H desejavam diminuir a silhueta. 11,8%M e 50% H gostaram do resultado PO (tamanho da silhueta). A média de insatisfação de M (-7,03kg/m <sup>2</sup> ) e H (-5,0kg/m <sup>2</sup> ), foi negativa e a média da distorção positiva para M (6,60kg/m <sup>2</sup> ) e H (3,72kg/m <sup>2</sup> ). O maior nível de insatisfação com IC foi no PO até 6 meses, seguido de 12-24 meses e >24 meses. A distorção da IC foi maior no grupo com 12-24 meses de pós-OP, seguido de 6-12 meses e >24 meses.	uma silhueta menor. Quanto à satisfação com o tamanho da silhueta, apenas 11,8% das mulheres gostaram do resultado pós-OP, enquanto que entre os homens houve 50% de satisfação. Embora o IMC tenha reduzido significativamente após CBM, a maioria dos pacientes estava insatisfeita com o peso corporal, percebendo-o maior do que realmente era, inacurácia perceptiva.
--	---	---	---	--

Legenda: CBM-cirurgia bariátrica e metabólica. OP- operatório. PO-pós-operatório. IMC-índice de massa corporal. HAS-hipertensão arterial sistêmica. TCA-transtorno de compulsão alimentar. TAG-transtorno de ansiedade generalizada. BAI-inventário Beck de ansiedade. BDI-inventário de depressão de Beck. ASSIST-teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. ED-15-eating disorder-15. EADS-21-escala de ansiedade, depressão e stress-21. UPPS-P-escala do comportamento impulsivo. QACAP-questionário de avaliação de comportamentos alimentares problemáticos. CAP-comportamentos alimentares problemáticos. ECAP-escala de compulsão alimentar periódica. AF-atividade física. LOT-R-Life Orientation Test-Revised. PANAS-Escala de afetos positivo e negativo. HADS-escala hospitalar de ansiedade e depressão. IPAQ-questionário internacional de atividade física. BSSQ-questionário de autogestão comportamental para cirurgia bariátrica. Rep(eat)-Q-questionário de alimentação repetitiva. PHQ-9-questionário de saúde do paciente. GAD-7-escala de transtorno de ansiedade generalizada de 7 itens. SF36-questionário de qualidade de vida SF-36. TWH-BSP-programa de cirurgia bariátrica do hospital do oeste de Toronto. QV-qualidade de vida. QVRS-qualidade de vida relacionada à saúde. ECR-R-escala experience in close relationship-reduzida. MHI-inventário de saúde mental. NEO-FFI-inventário dos cinco fatores NEO. ECAP-escala de compulsão alimentar periódica. PGIC-escala de impressão global de mudança do paciente. EP-excesso de peso corporal. %PEP-percentage de perda do excesso de peso. %PPT- percentage de perda de peso total. PI-peso ideal. HA1c-hemoglobina glicada. CT-colesterol total. HDL-lipoproteína de alta densidade. LDH-lipoproteína de baixa densidade. TG-triglicérides. IAP-índice aterogênico plasmático. CC-cirurgia de contorno corporal. CP-cirurgia plástica. QMC- questionário de mudança corporal. QMREC - questionário multidimensional de relações eu-corpo. TDM-transtorno depressivo maior. IRDAD- índice de vantagens e desvantagens socioeconômicas relativas. EAR- escala de autoestima de Rosenberg. IWQOL-lite- questionário de impacto do peso na qualidade de vida. EDE-Q6-questionário de investigação de transtornos alimentares. IRE-EN-inventário de regulação de emoções para emoções negativas. QTA- Questionário de avaliação da qualidade da alimentação e tolerância alimentar. BSQ-34-questionário de forma corporal. EFS - escala de silhuetas corporais.

## Discussão

Observou-se uma ampla variação na casuística dos estudos analisados, oscilando de 20 (A2) a 8.795 (A14) participantes, sendo composta por menos de 200 pacientes nos estudos A2, A3, A4, A5, A10, A11, A12, A15, A16, A17 e A18; entre 201 e 400 pacientes A6, A7, A8, A9 e; superior a 400 pacientes A1, A13 e A14. Uma das limitações da maioria dos estudos analisados foi o tamanho reduzido da amostra, o que impede a

extrapolação dos resultados e aponta a necessidade de pesquisas futuras.

