

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ADRIANA BALDO MENDES

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

MARINGÁ

2018

ADRIANA BALDO MENDES

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde no Envelhecimento.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Rose Mari Bennemann
Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira

MARINGÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M538a Mendes, Adriana Baldo.

Autoestima e prevalência de depressão em pacientes com indicação de cirurgia bariátrica / Adriana Baldo Mendes. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2019.

61 f. ; 30 cm.

Orientadora: Rose Mari Bennemann.

Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2019.

1. Autoestima. 2. Depressão. 3. Obesidade. 4. Cirurgia bariátrica. I. Título.

CDD – 617

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ADRIANA BALDO MENDES

Autoestima e prevalência de depressão em pacientes com indicação de cirurgia
bariátrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof.^a. Dr.^a. Rose Mari Bennemann
Centro Universitário de Maringá (Orientadora)

Prof. Dr. Braulio Henrique Magnani Branco
Centro Universitário de Maringá

Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes
Universidade Estadual de Maringá

Aprovado em: _____/_____/_____

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À minha professora orientadora, Prof^ª Dr^a Rose Mari Bennemann, por toda paciência e sabedoria, muito obrigada por ter me corrigido sem nunca me desmotivar. Ao meu coorientador Prof. Dr. Leonardo Pestillo, muito obrigada pela ajuda e motivação.

Às secretárias do mestrado Sueli e Márcia, sempre dispostas a ajudar e incentivando a acreditar que tudo daria certo, muito obrigada.

A Capes e a Prof^ª Dr^a Sônia Bertolini pelo auxílio e apoio concedido, que foi de fundamental importância para o desenvolvimento do meu trabalho. Obrigada por acreditar em mim.

Aos médicos Dr. Leônidas e Dr. Rafael Cassaroti e ao psicólogo Marcelo Rios, por gentilmente me cederem espaços em seus hospitais.

Aos meus pais, Pedro e Aparecida Mendes, pelo exemplo de vida que são, pela garra e honestidade; ensinaram a direção correta e a ter fé na vida. Aos meus irmãos, Ricardo, Sandra e Andréia, pelo incentivo.

E aos meus filhos, Lucas e Manuella, por estarem sempre ao meu lado, nos melhores e piores momentos de minha vida, sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

Autoestima e prevalência de depressão em pacientes com indicação de cirurgia bariátrica

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde caracteriza a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. A cirurgia bariátrica tem sido considerada tratamento de escolha para a obesidade severa, já que leva à importante perda de peso. O objetivo do presente estudo foi analisar a autoestima e estimar a prevalência de depressão em pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e com amostra de conveniência. Foram avaliados pacientes adultos (idade > 18 anos), de ambos os sexos, participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica, do Sistema Único de Saúde. A avaliação da autoestima foi realizada pela escala de Rosenberg, e a depressão pelo Inventário de Depressão de Beck. Aceitaram participar do estudo 190 pacientes. A maioria (84,21%) eram do sexo feminino, com idade entre 30 a 44 anos. Cerca de dois terços (66,84%) apresentavam obesidade classe III (severa). A autoestima foi considerada saudável para 85% dos participantes e 76% apresentaram sintomas depressivos. Os resultados em relação à autoestima diferem da literatura e corroboram em relação à depressão. Em vista disso, faz-se necessário o acompanhamento psicológico dos pacientes em preparo para cirurgia bariátrica, tendo em vista a alta prevalência de depressão encontrada no presente estudo. Além disso, foi realizada revisão sistemática entre os anos de 2008 a 2018 por meio de busca em periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados Scielo, Web of Science e PubMed, com os seguintes descritores em português: obesidade e depressão; obesidade e autoestima; obesidade, autoestima e depressão; e em inglês: obesity AND depression; obesity AND self stem; e obesity, depression AND self stem. Com o estudo, foi possível verificar a associação entre obesidade, autoestima e depressão. A investigação de depressão deve fazer parte dos cuidados dos pacientes com obesidade severa.

Palavras-chave: Autoestima; Depressão; Obesidade; Cirurgia bariátrica.

Self-esteem and prevalence of depression in patients with indication for bariatric surgery

ABSTRACT

The World Health Organization characterizes obesity as one of the greatest public health problems in the world. Bariatric surgery has been considered treatment of choice for severe obesity, since it leads to significant weight loss. The objective of the present study was to analyze the self-esteem and estimate the prevalence of depression in patients who will undergo bariatric surgery. The study was transversal, with primary data collection and convenience sample. We evaluated the adult patients (age > 18 years) of both sexes, participants in the preoperative preparation groups for bariatric surgery, of the Unified Health System. The self-esteem evaluation was performed using the Rosenberg scale, and depression by the Inventory of Beck depression. 190 patients participated in the study. The majority (84.21%) were female, aged between 30 and 44 years. About two-thirds (66.84%) had Class III (severe) obesity. Self-esteem was considered healthy for 85% of the participants and 76% presented depressive symptoms. The results regarding self-esteem differ from the literature and corroborate in relation to depression. It is necessary to psychologically accompany the patients in preparation for bariatric surgery, considering the high prevalence of depression found in the present study. In addition, a systematic review was conducted between 2008 and 2018, through national and international journals indexed in the Scielo, Web of Science and PubMed databases with the following Portuguese descriptors: obesity and depression, obesity, and self-esteem, obesity, self-esteem and depression, and in English: obesity AND depression, obesity AND self stem, and obesity, depression AND self stem. With the study it was possible to verify the association between obesity, self-esteem and depression. Research into depression should be part of the care of patients with severe obesity.

Keyword: Self-esteem; Depression; Obesity; Bariatric surgery.

LISTA DE FIGURAS

Figura A - Desenhos dos diferentes tipos de cirurgia bariátrica.....	19
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo geral	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	111
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	11
2.2 AUTOESTIMA	12
2.3 DEPRESSÃO	13
2.4 CIRURGIA BARIÁTRICA	14
2.5 TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA	14
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA.....	20
3.2 AUTOESTIMA E PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.....	20
4 ARTIGO 1.....	23
4.1 NORMAS DO ARTIGO 1.....	28
5 ARTIGO 2.....	33
5.1 NORMAS DO ARTIGO 2.....	47
6 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO A - Escala de depressão de Beck – BDS.....	57
ANEXO B - Escala de Rosenberg.....	58
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	59

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade atinge proporções pandêmicas, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2017), sendo considerada como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo (ABESO, 2017). Pelo menos, 2,8 milhões de pessoas morrem por ano como resultado de sobrepeso ou obesidade ou de complicações relacionadas à obesidade (WHO, 2017).

Diversas comorbidades estão associadas à obesidade, em adultos, segundo Schroeder et al. (2016), como doenças cardiovasculares (Hipertensão, Dislipidemia, Apneia obstrutiva do sono), endócrinas (Diabetes mellitus tipo 2, Infertilidade, Síndrome Metabólica), gastrointestinais (Câncer de esôfago, fígado e colorretal), músculo esquelético (dor lombar crônica, imobilidade e osteoartrite).

A prevalência mundial de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016. Inicialmente considerada um problema de países de alta renda, presentemente já é considerada uma epidemia nos países de baixa e média renda, principalmente em ambientes urbanos. O excesso de peso e a obesidade estão ligados a mais mortes em todo o mundo do que a insuficiência ponderal (WHO, 2017).

No Brasil, na atualidade, 54% dos brasileiros estão acima do peso e 18% com obesidade. Em 2006, esse índice correspondia a 43% da população (BRASIL, 2017). A prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, e os custos, com as complicações, atingem cifras de milhões de dólares (PORCU et al., 2011).

A obesidade, segundo a Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2017), é definida como acúmulo anormal de gordura corporal consequente do desequilíbrio entre a energia ingerida e gasta pelo indivíduo, representando risco à saúde, tendo em vista que aumenta a possibilidade de desenvolvimento de comorbidades, que podem levar o indivíduo à morte. É considerada como doença crônica, de origem multifatorial, que abrange a agregação de fatores genéticos orgânicos, ambientais, comportamentais e psicológicos.

Na prática clínica, e na maior parte dos estudos epidemiológicos, utiliza-se o índice de massa corporal (IMC) para determinar a obesidade. O IMC é calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas, pelo quadrado da estatura, em metros quadrados (P/E^2) (BRASIL, 2013).

O IMC elevado é um grande fator de risco para doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, desordens musculoesqueléticas e alguns tipos de câncer, como os de mamas e de cólon. Os indivíduos obesos, além de todos os problemas físicos, sofrem, também, de discriminação e estigma social (WHO, 2012). Segundo dados da Vigitel (BRASIL, 2017), a obesidade aumenta com a idade e é maior entre as pessoas com menor escolaridade.

O tratamento clínico baseado no aumento da atividade física, combinado a dietas hipocalóricas e uso de medicações, muitas vezes, é insuficiente para o paciente obeso classe III perder peso corporal, sendo a cirurgia da obesidade, nesses casos, considerada como a abordagem mais eficaz até o momento (AKAMINE; ILIAS, 2013). A Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica (ABESO, 2017) indica a cirurgia quando o IMC está igual a 40 Kg/m², ou maior/igual a 35 com presença de comorbidades.

As cirurgias bariátricas têm sido consideradas tratamento de escolha para esse tipo de obesidade, já que leva à importante perda de peso, favorecendo melhoras significativas na qualidade de vida (RIBEIRO, 2011).

A obesidade, segundo Porcu et al. (2011), não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes portadores de tal condição. Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é o que mais se associa ao quadro de obesidade. 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 (PORCU et al., 2011).

A autoestima representa um aspecto avaliativo do autoconceito e consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma avaliação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação) de voltar-se para si mesmo; nesta concepção, a autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns do autovalor (HUTZ; ZANON, 2011).

Embora alguns autores apontem a obesidade como causadora e não como consequência de sofrimento psíquico, afirmam que indivíduos com depressão apresentam maior risco para a obesidade (LANGARO et al., 2011). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2017) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e a depressão, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias. Mais do que a obesidade em si mesma, a

percepção de estar acima do peso é fator de risco para sintomas depressivos. Além disso, fatores psicossociais, como estigma e discriminação, também podem contribuir para a depressão em obesos (ABESO, 2017).

Dessa maneira, à medida que o número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica aumenta, também cresce a necessidade de compreender como os sintomas psiquiátricos podem influenciar no resultado da operação (TAE et al., 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

Considerando os pontos destacados e a relevância de estudos sobre obesidade, a avaliação do paciente obeso em relação à autoestima e à presença de sintomas depressivos é pertinente, tendo em vista que pode tanto auxiliar o paciente a realizar a cirurgia de forma consciente quanto promover melhor adesão ao tratamento no pós-operatório.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a autoestima e estimar a prevalência de depressão em pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão sistemática da literatura, sobre a associação entre obesidade, autoestima e depressão;
- Caracterizar os pacientes bariátricos, de acordo com o perfil sociodemográfico;
- Identificar a prevalência de comorbidades (Hipertensão, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia e Osteoartrites) antes da cirurgia bariátrica;
- Determinar a classe de obesidade dos pacientes bariátricos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

As transformações demográficas, sociais e econômicas ocorridas no Brasil provocaram mudanças importantes no perfil de ocorrência de doenças da população brasileira. Na primeira metade do século XX, as doenças infecciosas transmissíveis eram as principais causas de morte (BRASIL, 2014). O cenário atual da saúde é marcado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade. Diante disto, torna-se primordial a prática de modos saudáveis de vida pelos indivíduos, especialmente, em relação à prática regular de atividade física e alimentação saudável (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações previstas até 2022. Nesse contexto, estão previstas a redução da mortalidade por DCNT em 25%, do consumo de sal em 30%, do tabaco em 30%, do álcool abusivo em 10%, da inatividade física em 10%, além do aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras em 10% – com a expectativa de reduzir a hipertensão em 25% e frear o crescimento do diabetes e da obesidade (BRASIL, 2014).

Apesar da obesidade estar relacionada a fatores genéticos, há grande influência do sedentarismo e de práticas inadequadas na alimentação. Para o enfrentamento do cenário brasileiro de aumento de obesidade e sobrepeso, foi criado o Guia Alimentar para a População Brasileira, pelo Ministério da Saúde, em 2006, sendo necessária a segunda edição em 2014, que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Forte aliado na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, o consumo de frutas e hortaliças têm sido deixados de lado por boa parte da população e substituído por lanches (BRASIL, 2013).

Ter uma dieta saudável pode ajudar a prevenir a obesidade e manter o peso saudável, com algumas mudanças na ingestão de gorduras, limitar o consumo de açúcares e sal e aumentar o consumo de frutas, legumes, grãos integrais e nozes (WHO, 2017).

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzida pelos músculos esqueléticos que solicitam gastos de energia. A inatividade foi identificada como o quarto fator de risco para a mortalidade global (WHO, 2017).

A prática de atividade física regular reduz o risco de várias doenças e pode melhorar o estado de saúde em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013). Apesar de serem conhecidos os benefícios da atividade física, percentual significativo da população é sedentária, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) recomenda 150 minutos semanais de atividade física; a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Vigitel (BRASIL, 2017) recomenda pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa; já o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2016), recomenda, a fim de garantir a regularidade da atividade, que a escolha do tipo de atividade física deve ser prazerosa e combinar com as habilidades pessoais.

Segundo a OMS, a falta de atividade física é responsável por 13% das mortes no Brasil, em função da relação direta com doenças como diabetes, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e alguns tipos de câncer como de mama e de intestino (SBCBM, 2010).

Fundamental para o controle de peso, as pessoas inativas devem começar com quantidades mínimas de atividades físicas e ir aumentando gradualmente a duração e a intensidade ao longo do tempo (WHO, 2017).

Com a perda de peso, o paciente começa a praticar mais atividades físicas, como nadar, caminhar e pedalar. Além disso, a combinação de redução de peso e exercícios melhora a capacidade do corpo em queimar gordura, leva a atitudes positivas e reduz o nível de estresse (SBCBM, 2010).

Os programas de Promoção da Saúde devem aderir um cuidado individualizado, assim, abordando cada paciente de acordo com suas necessidades especiais (FELT; FELDER; PENKLER, 2017).

2.2 AUTOESTIMA

A autoestima representa um aspecto avaliativo do autoconceito e consiste em um conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação). Alguns estudos têm mostrado que a autoestima se correlaciona negativamente com a depressão (HUTZ; ZANON; VASQUEZ, 2014).

De forma geral, a alta autoestima está associada à saúde mental saudável, habilidades sociais, humor positivo e bem-estar; enquanto a baixa autoestima está associada ao humor negativo, percepção de incompetência, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e ideias suicidas. A imagem corporal pode ser conceituada como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o próprio corpo (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012). Há indicações de que as mulheres são mais afetadas por relacionamentos, enquanto que os homens são afetados pelo sucesso e realizações. E, ainda, as mulheres apresentam insatisfação mais elevada com a imagem corporal do que os homens (HEATHERTON; WYLAND, 2003).

Um indivíduo com uma autoimagem corporal ruim sente-se extremamente insatisfeito com sua forma e peso, o que pode levar à frustração, desencadeando humor negativo nos pacientes obesos (BOUCHARD, 2003).

O estigma da obesidade, quando presente, reforça o sentimento de depreciação, desvalorização, constrangimento e vergonha, influenciando as relações sociais, ocupacionais e o autoconceito, levando o indivíduo ao isolamento e ao retraimento social (MORAES; ALMEIDA, 2013).

A maior ocorrência de depressão e da baixa autoestima dos pacientes com obesidade mórbida pode estar relacionada às tentativas frustradas de perder peso e as dificuldades no controle do comportamento alimentar enfrentadas pelo paciente (MOTA; COSTA; ALMEIDA, 2014).

A obesidade severa é uma doença crônica de alto risco, que pode proporcionar impacto negativo à qualidade de vida e à autoestima, pelos danos físicos e psicológicos causados e que requer abordagens eficientes para promover uma redução do peso. Uma das ferramentas para a redução do peso corporal é a cirurgia bariátrica, que auxilia na resolução de comorbidades causadas pelo excesso de peso. Dessa forma, ajuda os pacientes a recuperá-los física, psicológica e emocionalmente (LANGARO et al., 2011).

Escore baixos de autoestima, na Escala de Rosenberg, devem ser motivos de alerta e encaminhamento para um psicólogo qualificado (HUTZ; ZANON; VAZQUEZ, 2011).