Houve predomínio de pacientes submetidos a CBM do sexo feminino em todos os estudos analisados, sendo que uma amostra igual ou superior a 80% de mulheres esteve presente nos estudos A1, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A13, A15 e A18, o que representou 61,1% das publicações. O predomínio de mulheres em busca dos serviços de cirurgia da obesidade é bastante comum. A exigência social de um corpo feminino

magro, "ideal" e "desejável", em função de questões culturais é um dos principais responsáveis, além de a difusão de que a felicidade ocorre pela conquista desse corpo "perfeito" (Stein, Krause & Ohler, 2021). Essa forte motivação estética conduz a um nível elevado de sofrimento e à tentativa de buscar nas técnicas cirúrgicas de emagrecimento uma solução para os seus conflitos (Silva et al, 2020).

Constatou-se maior prevalência de pacientes casados conforme mencionado nos estudos A1, A2, A3, A5, A6, A7 e A17, o que constitui um fator positivo devido à possível rede de apoio; ou seja, de vínculos que agem como suporte crucial ao paciente no pós-operatório de CBM. Abreu-Rodrigues & Seidl (2015) citam a importância do apoio social no intuito de melhorar a adesão do paciente a comportamentos saudáveis, que incluem a prática regular de atividade física, alimentação saudável e redução de estresse, com consequente melhora da saúde e da qualidade de vida. O suporte social pode ser entendido como qualquer informação capaz de fazer com que o indivíduo acredite que ele é cuidado, amado e estimado. Nos estudos A4, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16 e A18 não havia informações sobre a situação conjugal dos participantes ou essas informações não estavam claramente descritas.

As comorbidades mais prevalentes nos pacientes submetidos à CBM foram descritas apenas nos estudos A1, A14 e A17. Dentre elas, destacaram-se a HAS, o DMT2, as dislipidemias (A1, A14 e A17), a síndrome da apneia obstrutiva

do sono, o refluxo gastroesofágico, as artropatias de membros inferiores, o câncer (A1 e A17), o hipotireoidismo e a esteatose hepática (A1). Está bem elucidado na literatura a relação entre obesidade e diversas comorbidades (Piché, Tchernof, & Després, 2020, García et al., 2017, Verma & Hussain, 2017). A resistência à insulina (RI) é o distúrbio metabólico mais comum na obesidade, sendo a inflamação crônica de baixo grau do tecido adiposo um dos principais mecanismos envolvidos no início da sua evolução (Andolfi & Fisichella, 2018, Oliveira et al., 2017). A “dislipidemia metabólica” decorrente da ação conjunta da RI e obesidade tem como principais características as altas concentrações de triglicerídeos acompanhada por concentrações reduzidas de HDL-c. É um importante elo entre a obesidade e o desenvolvimento de DMT2, DCV e certos tipos de câncer (Vekic et al., 2018). A RI é observada em 90% dos pacientes com DMT2 e a sua presença duplica o risco de DCV (Andolfi & Fisichella, 2018). A prevalência de SAOS é elevada em obesos e coincide com várias comorbidades, como HAS, dislipidemia, esteatose hepática não alcoólica, entre outras (Piché, Tchernof, & Després, 2020, Upadhyay et al., 2017).

As técnicas cirúrgicas mais realizadas foram bypass gástrico, seguidas de Sleeve (A4, A5, A6, A8, A9, A11, A12, A13), banda gástrica (A9, A13) e outras (A4, A5 e A9). A técnica menos realizada atualmente, gastroplastia vertical com anel de silastic®, foi usada no estudo A10 que foi o único que acompanhou os pacientes após 10

anos de intervenção. As técnicas restritivas tiveram maior prevalência no estudo A14, seguida das disabsortiva, porém, sem mencionar maiores detalhes. Nos demais estudos (A1, A2, A3, A7, A15, A16, A17 e A18) não foi especificada o tipo de CBM. As intervenções cirúrgicas são cada vez mais conhecidas como opções terapêuticas eficazes para obesos graves, o que leva a uma melhora importante nos marcadores metabólicos e inflamatórios associados à obesidade. O bypass gástrico é a técnica cirúrgica de escolha para o tratamento da obesidade na maioria dos pacientes e corresponde a 75% das cirurgias realizadas devido à sua segurança e eficácia no controle da síndrome metabólica (Camargos et al., 2021, Teixeira & Fortes, 2018, Oliveira et al., 2017).