2.3 DEPRESSÃO

A depressão é uma grave doença médica e um importante problema de saúde pública. É caracterizada por tristeza persistente e, às vezes, irritabilidade e é uma das

principais causas de doenças ou lesões em todo o mundo, tanto para homens quanto para as mulheres. A depressão pode causar sofrimento para indivíduos deprimidos e também pode ter efeitos negativos sobre suas famílias e as comunidades em que vivem. A depressão está associada a um risco aumentado por suicídio, a uma menor produtividade no local de trabalho e ao absenteísmo, resultando em menores rendimentos e maior desemprego (CDC, 2016).

Estudos têm revelado associação entre obesidade e problemas de saúde mental, demonstrando que a obesidade aumenta o risco de depressão (YUSUFOV et al., 2017). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2016a) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, sugerindo uma circularidade entre essas duas patologias.

Há um aumento dos sentimentos de inferioridade e do isolamento social entre adultos obesos. Sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, sugerindo relação entre estresse, compulsão por comida palatável, desordem de compulsão alimentar e obesidade (ABESO, 2016b).

Fatores psicológicos sugerem que há ligações profundas entre mente e corpo, e o peso tem significativas consequências psicológicas (MARIA; YAEHASHI, 2016).

Uma pesquisa com 487 pacientes estudou a associação da depressão com obesidade severa antes e depois da cirurgia. A conclusão desse trabalho mostrou que os obesos mórbidos, especialmente as mulheres, com imagem corporal frágil, têm alto risco de desenvolverem depressão. A pesquisa também sustenta a melhoria da sintomatologia depressiva com a perda de peso e suporta a hipótese de que a obesidade severa traria ou agravaria a depressão (ROCHA; COSTA, 2012).

Gonçalves, Campana e Tavares (2012) estudaram influência da atividade física na imagem corporal, com o objetivo de desenvolver uma reflexão sobre as relações. De acordo com os resultados encontrados, a depressão propicia o desenvolvimento da obesidade.

2.4 CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, em 2016, cerca de 100.512 pessoas fizeram a cirurgia para redução de estômago no país, pelo SUS (PEREIRA, 2017). O Brasil é considerado o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas realizadas, e as mulheres representam 76% dos pacientes que fazem a redução do

estômago no Brasil (SBCBM, 2010). Os homens são mais ativos e, portanto, menos propensos a obesidade (BRASIL, 2017).

A obesidade pode ser definida, de forma simplificada, como doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo e que afeta à saúde, com perda importante na qualidade e no tempo de vida (WHO, 2014).

Em decorrência da etiologia multifatorial, que engloba fatores genéticos, orgânicos, ambientais, comportamentais e psicológicos, o tratamento para a obesidade é realizado por meio de vários enfoques (médico, nutricional e psicológico). Em indivíduos com obesidade grave, as terapêuticas tradicionais são insuficientes em 95% dos casos de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2010).

Dessa forma, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como a melhor opção de tratamento, já que pode promover perda ponderal satisfatória e significativa melhora das patologias associadas à obesidade (SBCBM, 2010). A cirurgia bariátrica é uma eficiente terapia para perda de peso e para promover mudanças rápidas na imagem corporal (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012). O período de maior perda de peso é o primeiro ano de pós-operatório, em que ocorre de maneira acelerada. Após esse período, a taxa de emagrecimento torna-se menor e normalmente ocorre estabilização após 18 a 24 meses (BASTOS et al., 2013).

A obesidade acarreta altos custos relacionados com o tratamento e o diagnóstico da doença, como consultas médicas, exames de diagnóstico, medicação e internamentos hospitalares. Além disso, leva à perda de produtividade, pensões por invalidez e morte prematura (WHO, 2010).

O manejo da obesidade severa engloba abordagem ampla que inclui orientação dietética, programação de atividade física, uso de fármacos antiobesidade e tratamento psicológico (PORCU et al., 2011).

O tratamento recomendado para a obesidade por meio de medicamentos, dieta e atividade física, muitas vezes, não apresenta êxito, trazendo ao indivíduo obeso a sensação de fracasso. Pela dificuldade de se obter um resultado satisfatório e definitivo na redução de peso, muitas pessoas recorrem à opção da cirurgia bariátrica (TAE et al., 2014). Essa cirurgia aparece como forma de tratamento permanente, segura e com potencial de cura de várias comorbidades e consequente melhoria significativa na qualidade de vida do paciente (ABESO, 2016a).

A obesidade classe III é uma condição clínica grave associada a uma alta taxa de mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Indivíduos com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatias associadas, tanto psicológicas quanto física, fator que agrava ainda mais o quadro de saúde (VENZON; ALCHIERI, 2014).

Pacientes com IMC igual ou superior a 45 kg/m² apresentam uma diminuição da expectativa de vida e um aumento da mortalidade por causa cardiovascular, que pode chegar a 190% (ABESO, 2016a).

Além da redução do peso, a cirurgia bariátrica pode auxiliar na diminuição de comorbidades, como a hipertensão, dificuldades de respiração, melhoras no controle glicêmico em pacientes com diabetes e risco de infarto cardíaco (LANGARO et al., 2011). Existem evidências de melhora no quadro de transtornos depressivos e satisfação com a autoimagem (PORCU et al., 2011).

Em janeiro de 2016, o Ministério da Saúde publicou a Resolução número 2.131/15, que alterou o anexo da Resolução 1942/10 e estabeleceu novas regras para a realização de cirurgia bariátrica no Brasil (PEREIRA, 2017).

As indicações formais para operações bariátricas são: idade de 18 a 65 anos, IMC maior que 40 kg/m² ou 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades graves, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal e documentação de que os pacientes não alcançaram a perda de peso e não mantiveram a perda de peso apesar de cuidados médicos apropriados realizados regularmente há, pelo menos, dois anos (BRASIL, 2013; ABESO, 2016a).

A cirurgia bariátrica abrange uma variedade de procedimentos cirúrgicos que envolvem redução do tamanho do estômago ou desvio do intestino delgado, resultando em redução da quantidade de ingestão de alimentos possível e/ou diminuição da capacidade de digerir comida (FELT; FELDER; PENKLER, 2017).

O número de cirurgias bariátricas no Brasil aumentou 7,5%, em 2016, em comparação com o ano de 2015. No ano passado, cerca de 100.512 pessoas fizeram a cirurgia, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2010).

A partir dos anos 2000, as cirurgias começaram a ser realizadas por vídeo-laparoscopia. Tornaram-se mais seguras, a recuperação ficou mais rápida e o resultado estético melhor (ABESO, 2016a).

A comunidade médica recomenda o tratamento cirúrgico da obesidade depois que todos os métodos foram esgotados, os resultados benéficos para os indivíduos são superados pelos riscos (MARIHART; BRUNT; GERACI, 2015).

2.5 TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e melhor qualidade de vida para os indivíduos que não perderam peso por meio da dieta e atividade física (SBCBM, 2010). A cirurgia bariátrica possui várias opções avançadas disponíveis, cada uma tem seus riscos, efeitos colaterais e benefícios que precisam ser cuidadosamente avaliados ao escolher um procedimento que seja melhor para o paciente (MARIHART; BRUNT; GERACI, 2015).

O tratamento cirúrgico consiste em técnicas que se aprimoram e se tornam, a cada dia, menos invasivas e com recuperação rápida. As técnicas são classificadas em restritivas, disabsortivas e mistas (ABESO, 2017). A Banda Gástrica (Figura 2) trata-se de técnica ajustável, realizada por via laparoscópica, mas que tem sido cada vez menos indicada devido ao grau elevado de insucesso e pouca perda de peso. Nesse procedimento, uma cinta é posicionada em volta do estômago na sua porção superior próximo à cárdia, com uma porção interna de silicone que pode ser ajustada por meio de um portal suturado na musculatura abdominal abordável por meio de injeções periódicas de pequenos volumes de soro fisiológico que insuflam aquele silicone (SCHROEDER et al., 2016).

A Gastrectomia de Manga ou Sleeve (Figura A, desenho 1) é um procedimento restritivo, que reduz o tamanho do reservatório gástrico para 60 a 100 ml; a remoção do fundo gástrico reduz os níveis endógenos de grelina (hormônio que estimula o apetite); o órgão modificado é o estômago, que visa-se provocar a redução do espaço dentro da cavidade gástrica. Está em ascensão esse tipo de técnica devido às menores complicações no pós-operatório. Nas disabsortivas, ocorre redução da capacidade de absorção do intestino, consequentemente, de calorias, proteínas e outros nutrientes, e a técnica mista se configura na combinação das duas técnicas anteriores (MARIANO; MONTEIROI; PAULA, 2013; ABESO, 2017).

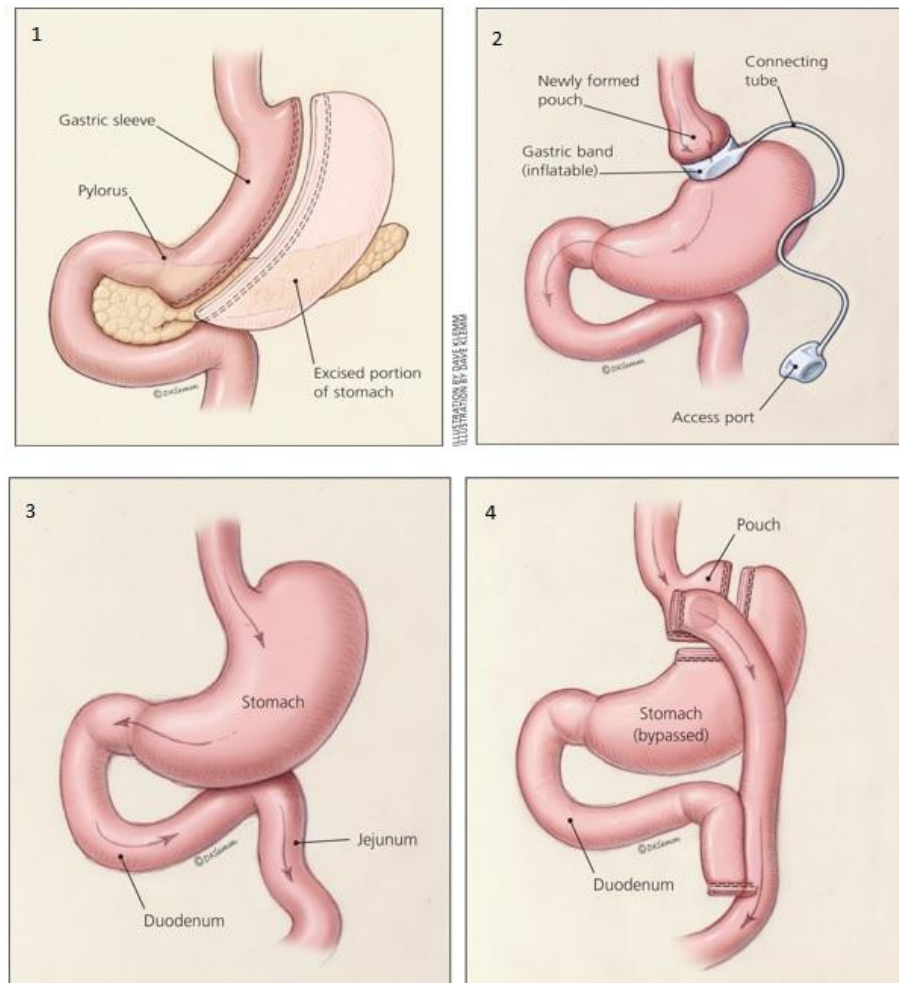
Mais de 250 mil procedimentos bariátricos foram realizados nos Estados Unidos e esse número continuará a aumentar. O desenho 4 da Figura A mostra a cirurgia de bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB), que é um dos tipos mais comum de cirurgias disarbsotivas, sendo considerada o padrão-ouro entre as cirurgias bariátricas. É o procedimento bariátrico

mais comum em todo o mundo, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido à segurança e, principalmente, à sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial (SBCBM, 2010). Win et al. (2014) relataram que o custo da cirurgia bariátrica é compensado pela redução dos custos de cuidados de saúde no primeiro ano após a cirurgia. Segundo os autores, o procedimento aumenta a expectativa de vida em média de 7,1 anos. Além disso, a cirurgia de perda de peso melhora as condições médicas crônicas, como diabetes e a qualidade de vida.

O efeito da perda ponderal nas desordens metabólicas, associadas ao excesso de peso, à redução na gordura no organismo, sobretudo a visceral, estão associadas a melhoras metabólicas, como a melhor distribuição de glicose e menor fluxo de ácidos graxos livres, que são responsáveis pela melhora da Diabetes tipo 2 e Hipertensão Arterial, respectivamente (BOUCHARD, 2003).

A cirurgia bariátrica deve ser considerada o último recurso para quem luta contra a obesidade severa, ou seja, para quem realizou dieta e fez uso de medicações por, no mínimo, dois anos (BRASIL, 2016). Os critérios para realizar cirurgia bariátrica pelo SUS, segundo protocolo do Ministério da Saúde, são pessoas que apresentem $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem doenças associadas, sem sucesso no tratamento clínico por, no mínimo, dois anos ou indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com problemas de saúde, como alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono e doenças articulares degenerativas sem sucesso no tratamento clínico (BRASIL, 2016).

Figura A - Desenhos dos diferentes tipos de cirurgia bariátrica.



Fonte: Illustration by Dave Klemm (SCHROEDER et al., 2016).

1- Gastrectomia Sleeve

2- Banda Gástrica

3- Estômago normal

4- Derivação Gástrica Bypass

3 METODOLOGIA

Para a realização desse estudo, foram realizadas duas pesquisas: a primeira consiste em uma revisão sistemática da literatura sobre a associação entre obesidade, autoestima e depressão, enquanto a segunda é uma pesquisa de campo realizada com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica.

3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

A revisão sistemática foi realizada conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses* - Prisma. Para a busca dos artigos, foram consultados, no período de 2008 a 2018, três bancos de dados eletrônicos: *US National Library of Medicine* – PUBMED, *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO e *WEB OF SCIENCE*.

Como estratégia de busca, utilizou-se a combinação de termos predefinidos em português: autoestima, depressão e obesidade, e em inglês: Obesity AND Depression, Obesity AND Self Stem, e Obesity, Depression AND Self Stem, de acordo com os Descritores Ciências da Saúde (DSC). Foram excluídas publicações repetidas, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, livros, relatos de experiência e os artigos que abordavam obesidade na infância.

A análise dos artigos foi realizada pelo autor do trabalho, em duas etapas. Na primeira, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e dos resumos, sendo selecionados os artigos que abordavam a associação entre obesidade, autoestima e depressão. Na segunda etapa, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados, e somente após estas duas etapas, o estudo foi contemplado.

3.2 PESQUISA DE CAMPO: AUTOESTIMA E PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

O presente estudo caracteriza-se como transversal, quantitativo, com coleta de dados primários e com amostra de conveniência. Foram convidados a participar pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), das cidades de Maringá, Paranavaí e Arapongas, de ambos os

sexos, com idade superior a 18 anos, participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica, nos meses de março, abril e maio de 2018. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Unicesumar, pelo parecer nº 2.529.435, em 07 de março de 2018.

As características sociodemográficas (nome, idade, sexo, profissão, peso e estatura), clínicas (presença de obesidade na infância ou adolescência; se já fez dieta para emagrecimento; se perdeu peso; e motivo da cirurgia) e bioquímicas (colesterol alto e triglicérides elevado) foram referidos pelos pacientes. Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos, que estavam participando do grupo de preparo para a cirurgia bariátrica e ambos os sexos. Foram excluídos pacientes surdos/mudos e analfabetos.

A avaliação da obesidade foi realizada por meio do indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC) (kg/m^2), que foi calculado dividindo o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado: P/E^2 (WHO, 2000). O peso e a estatura foram autorreferidos. Os pacientes foram classificados com sobrepeso quando apresentaram $\text{IMC} \geq 25$ e $\leq 29,9 \text{ kg/m}^2$; com obesidade classe I quando apresentaram $\text{IMC} \geq 30$ e $\leq 34,9 \text{ kg/m}^2$; com obesidade classe II quando apresentaram $\text{IMC} \geq 35$ e $\leq 39,9 \text{ kg/m}^2$ e Obesidade classe III quando apresentaram $\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2014).

A depressão foi determinada por meio do Inventário de Depressão de Beck (IDB), que foi desenvolvido para avaliar a intensidade de sintomas de depressão na população em geral. É um instrumento de autopreenchimento validado para o português (GORENSTEIN; ANDRADE, 2015). Enfoca sintomas e atitudes, como tristeza, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Embora não tenha finalidade diagnóstica, permite classificar com confiabilidade a sintomatologia depressiva. Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia de 0 a 3 pontos, conforme a gravidade dos sintomas. De acordo com a pontuação os indivíduos, foram considerados: sem depressão ou depressão mínima quando somaram 0 a 9 pontos; depressão leve à moderada quando somaram 10 a 18; depressão moderada à grave quando somaram 19 a 29; e depressão grave quando somaram 30 a 63.