Em relação às complicações pós-operatórias, o estudo A1 observou que 1,7% dos pacientes submetidos ao bypass apresentaram sangramento digestivo com 30 dias, não havendo complicações naqueles submetidos ao Sleeve. Já, o estudo A8 constatou que 8,5% dos pacientes apresentaram eventos adversos precoces (30 dias de cirurgia). Destes, o sangramento gastrointestinal foi o mais comum, seguido de obstrução intestinal e infecção do sítio cirúrgico. Havia 6,8% de pacientes que apresentaram eventos adversos tardios, sendo a maioria formação de úlcera, seguido por hérnia incisional. Ou seja, 15,3% dos pacientes tiveram complicações em 1 ano de pós-operatório. Quanto aos desfechos óbito, A1 não foi detectou morte em 30 dias de pós-operatório e

A8 mencionou ausência de mortalidade dentro da amostra de estudo.

Os estudos que investigaram os sintomas de ansiedade e depressão no pós-operatório de CBM foram A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A11 e A12; somente ansiedade A9 e, apenas depressão A14 e A16. Em A1 estiveram presentes a depressão maior, o transtorno por compulsão alimentar e o transtorno de ansiedade generalizada. A2 evidenciou sintomas leves e moderados de ansiedade; sintomas mínimos, leves e moderados de depressão, com ausência de sintomas graves de ansiedade/depressão. O estudo A4 mostrou que os sintomas de ansiedade moderaram a relação entre afeto positivo e adesão, e depressão, e ansiedade, confirmando que os estados emocionais são fundamentais para que haja adesão do paciente às recomendações comportamentais no pós-operatório. A5 observou uma correlação positiva entre psicopatologia alimentar/presença de comportamentos alimentares problemáticos e ansiedade/depressão/stress/urgência negativa. A6 evidenciou, no grupo reoperado, maior prevalência de depressão e ansiedade após 6 meses de intervenção cirúrgica em comparação ao grupo submetido à CBM pela primeira vez, sendo que a ansiedade e o número de dias pós-operatórios com compulsão alimentar no mês anterior foram preditores significativos de perda ponderal. A7 constatou que os indicadores de ansiedade, depressão e compulsão alimentar aumentam significativamente após 23 meses de pós-operatório. O estudo A9 observou níveis mais altos de apego ansioso e níveis mais baixos de

apego evitado no grupo submetido à CBM, sugerindo que o consumo de alimentos é utilizado como forma de regular as emoções que culminam com o ganho de peso. A11 encontrou melhora dos sintomas de depressão e ansiedade na maioria dos pacientes entre 3 e 6 meses de pós-operatório. A12 constatou melhora do estado mental nos pacientes submetidos à CBM ao final de 1 ano em comparação ao pré-operatório. A14 observou que os pacientes submetidos à CBM com obesidade grave apresentaram um risco mais elevado de transtorno de depressão maior em comparação ao grupo controle, cuja incidência foi maior com 4 anos de pós-operatório. Segundo Ribeiro et al (2018), os sentimentos de satisfação são predominantes nos dois primeiros anos de pós-operatório devido à rápida perda de peso e, em consequência, às alterações corpóreas (tamanho e forma). Após esse período há redução na velocidade da perda ponderal, o que culmina com diminuição dos sentimentos de satisfação, sendo proporcional aos anos de pós-operatório e aos sentimentos de insatisfação, com maior prevalência de depressão, ansiedade e compulsão alimentar. De acordo com Caldeira, Domingos & Miyazaki (2020), a baixa adesão terapêutica desses pacientes se deve ao longo espaçamento de tempo entre as consultas agendadas pela equipe, à falta de disponibilidade de tempo para comparecer aos atendimentos, falta de pontualidade das consultas e ao acompanhamento ser oferecido na maioria das vezes em grupo.

No estudo A8 todos os pacientes apresentaram perda ponderal significativa após 1

ano de pós-operatório. Ao analisar o grupo que não apresentou complicações pós-operatórias, observou-se melhora significativa dos sintomas de ansiedade/depressão e na qualidade de vida dos componentes físico e mental. O grupo com alguma complicação cirúrgica cursou com melhora significativa dos sintomas de ansiedade/depressão e na qualidade de vida relacionada ao domínio físico, porém, sem melhora no aspecto mental. As complicações pós-operatórias podem dificultar a melhora no bem-estar psicológico e, em consequência, na qualidade de vida desses pacientes, o que requer maior atenção médica e da equipe multiprofissional que assiste esses pacientes.