A autoestima foi avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg (1989). A escala tem sido um instrumento muito utilizado internacionalmente (HEATHERTON; WYLAND, 2003). No Brasil, esse instrumento foi originalmente adaptado e validado para pesquisa por

Hutz (2000) e revalidado por Hutz e Zanon (2011). Essa escala é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. A classificação da autoestima foi definida pela seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) – escore maior que 25 pontos; média – escore entre 15 e 25 pontos; e baixa (insatisfatória) – escore menor que 15 pontos (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

A análise estatística foi realizada com auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1. Para avaliar as relações entre as variáveis autoestima, depressão, obesidade e doenças apresentadas pelos participantes da pesquisa, foram utilizados o teste de correlação de *Sperman* e o teste de *Wilcoxon*.

4 ARTIGO 1

ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE, AUTOESTIMA E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ASSOCIATION BETWEEN OBESITY SELF-ESTEEM AND DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW

Adriana Baldo Mendes¹; Rose Mari Bennemann²

¹MESTRANDA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – UNICESUMAR; ²DOCENTE NO MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – UNICESUMAR, PESQUISADORA DO INSTITUTO CESUMAR DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO - ICETI

adrianamendes37@outlook.com; rose.bennemann@gmail.com

Resumo - A obesidade é um dos maiores problemas de saúde da atualidade, interferindo negativamente na qualidade de vida. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática para verificar se há associação entre obesidade, autoestima e depressão. Para o desenvolvimento do presente estudo foi realizada uma revisão sistemática entre os anos de 2008 a 2018 por meio de buscas em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Scielo, Web of Science e PubMed com os seguintes descritores em português: obesidade e depressão, obesidade e autoestima, obesidade, depressão e autoestima e em inglês: Obesity AND Depression, Obesity AND Self Stem, e Obesity, Depression AND Self Stem. Com o presente estudo foi possível verificar a associação entre obesidade, autoestima e depressão. Neste sentido, sugere-se o acompanhamento psicológico dos pacientes obesos.

Palavras-chave: Obesidade, Depressão, Autoestima.

Abstract - Obesity is one of the major health problems of the present time, interfering negatively in the quality of life. The aim of the present study was to perform a Portuguese descriptors: obesity and depression, obesity and self-esteem, obesity, depression and self-esteem and in English: Obesity AND Depression, systematic review to verify if there is an association between obesity, self-esteem and depression. For the development of the present study a systematic review was carried out between the years 2008 and 2018 through searches in national and international journals indexed in the Scielo, Web of Science and PubMed databases with the following Obesity AND Self Stem, and Obesity, Depression AND Self Stem. With the present study it was possible to verify the association between obesity, self-esteem and depression. In this sense, it is suggested the psychological monitoring of obese patients.

Key words: Obesity, Depression, Self-esteem

I. INTRODUÇÃO

A obesidade mais do que duplicou desde 1980 em todo o mundo (OPAS, 2014). Em 2016, cerca de 13% da população adulta, do mundo, apresentava obesidade, correspondendo a 11% dos homens e 15% das mulheres (WHO, 2017). Estima-se que os custos anuais com os problemas de saúde provocados pelo excesso de peso subirão de 16,7 bilhões de dólares em 2014 para 34 bilhões em 2025 (WORLD OBESITY FEDERATION, 2017). Nos Estados Unidos, a situação é mais alarmante, visto que mais de um terço (36,5%), dos adultos têm obesidade (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2013). No Brasil, o percentual de obesidade foi de 12,5% em 2008, para 17,7% em 2016 (VIGITEL, 2016).

O processo de transição demográfica, a redução de doenças infecciosas e o aumento da expectativa de vida, levaram a um aumento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a obesidade. A obesidade está relacionada ao estilo de vida moderno aliado ao sedentarismo e a padrões alimentares não saudáveis (BRASIL, 2018).

A obesidade é definida como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que prejudica a saúde (WHO, 2017). O índice de massa corporal (IMC) é o índice mais utilizado para classificar obesidade em adultos. Indivíduos adultos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ são classificados com obesidade. Quando o IMC estiver acima de 40, o risco de doenças associadas é muito elevado (SBCBM, 2014; ABESO, 2016). Adultos com $\text{IMC} \geq 40$ têm 7,4 vezes mais chances de desenvolver Diabetes tipo 2 e 6,4 vezes mais probabilidade de desenvolver Hipertensão Arterial (DUONG, ROBERTS, 2014). Quanto maior for o IMC de uma pessoa, maior o risco para doenças associadas e a chance de ela morrer precocemente (WHO, 2012).

Esta morbidade, atinge milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes e outras complicações crônicas (CDC, 2014). A natureza crônica da obesidade está ligada a alimentação em excesso, seu principal agente causador, seguida pela inatividade física como a segunda causa de obesidade (BRAY; KIM; WILDING, 2017).

Na Irlanda, um estudo investigou as diferenças nas psicopatologias de homens e mulheres com obesidade, os resultados mostraram que as mulheres apresentam maiores níveis de depressão e insatisfação corporal quando comparadas aos homens (CIBLIS, DOOLEY, ELDIN, 2012). Indivíduos com obesidade desde a infância, tem maiores chances de desenvolver doenças cardiovasculares, além disso, a carga do estigma e de preconceitos pode levar à diversos transtornos psicológicos (DJALALINIA et al., 2015).

A depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza persistente e perda de interesse por atividades que as pessoas normalmente costumam realizar (FIO CRUZ, 2017). O número de indivíduos com depressão tem aumentado, segundo estimativas da OMS (OPAS, 2016).

A autoestima ou imagem corporal refere-se às percepções de uma pessoa, incluindo sentimentos, pensamentos e comportamentos em relação ao próprio corpo (WEINBERGER et al., 2016). A baixa autoestima leva a insegurança e instabilidade emocional (PEREIRA; BRANDÃO, 2014).

Diante deste contexto, o objetivo deste estudo será verificar a associação entre obesidade, depressão e autoestima.

II. METODOS

A revisão sistemática foi realizada conforme a metodologia Prisma- Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- analyses. Para a busca dos artigos foram consultados, no período de 2008 a 2018, três bancos de dados eletrônicos, PUBMED (US National Library of Medicine), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e WEB OF SCIENCE

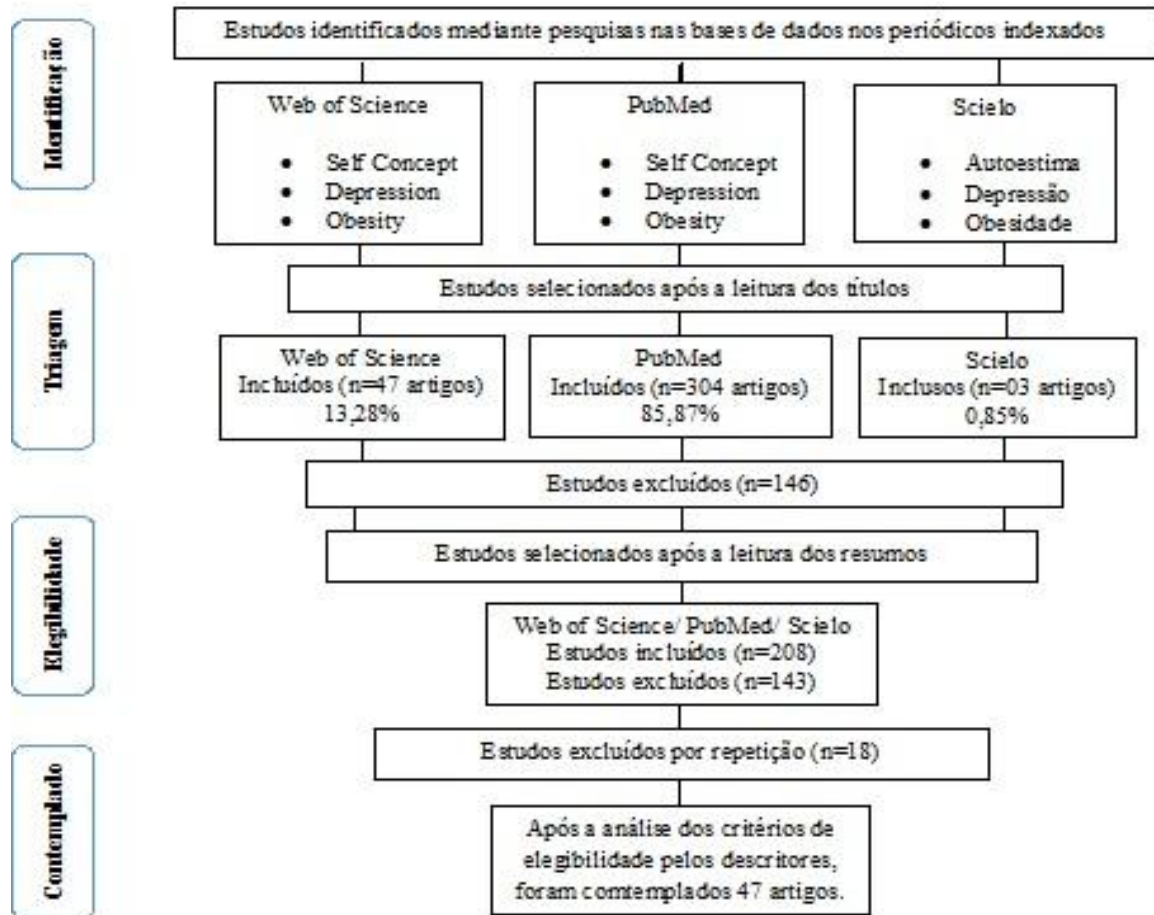
Como estratégia de busca utilizou-se a combinação de termos pré-definidos em português: autoestima, depressão e obesidade e em inglês: Obesity AND Depression, Obesity AND Self Stem, e Obesity, Depression AND Self Stem, de acordo com os Descritores Ciências da Saúde (DSC). Foram excluídas publicações repetidas, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, livros, relatos de experiência e os artigos que abordavam obesidade na infância.

A análise dos artigos foi realizada pelos autores do trabalho, em duas etapas. Na primeira os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e dos resumos, sendo selecionados os artigos que abordavam a associação entre obesidade, autoestima e depressão. Na segunda etapa foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados e somente após estas duas etapas o estudo foi contemplado.

III. RESULTADOS

Após combinar os descritores, foram identificados 354 artigos, sendo 47 (13,2%) na Web of Science, 304 (85,8%) na PubMed e 03 (0,8%) na Scielo. A figura 1 apresenta o número de artigos selecionados por meio das buscas com os descritores nas bases de dados.

Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos nas bases de dados.



Fonte: Autores (2018)

Em Seattle-USA, um estudo realizado com 4543 mulheres de 40 a 65 anos, os autores verificaram associação entre obesidade, autoestima e depressão, com o nível de escolaridade, em que mulheres com menor nível de escolaridade < 16 anos tiveram IMC maiores, consequentemente maior probabilidade de depressão e maiores níveis de insatisfação corporal em relação a aquelas com maior nível de escolaridade >16 anos (GAVIN; SIMON; LUDMAN, 2010).

O sofrimento psicológico tem uma ligação forte com a obesidade e desvantagem socioeconômica. Crianças que crescem em ambiente com dificuldades financeiras dos pais, que são expostas a frustrações e discórdias, são mais propensas aos sofrimentos psicológicos como depressão e baixa autoestima. Estes distúrbios internos podem causar uma cascata de efeitos indutores de ganho de peso, consequentemente levando à obesidade (HEMMINGSSON, 2014).

Realizado um estudo sobre as consequências psicossociais da obesidade em 166 jovens, percebeu-se que depressão, obesidade e status econômico estão intimamente associados (ZELLER; MODI, 2006). Em um estudo semelhante, realizado entre 2009 a 2013, com adolescentes em Hong Kong, revelou que a depressão e a obesidade estão associadas a desvantagem socioeconômica (SCHOOLING et al., 2015).

As sociedades atuais tendem a idealizar a pessoa magra, como padrão de beleza, tanto no corpo feminino quanto no masculino. Indivíduos que não correspondem a esse padrão são discriminados pela sociedade, contribuindo para o desencadeamento de dificuldades psicológicas como percepção

negativa, autoestima reduzida e profunda insatisfação corporal. Os sentimentos frequentemente encontrados em indivíduos obesos são insegurança, baixa autoestima e depressão (PEREIRA; BRANDÃO, 2014; WEINBERGER et al., 2016). A obesidade é considerada pela maioria das pessoas, principalmente de peso normal, como resultado de falta de autocontrole. (KINZL, 2016). As experiências mais comuns de estigma encontradas nos pacientes com obesidade severa estão associadas a maiores níveis de depressão e insatisfação com a imagem corporal, reduzindo a autoestima (SARWER et al., 2008; SPAHLHOLZ et al., 2015).

Durso e Latner (2008), verificaram que os pacientes com sobrepeso e obesidade apresentam mais insatisfação com a imagem corporal e depressão. No estudo com cinquenta e quatro adultos, com IMC médio de 37 kg/m², que participaram de uma intervenção para perda de peso nos EUA, os participantes com maior peso apresentaram associação com maior índice de sintomas depressivos e insatisfação com a imagem corporal (CARELS et al., 2010). De acordo com a pesquisa bibliográfica que investigou formas de discriminação de peso em indivíduos com obesidade, a discriminação no local de trabalho, nos cuidados com a saúde, no dia a dia foi percebida mais frequentemente em indivíduos com maiores valores de IMC e nas mulheres (SPAHLHOLZ et al., 2015).

Outro estudo observou diferenças na psicopatologia de homens e mulheres com obesidade grave. As mulheres tiveram uma pontuação 5 vezes maior na faixa grave de depressão do que os homens, indicando prevalência de sintomatologia depressiva entre as mulheres obesas (CIBLIS; DOOLEY; ELDIN, 2012). No estudo de Pereira e Brandão (2014) os autores verificaram que as mulheres que tiveram aumento de 10 unidades no valor do IMC, apresentaram aumento de 22% no risco de suicídio. Além disso, as mulheres relatam maior insatisfação corporal do que os homens, pois a aparência física parece ser mais importante para as mulheres do que para os homens (WEINBERGER et al., 2017).

Em um estudo com pacientes obesos, 62% foram diagnosticados com pelo menos um transtorno psiquiátrico, 31% com 2 transtornos e 7% com 3 ou mais transtornos psiquiátricos antes da cirurgia bariátrica, sendo mais comum a depressão grave (WIMMELMANN; DELA; MORTENSEN, 2014).

No Chile, pacientes ao serem investigados após cirurgia bariátrica, apresentaram melhora nos resultados de autoestima, ansiedade e depressão (ROJAS et al., 2011). Já na Espanha, no estudo com 50 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, para analisar sintomas psicopatológicos em comparação com indivíduos com peso normal, os pacientes obesos apresentaram níveis mais elevados de depressão e níveis mais baixos de autoestima (ABILÉS et al., 2010).

A obesidade está associada a transtornos psiquiátricos, sendo os mais comuns a depressão e a baixa autoestima (CDC, 2014; BRAY; KIM; WILDING, 2017). Ainda, segundo Pull (2010) a obesidade severa está associada a altas taxas de depressão, ansiedade e baixa autoestima (PULL, 2010).

IV. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível verificar a associação entre a obesidade, autoestima e depressão. Sugere-se suporte psicológico para os pacientes com obesidade, com intervenções específicas para as necessidades de cada paciente, levando em consideração o prejuízo que a obesidade pode trazer, tanto físico quanto mental.

V. AGRADECIMENTO

Agradecimentos: os autores agradecem à Capes e ao ICETI.

VI. REFERENCIAS

- ABESO- Diretrizes Brasileiras de Obesidade, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 4º edição, 2016.
- ABILÉS, Veronica et al. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, Granada, Espanha, p.161-167, 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca virtual em saúde. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2049-depressao> >. Acesso em: 01 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 38, 2014.