Ainda no estudo A14, os autores destacaram como principal responsável pela perda de peso e pelo transtorno de depressão maior a má absorção de nutrientes e não a restrição alimentar em si, o que torna crucial a associação entre déficits de micronutrientes e de transtorno de depressão maior após a CBM. Estudos apontam que indivíduos submetidos a CBM, principalmente ao Bypass gástrico em Y de Roux, podem cursar com importantes déficits nutricionais destacando-se a carência de vitamina B12 (cobalamina), vitamina D, folato (B9), ferro, zinco e cálcio (Moura, Sousa & Lima, 2021, Segura et al, 2017). Os principais sintomas de depressão incluem tristeza persistente, falta de energia, irritabilidade, impaciência, insônia ou sono excessivo, alterações no apetite, ansiedade e baixa autoestima. Alguns nutrientes como vitaminas e sais minerais estão deficientes nos indivíduos que

sofrem de transtornos depressivos. As vitaminas do complexo B, por exemplo, principalmente B9 e B12 estão associadas a sintomas depressivos, visto que atuam no metabolismo envolvido na síntese de neurotransmissores cerebrais. A carência de vitamina D pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos porque na sua forma ativa (calcitriol) é capaz de estimular a expressão de genes da enzima tirosina hidroxilase, imprescindível para a síntese de noradrenalina (Barbosa, 2020).

A10 abordou a saúde mental de forma global. Foi o único estudo que avaliou os efeitos da CBM após 10 anos de intervenção cirúrgica, comparando os resultados com os achados pré-operatórios e após 1 ano de cirurgia. Observou-se apenas melhora no domínio físico do SF-36. Apesar de a redução de peso bem-sucedida após 10 anos de CBM (diminuição de 27% do peso pré-operatório), a saúde mental geral, o neuroticismo, o senso de controle e o medo de intimidade pioraram significativamente em comparação aos resultados antes da intervenção cirúrgica. Os autores alertam para as consequências da CBM nos aspectos psicológicos, visto que a perda de peso é a única forma usual de medida do sucesso.

A imagem corporal (IC) foi estudada nos artigos A3, A13, A15, A17 e A18. Os estudos A13 e A15 avaliaram além de a IC, os sintomas de depressão, porém, sem mencionarem a ansiedade. Ficou evidente no estudo A3 que a reconstrução da IC após CBM nem sempre é satisfatória, visto que essa intervenção não

garante uma IC magra, ideal ou desejada, necessitando muitas vezes de novas abordagens cirúrgicas. No estudo A13 o grupo que desejava realizar a cirurgia de contorno corporal cursou com escores significativamente mais baixos nas escalas de avaliação da aparência e satisfação com a imagem corpórea, além de mais sintomas depressivos quando comparados a grupo que não possuía esse desejo. A perda ponderal total em termos percentuais também foi afetada de forma negativa nesses pacientes pelos sintomas depressivos por meio da avaliação da aparência e da satisfação da área corporal. Os pacientes que não desejavam realizar a cirurgia de contorno corporal apresentaram menos sintomas depressivos e uma IC mais positiva. Ou seja, o desejo de realizar ou não a cirurgia para contorno corporal é um dos fatores que responde pela satisfação com a IC e pelos sintomas depressivos. Moraes & Cantalice (2021) referem que a insatisfação está presente tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório de CBM, oscilando apenas de intensidade, sendo necessário compreender que a construção da imagem corporal é multidimensional; ou seja, reflete os aspectos cognitivos, psicológicos, sociais e culturais que integram a identidade de cada indivíduo.

No estudo A17, entre seis e 18 meses de pós-CBM, mais de 80% dos pacientes possuíam insatisfação com a IC, sendo que a maioria possuía desejo de reduzir a silhueta. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo A18 em que a maioria das pessoas se via maior do que

realmente era (distorção positiva) e gostaria de ter uma silhueta menor (insatisfação negativa); ou seja, possuía uma inacurácia perceptiva. Resultados inversos foram encontrados no estudo A15 que apontou redução significativa do peso corporal, dos sintomas depressivos, da insatisfação com a IC, autoestima, percepção de estigmatização do peso e da saúde física percebida entre 1 e 6 meses após a CBM.