- BRAY, George; KIM, K.k.; WILDING, J.p.h.. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, Louisiana, Usa, v. 18, p.715-723, 2017.
- CARELS et al. Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. Elsevier, Ohaio, United States, p.180-185, 2010.
- CIBLIS, A.; DOOLEY, B.; ELDIN, N. One size fits all? Gender as an issue in obesity. *Clinical Obesity*, Navan, Irland., p.168-174, 2012.
- DJALALINIA, S. et al. Health impacts of obesity. *Pakistan journal of medical sciences*, Isfahan, Iran, v.1, p. 1176-1183, jan/fev. 2015. Disponível em: <doi: 10.12669/pjms.311.7033>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- DUONG, Hao; ROBERTS, Robert. Perceived weight in youths and risk of overweight or obesity six years later. *Journal List*, Hanoi, Vietnam, p.23-27, 2014.
- DURSO; LATNER. Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, Honolulu, Hawaii, p.80-86, 2008.
- FIO CRUZ, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Agência Fiocruz de Notícias (afn). Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/oms-alerta-sobre-depressao-no-dia-mundial-da-saude-2017>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- GAVIN, Amelia R.; SIMON, Greg E.; LUDMAN, Evette J. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: The mediating role of body image dissatisfaction. *Journal Psychosom*, Seattle, Usa, p.573-581, 2010.
- HEMMINGSSON, E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, Stockholm, Sweden, p.769-779, 2014.
- JIMENEZ, G. et al. Osteoarthritis: trauma vs disease. *Advances in experimental medicine and biology*, Granada, v. 1059, p. 63-83, mai. 2018. Disponível em: doi: 10.1007/ 978-3-319-76735-2_3>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- KINZL, Johann F. Adipositas: Stigmatisierung, Diskrimination, Körperimage. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, German, p.117-120, 2016.
- OPAS/OMS. PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: 66a Sessão do Comitê Regional da OMS. Washington, Usa: Organização Pan-americana da Saúde, out. 2014. Disponível em:<<https://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 23 maio 2018.
- PEREIRA, Cláudia; BRANDÃO, Isabel. UmaPerspetiva daPsicopatologia da Obesid. *Arquivos de Medicina*, Porto, Portugal, p.152-159, 2014.
- PULL, Charles B. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion In Psychiatry*, Pittsburgh, Usa, p.30-36, 2010.
- ROJAS, Cameron et al. [Anxiety, depression and self-concept among morbid obese patients before and after bariatric surgery. *Revista Médica do Clile*, Santiago, Chile, p.271-278, 2011.
- SARWER, David B. et al. Self-reported stigmatization among candidates for bariatric surgery. *Obesity*, Philadelphia, Usa, v. 2008, p.75-79, 2008.
- SBCBM. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIATRICA E METABÓLICA [homepage na internet]. Obesidade; tratamento cirúrgico [acesso em 01 jun de 2018]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica>, 2014.
- SCHOOLING, Cm et al. Infant or childhood obesity and adolescent depression. *Health and Health Services Research Fund*, Hong Kong, p.39-41, 2015.
- SPAHLHOLZ et al. Obesity and discrimination – a systematic review and meta- analysis of observational studies. *Obesity Reviews*, Leipzig, Germany, p.43-55, 2015.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. Managing overweight and obesity in adults: systematic evidence review from the obesity expert panel. Disponível

em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/obesity-evidence-review.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

ZELLER; MODI. Predictors of Health- Related Quality of Life in Obese Youth. Obesity, Cincinnati, USA, p.122-130, 2006.

WEINBERGER, Natascha Alexandra et al. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obesity Facts, Munich, p.424-441, 2017.

WIMMELMANN, Cathrine L.; DELA, Flemming; MORTENSEN, Erik L. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: A review of the recent research. Obesity Research & Clinical Practice, Copenhagen, Denmark, v. 8, n. 4, p.314-324, 2014.

WORLD OBESITY FEDERATION. Obesity as a disease. Disponível em: <<https://www.worldobesity.org/news/obesity-as-a-disease/>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

4.1 NORMAS DO ARTIGO 1

TITLE IN PORTUGUESE

(Times New Roman, capitalized, bold, centered, size 14)

TITLE IN ENGLISH

(Times New Roman, capitalized, bold, italic, centered, size 14)

NAME1¹; NAME2²; NAME3³

1 – INSTITUTE NAME1; 2 – INSTITUTE NAME2; 3 – INSTITUTE NAME3

(Times New Roman, capitalized, centered, size 11)

email of the authors in the same order according to the names.

Use header in the format above.

Document Formatting:

Paper size: A4

MARGINS: Top 1.7, Bottom 1.7, Left 1.7, Right 1.7, Header from top 1.25 and Footer from bottom 0.50.

COLUMNS: 2 columns, width 8.58 cm and spacing 0.42 cm.

SIZE: Paper must not exceed 6 pages.

Abstract - The abstract is a mandatory element, it must include both the Abstract in the original language of the paper, as well as its English version. Its size must not exceed 15 lines and must be followed by at least three keywords separated by a period. The other

sections of the paper can be modified according to the authors' needs; however, we suggest the following: Introduction, Methods, Results and Conclusion. At the end, the References must be added, in alphabetical order and properly cited throughout the text.

Keywords: *Keyword 1. Keyword 2. Keyword3.*

Abstract - *The abstract is required item, its size should not exceed 15 lines and must be followed by at least three keywords, separated by period.*

Keywords: *Keyword 1. Keyword 2. Keyword 3.*

(Times New Roman, bold, italic, justified, size 9).

Maximum abstract size: 15 lines.

I. INTRODUCTION

(Sections Titles: Times New Roman, capitalized, centered, size 10)

The world has evolved quite a bit and, in this regard... According to Pacheco (1999) progress achieved are important for technological development.

The evolution is marked by the breaking of the common process and becomes recognized by specialists (CARUSO, 2007).

(Text body: Times New Roman, first-line indent of 0.75 cm, justified, size 10).

(Indirect citation: when the surname of the author is inserted in the sentence, only the first letter of the surname is capitalized; when it is not inserted in the sentence, it is placed at the end, all in capital letters, always followed by the year of publication).

(The surnames of all authors must be cited if there are up to three authors. If there are more than three authors, the surname of the first author should be cited, followed by the expression et al.)

In this regard, Erber (2010) states that:

“Each and every advance in this type of technology requires deep technical and scientific knowledge in order to bring knowledge to the daily life of the population (ERBER, p.45, 2010).”

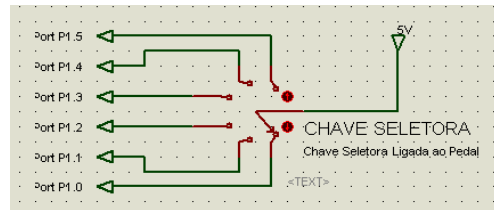
(Direct citation with more than three lines: Times New Roman, right indent of 2 cm, size 9)

II. METHODS

In this article, the three-phase induction motor was analyzed for an electric vehicle, for this reason, the implemented circuit can be used to control the speed of induction motors for

other purposes, whether residential or industrial. Figure 1 shows a selector switch connected to the pedal..

Figure 1 - Selector switch feeding the microcontroller ports



Source: indicate even if it belongs to the authors themselves. e.g.: Authors, 2016.

(Figures Titles: Times New Roman, centralized, size 9, simple spacing.

Font: the same format must be followed and inserted just below the figure)

Another important value is the number of samples per period of the carrier that is given by equation (1):

$$N = 1/(f_a \cdot n \cdot t_s) \quad (1)$$

(Equations: Times New Roman, justified, size 10, aligned to the left and numbered sequentially to the right)

III. RESULTS

If the use of subtitles is necessary, they should be numbered as follows: The first number indicates the section and the second number the subtitle number, for example:

3.1 – Simulation Results

(Subtitles: First, the section number, followed by a period and number of the subtitle. Times New Roman, italic, aligned to the left.)

In the acceleration pedal of... the results obtained are presented in Table 1.

Table 1 - Values obtained during the tests.

Circuit Type	Power (W)	Voltage (V)
Open		
Closed		

(Table Titles: Times New Roman, centralized, size 9).

(Data Table: Times New Roman, centralized cells, size 10, bold header, horizontal lines separating the heading and at the end of the table)

3.2 – Results of Field Trials

The graphics must be numbered sequentially as figures and cited in the text. For example, Figure 2 represents the graph of the most populated countries in the world.

Figure 2 – Most populated countries in the world.



Fonte: Mundo Educação, 2016.

IV. CONCLUSION

The method used in this study...