Com base na premissa de que os comportamentos de saúde são essenciais para a manutenção sustentada da perda de peso e que os fatores emocionais desempenham um papel importante na terapêutica, o estudo A4 foi o único que avaliou o otimismo e os afetos positivos após CBM. O efeito positivo foi associado a melhor adesão e maior atividade física moderada a vigorosa e o otimismo foi independentemente associado com melhor adesão e maior atividade física moderada a vigorosa.

Em relação à outras temáticas, o tabagismo foi investigado no estudo A1, o transtorno de uso do álcool e/ou substâncias psicoativas após intervenção cirúrgica nos estudos A1 e A2; o transtorno de compulsão alimentar em A1 e A5, a intolerância alimentar em A17 e o apego ansioso/evitador no estudo A9. A prevalência de tabagismo após CBM, evidenciada no estudo A1, acometeu 6,5% dos casos. Neste mesmo estudo, o transtorno por uso de substâncias alcólicas foi de 6,1%, destacando-se o uso de licor, tendo como consequências o reganho ponderal e o aumento de transtornos por uso alcóolico. Em A2, 15% dos pacientes possuíam necessidade de

intervenção breve para o uso de substâncias alcólicas; 5% intervenção breve para o uso de tabaco, e 5% intervenção breve para o uso de maconha, no período compreendido entre 1 e 2 anos de pós-operatório. O aumento de substâncias psicoativas foi proporcional ao tempo de cirurgia bariátrica.

O transtorno de compulsão alimentar atingiu 10,7% dos pacientes no estudo A1, sendo observada maior frequência de ingestão de petiscos, compulsão alimentar, preocupação com o peso e a forma do corpo, e urgência negativa, após 2 anos de cirurgia em comparação aos períodos pós-operatórios mais precoces no estudo A5. A intolerância alimentar foi observada no estudo A17 em quase todos os pacientes, com uma incidência de 97,2%, principalmente para massas, carnes vermelhas, pães e arroz. As queixas mais comuns formam os episódios de vômitos, seguidas das dificuldades dos pacientes de se alimentarem. Já, no estudo A9, os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentaram níveis significativamente mais elevados de apego ansioso e níveis significativamente mais baixos de apego evitador, tendo o alimento como algo capaz de regular as emoções e, em consequência, promover o reganho de peso com 1 ano de pós-operatório. Silva & Araújo (2012) mencionam que as desordens na conduta alimentar são superior entre os candidatos à CBM, estando relacionadas à menor perda de peso, reganho ponderal e complicações pós-operatórias. Estima-se que 2% a 5% da população em geral sofre de compulsão alimentar, ao passo que essa

prevalência aumenta substancialmente em obesos (8%-10%). Em um estudo realizado com 73,3% pacientes pós-cirúrgicos e 26,7% pré-cirúrgicos, Moura, Silva & Paes-Silva (2018) constataram que 43,2% dos pacientes tinham compulsão alimentar periódica, com maior frequência entre os candidatos à CBM (75%).

Ainda em relação aos transtornos emocionais associados aos distúrbios alimentares, constatou-se, no estudo A5, uma correlação significativa e positiva entre comportamento alimentar problemático e ansiedade, depressão, stress e urgência negativa. Esse comportamento alimentar problemático foi mais prevalente após 24 meses de CBM em comparação a momentos mais precoces de pós-operatório. Já, no estudo A6, observou-se que o grupo reoperado de CBM cursou com alimentação mais problemática e sofrimento psicológico geral após 6 meses de pós-operatório; ou seja, evidenciou-se que esses pacientes possuem maior risco de piores desfechos clínicos em longo prazo, principalmente relacionados ao peso corpóreo.

Houve especificação das limitações em 77,8% dos artigos (A2, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16 e A17). Dentre as fragilidades mais destacadas estão o tamanho amostral reduzido que não permite fazer generalizações; o tipo de delineamento transversal incapaz de determinar causalidade entre as associações; algumas formas de recrutamento online e de autorrelato dos participantes, as distintas técnicas cirúrgicas como bypass, Sleeve e banda gástrica ajustável;

as avaliações pós-operatórias a partir de amostras de disponibilidade (pacientes que retornaram para seguimento médico, nutricional e psicológico no ambulatório), pacientes que foram perdidos para o acompanhamento e que podem ser os mais afetados por depressão, ansiedade e distúrbios da autoimagem, o que representa um viés de seleção; ausência de grupos controle e tempo de seguimento clínico reduzido. Pereira (2013) enfatiza a importância de o próprio autor citar as limitações do estudo ao invés de omiti-las de forma proposital, pois a credibilidade da investigação é minimizada na ausência dessa descrição. Logo, as limitações capazes de influenciar os resultados e alterar as conclusões da investigação precisam ser apontadas.

As alterações psicológicas após a CBM são bastante relevantes, visto que as expectativas dos pacientes geralmente superam a perda de peso, destacando a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais, bem como os problemas emocionais, sociais e profissionais. A frustração diante de desejos não conquistados por meio da CBM surge na maioria dos pacientes operados, principalmente após dois anos de procedimento, pois alguns vestígios que afetam os aspectos físicos, sociais e emocionais persistem no pós-operatório. Em alguns casos, há necessidade de novas intervenções cirúrgicas, o que leva a mais frustrações com impacto negativo na saúde geral e na qualidade de vida dos pacientes.

A psicopatologia alimentar e a presença de comportamentos problemáticos (alimentares ou

não) que potencializam os sintomas de ansiedade e depressão ocorrem nos momentos mais tardios de pós-operatório. A insatisfação com a IC está associada a mais sintomas de ansiedade e depressão em pacientes submetidos à CBM, devendo ser seriamente investigada e integrar a avaliação desses pacientes.

Há escassez de estudos conduzidos em pacientes submetidos à CBM após dois anos e as evidências mostram a necessidade de avaliações psicológicas contínuas e intervenções multiprofissionais mesmo após a perda de peso. A investigação da associação entre déficits de micronutrientes e depressão após CBM também é bastante pertinente, enfatizando a importante atuação da equipe multiprofissional. O tratamento multidisciplinar do paciente tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório é um fator determinante para o sucesso terapêutico e deve persistir mesmo após longo período de pós-operatório, devendo também ser considerado uma prioridade para a política de saúde pública e futuras investigações.

### Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Fleury Seidl, E. M. (2015). Apoio social e reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. *Temas em Psicologia*, 23(4), 1003-1016. <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-15>
- Andolfi, C., & Fisichella, P. M. (2018). Epidemiology of obesity and associated comorbidities. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8), 919-924. <https://doi.org/10.1089/lap.2018.0380>
- Arroyo-Johnson, C., & Mincey, K. D. (2016). Obesity epidemiology worldwide. *Gastroenterology Clinics of North America*, 45(4), 571-579. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2016.07.012>
- Athanasiadis, D. I., Martin, A., Kapsampelis, P., Monfared, S., & Stefanidis, D. (2021). Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc.*, 35(8), 4069-4084. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08329-w>
- Barbosa, B. P. (2020). Terapia nutricional na depressão – como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. *Braz. J. of Develop.*, 6(12), 100617-100632. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-524>
- Caldeira, T. P. D., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S (2020). Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica. *Braz. J. Hea. Rev.*, 3(1), 883-900. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-070>
- Camargos, A. R., Barros, B. G. N., Pena, D. P., Amorim, D. S., Freitas, E. N., Zaraket, F., Guiotti, J., Ribeiro, L. C. G., Chequer L. B. N., & Corrêa, W. P. (2021). A eficácia das técnicas da cirurgia bariátrica na remissão da

- diabetes mellitus tipo 2. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 26, e7541. <https://doi.org/10.25248/reac.e7541.2021>
- \*Canetti, L., Bachar, E., & Bonne, O. (2016). Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 70, 17–22. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.112>
- \*Chia-Wen, L., Yu-Kang, C., Yi-Hsuan, L., Chia-Sheng, K., Hao-Hsiang, C., Chi-Ting, H., Chih-Cheng, H., & Kuo-Chin, H. (2018). Increased risk for major depressive disorder in severely obese patients after bariatric surgery — a 12-year nationwide cohort study. *Annals of Medicine*, 50(7), 605-612. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1511917>
- \*Conceição, E., Teixeira, F., Rodrigues, T., Lourdes, M., Bastos, A., Vaz, A., & Ramalho, S. (2018). Problematic eating behaviors after bariatric surgery: a national study with a portuguese sample. *Acta Médica Portuguesa*, 31(11), 633-640. <https://doi.org/10.20344/amp.9237>
- Cuschieri, S., & Grech, S. (2020). Obesity population at risk of COVID-19 complications. *Global Health, Epidemiology and Genomics* 5, e6, 1–6. <https://doi.org/10.1017/ghg.2020.6>
- \*Della Méa, C. P., & Pecam, C. (2017). Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3),119-130. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.370>
- Descritores em Ciências da Saúde (DECS). <https://decs.bvsalud.org/>
- \*Efferdinger, C., König, D., Klaus, A., & Jagsch, R. (2017). Emotion regulation and mental well-being before and six months after bariatric surgery. *Eat Weight Disord.*, 22(2), 353–360. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0379-8>
- Engin, A. (2017). The Definition and prevalence of obesity and metabolic syndrome. *Advances in experimental medicine and biology*, 960, 1–17. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-48382-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-48382-5_1)
- \*Feig, E. H., Golden, J., & Huffman, J. C. (2019). Emotional impact on health behavior adherence after bariatric surgery: what about positive psychological constructs? *Obes Surg.*, 29(7), 2238–2246. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03833-4>
- Freire, C. C., Zanella, M. T., Segal, A., Arasaki, C. H., Matos, M. I. R., & Carneiro, G. (2021). Associations between binge eating, depressive symptoms and anxiety and weight regain after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Eat Weight Disord.*, 26(1),191-199.

<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00839-w>

García Casilimas, G. A., Martín, D. A., Martínez, M. A., Merchán, C. R., Mayorga, C. A., & Barragán, A. F. (2017). Fisiopatología de la hipertensión arterial secundaria a obesidad. *Archivos de cardiología de México*, 87(4), 336–344.

<https://doi.org/10.1016/j.acmx.2017.02.001>

Gravani, S., Matiatou, M., Nikolaidis, P. T., Menenakos, E., Zografos, C. G., Zografos, G., & Albanopoulos, K. (2020). A ansiedade e a depressão afetam as dimensões da dor no pós-operatório precoce após a cirurgia bariátrica. *Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 53.

<https://doi.org/10.3390/jcm10010053>

\*Ho, K., Hawa, R., Wnuk, S., Okrainec, A., Jackson, T., & Sockalingam, S. (2018). The psychosocial effects of perioperative complications after bariatric surgery. *Psychosomatics*, 59(5), 452-463.

<https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.03.005>

\*Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, A. A. B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir.*, 45(2), e1793.

[https://doi.org/10.1590/0100-6991e-](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793)

[20181793](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793)

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med.*, 151. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136>

\*Monpellier, V. M., Antoniou, E. E., Mulken, S., Janssen, I. M. C., van der Molen, A. B. M., & Jansen, A. T. M. (2018). Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(10), 1507-1515.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.04.016>

\*Monte, S.V., Russo, K. M., Mustafa, E., & Caruana, J. A. (2018). Impact of sleeve gastrectomy on psychiatric medication use and symptoms. *Journal of Obesity*, (ID 8532602), 1-5.

<https://doi.org/10.1155/2018/8532602>

Moraes, C., & Cantalice, M. L. (2021). Cirurgia bariátrica: um estudo sobre a percepção de imagem corporal de pacientes no período pré e pós-operatório. *Revista Ensaios Pioneiros*, 5(1), 15-27.

<https://doi.org/10.24933/rep.v5i1.228>

Moura, G. V., Sousa, M. C., & Lima, C. H. R. (2021). Pós-operatório de cirurgia bariátrica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista*

- Científica Multidisciplinar*, 2(4), 1-14.  
<https://doi.org/10.47820/recima21.v2i4.267>
- Moura, L. A., Silva, T. D. C., & Paes-Silva, R. P. (2018). Frequência do transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos e naqueles submetidos à cirurgia bariátrica. *Nutr. clín. diet. hosp.*, 38(3), 34-39.
- \*Nancarrow, A., Hollywood, A., Ogden, J., & Hashemi, M. (2018). The role of attachment in body weight and weight loss in bariatric patients. *Obes Surg*, 28(2),410-414.  
<https://doi.org/10.1007/s11695-017-2796-1>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P. B., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Padrões para Excelência em Relatórios de Melhoria de Quality): Diretrizes de publicação revisadas a partir de um processo de consenso detalhado. *BMJ Quality and Safety*, 25, 986-92.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
- Oliveira, M. R. M., Fortes, R. C., Arruda, S. L. M., & Milhomem, P. D. (2017). Efeitos da gastroplastia redutora com derivação intestinal em Y de Roux (GRDIYR) em pacientes com síndrome metabólica. *J Health Sci Inst.*, 35(3),192-7.
- Page, M. J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 18(3): e1003583.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Pereira, M. G. (2013). A seção de discussão de um artigo científico. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 22(3),537-538.  
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300020>
- Piché, M. E., Tchernof, A., & Després, J. P. (2020). Obesity phenotypes, diabetes, and cardiovascular diseases. *Circulation research*, 126(11), 1477–1500.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.316101>
- \*Pinto-Bastos, A., Conceição, E., de Lourdes, M., Arrojado, F., Brandão, I, & Machado, P. P. P. (2018). Psychological and behavioral aspects of primary and reoperative surgery: a 6-month longitudinal study. *Obes Surg*, 28, 3984–3991. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3452-0>
- \*Preiss, K., Clarke, D., O'Brien, P., Garcia, X.P., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Psychosocial predictors of change in depressive symptoms following gastric banding surgery. *Obes Surg*, 28(6), 1578–1586. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-3055-1>
- \*Ramírez, A., et al. (2016). Características clínicas y demográficas de pacientes

- sometidos a cirurgia bariátrica em Medellín. *Med U.P.B.*, 35(2),81-88. <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n2.a02>
- \*Ribeiro, G.A.N.A., Giapietro, H.B., Belarmino, L.B., & Salgado-Junior, W. (2018). Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, 31(1),e1356. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1356>
- \*Salazar-Maya A.M., & Hoyos-Duque T.N. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. *Enferm. univ*; 14(1),28-38. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.002>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Ashare, R.L., Spitzer, J.C., McCuen-Wurst, C., LaGrotte, C., Williams, N.N., Edwards, M., Tewksbury, C., Wu, J., Tajeu, G., & Allison, K. C. (2021). Psicopatologia, alimentação desordenada e impulsividade em pacientes que procuram cirurgia bariátrica. Cirurgia para obesidade e doenças relacionadas. *Jornal oficial da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica*, 17(3), 516-524. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.11.005>
- Segura, D. C. A., Wozniak, S. D., de Andrade, F. L., Marreto, T. M., & Dal Ponte, E. (2017). Deficiências nutricionais e suplementação em indivíduos submetidos à gastroplastia redutora do tipo y de Roux. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(65), 338-347.
- \*Silva, H. B. A., Rossoni, C., Oliveira, T.M.S., Iannuzzi, G.C., & Nakasu, M.V.P. (2020). Percepção da imagem corporal e tolerância alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um hospital do Sul de Minas Gerais. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(2), 123-140. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n2p123>
- \*Silva, J., Vasconcelos, H., Figueiredo-Braga, M., & Carneiro, S. (2018). How is bariatric surgery improving the quality of life of obese patients: a portuguese cross-sectional study. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 391-398. <https://doi.org/10.20344/amp.9133>
- Silva, M. O., & Araújo, M. M. (2012). Desordens no comportamento alimentar e cirurgia bariátrica: relação e implicações. *Com. Ciências Saúde*, 24(2),135-142.
- Stein, J. P, Krause, E., & Ohler, P. Cada grama (Insta) conta? Aplicando a teoria do cultivo para explorar os efeitos do Instagram na imagem corporal de jovens usuários. *Psychology of Popular Media* 2021; 10(1):87-97. <https://doi.org/10.1037/ppm0000268>
- Tchang, B. G., Saunders, K. H., & Igel, L. I. (2021). Best practices in the management of overweight and obesity. *The Medical clinics*

*of North America*, 105(1), 149–174.

<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.018>

Teixeira, B. G. L., & Fortes, R.C. (2018). Efeitos metabólicos, inflamatórios e antropométricos de homens submetidos à gastroplastia redutora com derivação intestinal em y de Roux. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(74),692-698.

Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., & Mantzoros, C. (2018). Obesity as a disease. *The Medical clinics of North America*, 102(1), 13–33.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004>

Vekic, J., Zeljkovic, A., Stefanovic, A., Jelic-Ivanovic, Z., & Spasojevic-Kalimanovska, V. (2019). Obesity and dyslipidemia. *Metabolism: clinical and experimental*, 92, 71–81.  
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.005>

Verma, S., & Hussain, M. E. (2017). Obesity and diabetes: An update. *Diabetes & metabolic syndrome*, 11(1), 73–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.06.017>

Xu, G., & Song, M. (2021). Recent advances in the mechanisms underlying the beneficial effects of bariatric and metabolic surgery. *Surg Obes Relat Dis.*, 17(1):231-238.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.08.028>