V. REFERENCES

- KEFELI, A.; UZSOY, R.; FATHI Y.; KAY, M. Using a mathematical programming model to examine the marginal price of capacity resources. **International Journal of Production Economics**, v. 1131, p. 383–391, 2011
- ERBER, Pietro. “Gasolina e Tomada”: o carro elétrico está perto. Rio de Janeiro: **Revista do Empresário da ACRJ**, maio/junho, 2010.
- FRÉ, Paulo; MARCELINO, Márcio Abud; ADAMI, José Feliciano. Sensor Kelvin para detecção de Tensão. **Revista Sodebras [on line]**. v. 10, n.117, Set./2015, p. 147-152. ISSN 1809-3957. Disponível em: <<http://www.sodebras.com.br/edicoes/N117.pdf>>. Acesso em 04 out. 2015.

MUNDO EDUCAÇÃO. Figura 2. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/tipos-graficos.htm>. Acesso em 26 jan 2016.

PACHECO, Marco Aurélio C. **Algoritmos Genéticos: Princípios e Aplicações**. Disponível em: <http://www.ica.ele.puc-rio.br/Downloads/38/CE-Apostila-Comp-Evol.pdf>. Acesso em 04 dez 2010.

(References should be placed in alphabetical order, with spacing between lines of 6pt, justified).

VI. COPYRIGHT

Copyright: the author(s) is(are) solely responsible for the material included in the paper.

Note: All format changes must be made by the authors using the previous paper template as a basis. If any correction is required, the authors will be informed.

(Obligatory include in your paper the copyright section)

It is recommended, where possible, to include in the references, papers already published in the SODEBRAS Online Journal. The articles have free access and are available in: <http://www.sodebras.com.br/Revista/edicoes.php>

5 ARTIGO 2

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

Adriana Baldo Mendes¹
Leonardo Pestillo de Oliveira²
Rose Mari Bennemann³

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde caracteriza a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. A cirurgia bariátrica tem sido considerada tratamento de escolha para a obesidade severa, já que leva a importante perda de peso. O objetivo do presente estudo foi analisar a autoestima e estimar a prevalência de depressão em pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e com amostra de conveniência. Foram avaliados pacientes adultos (idade > 18 anos), de ambos os sexos, participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica, do Sistema Único de Saúde. A avaliação da autoestima foi realizada pela escala de Rosenberg e a depressão pelo Inventário de Depressão de Beck. Aceitaram participar do estudo 190 pacientes. A maioria (84,21%) eram do sexo feminino, com idade entre 30 a 44 anos. Cerca de dois terços (66,84%) apresentavam obesidade classe III (severa). A autoestima foi considerada saudável para 85% dos participantes e 76% apresentaram sintomas depressivos. Os resultados em relação à autoestima discordam com a literatura e corroboram em relação à depressão. Faz-se necessário o acompanhamento psicológico dos pacientes em preparo para cirurgia bariátrica, tendo em vista a alta prevalência de depressão encontrada no presente estudo.

Palavras chave: Autoestima; Depressão; Obesidade; Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO, 2014) acknowledges that obesity is one of the biggest issues concerning public health around the world. It also claims that the bariatric surgery has been chosen as the treatment for the severe obesity as it promotes an important weight loss. Considering this, the purpose of this research is to evaluate the self-esteem and depression

¹ Mestranda em Promoção da Saúde. E-mail: adrianamendes37@outlook.com. Adriana Baldo Mendes, Rua Marcilio Dias 1290, apto 602, Maringá-PR.

² Doutor, docente do Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá, Unicesumar. Pesquisador Bolsista Produtividade em Pesquisa do ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação. E-mail: leonardo.oliveira@unicesumar.edu.br.

³ Doutor, docente do Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá, Unicesumar. Pesquisador Bolsista Produtividade em Pesquisa do ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação. E-mail: rose.bennemann@gmail.com

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

Keyword: Self-esteem; Depression; Obesity; Bariatric surgery.

INTRODUÇÃO

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

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

A Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica (Abeso) indica a cirurgia quando o IMC é igual/maior a 40 kg/m², ou igual/ maior a 35 kg/m² com presença de comorbidades (Abeso, 2016). A obesidade é um processo e assim como as outras doenças, exige tratamento (Bray, Kim, Wilding, 2017). Quando ocorre à falência do tratamento clínico e dietético o tratamento mais eficaz é o procedimento cirúrgico. A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz, já que leva a importante perda de peso, favorecendo melhoras significativas na

qualidade de vida (Ribeiro, 2011, Akamine; Ilias, 2013). Além de proporcionar perda ponderal sustentável, em longo prazo, os indivíduos têm resolução de várias comorbidades, favorecendo o bem-estar psicossocial (Kissler; Settmacher, 2013)

A cirurgia bariátrica abrange uma variedade de procedimentos cirúrgicos que envolvem redução do tamanho do estômago ou desvio do intestino delgado, resultando em redução da quantidade de ingestão de alimentos possível e/ou diminuição da capacidade de digerir comida (Felt, Felder, Penkler, 2017).

O Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas realizadas, e as mulheres representam 76 % dos pacientes que fazem a redução do estômago no Brasil (Sbcbm, 2017).

Segundo Porcu e colaboradores, (2011), a obesidade está associada a depressão, caracterizada principalmente pela presença de humor deprimido, perda do interesse por atividades prazerosas, alterações de sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas.

Estudo realizado no Chile com pacientes com obesidade severa, em preparo para a cirurgia bariátrica com níveis elevados de sintomas depressivos, revelou, após intervenção para perda de peso, que os sintomas depressivos diminuíram de forma significativa (COFRE-LIZAMA et al., 2017).

A autoestima representa um aspecto avaliativo do autoconceito e consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma avaliação positiva (auto aprovação) ou negativa (depreciação) de voltar-se para si mesmo e nesta concepção, a autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns do autovalor (Hutz, Zanon, 2011).

Indivíduos com depressão apresentam maior risco para a obesidade (Langaro e colaboradores, 2011). Segundo a Abeso (2016), a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e a depressão, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias. A maior ocorrência de depressão e da baixa autoestima dos pacientes com obesidade severa pode estar relacionada às tentativas frustradas de perder peso e as dificuldades no controle do comportamento alimentar enfrentadas pelo paciente (Mota e colaboradores, 2014).

Considerando a relevância de estudos sobre obesidade, a elevada prevalência, a dificuldade no controle e o elevado índice de reincidência, o objetivo do presente estudo foi analisar a autoestima e estimar a prevalência de depressão em pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como transversal, quantitativo, com coleta de dados primários e com amostra de conveniência. Foram convidados a participar pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, participantes de grupos de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica, das cidades de Maringá, Paranaíba e Arapongas- Paraná.

As características sociodemográficas (nome, idade, sexo, profissão, peso, estatura), clínicas (presença de obesidade na infância ou adolescência; se já fez dieta para emagrecimento; se perdeu peso; motivo da cirurgia) e bioquímicas: colesterol alto e triglicérides elevado foram auto referidos pelos pacientes. Foram excluídos pacientes surdos/mudos e analfabetos.

A avaliação da obesidade foi realizada por meio do indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC) (kg/m^2), que foi calculado dividindo-se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado: P/E^2 (Who, 2000). O peso e a estatura foram auto referidos. Os pacientes foram classificados como pré-obesidade quando apresentaram $\text{IMC} \geq 25$ e $\leq 29,9 \text{ kg/m}^2$; com obesidade classe I quando apresentaram $\text{IMC} \geq 30$ e $\leq 34,9 \text{ kg/m}^2$; com obesidade classe II quando apresentaram $\text{IMC} \geq 35$ e $\leq 39,9 \text{ kg/m}^2$ e Obesidade classe III quando apresentaram $\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2014).

A depressão foi determinada por meio do Inventário de Depressão de Beck (IDB). O IDB foi desenvolvido para avaliar a intensidade de sintomas de depressão na população em geral. É um instrumento de autopreenchimento validado para o português. Enfoca sintomas e atitudes como tristeza, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Embora não tenha finalidade diagnóstica, permite classificar com confiabilidade a sintomatologia depressiva. Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia de 0 a 3 pontos conforme a gravidade dos sintomas. De acordo com a pontuação os indivíduos foram considerados: sem depressão ou depressão mínima quando somaram 0 a 9 pontos; depressão leve a moderada quando somaram 10 a 18; depressão moderada a grave quando somaram 19 a 29 e depressão grave quando somaram 30 a 63.

A autoestima foi avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg (1989). A escala tem sido um instrumento muito utilizado internacionalmente (Heatherton, 2003). No Brasil,

esse instrumento foi originalmente adaptado e validado para pesquisa por Hutz (2000) e revalidado por Hutz e Zanon (2011). Esta escala é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e auto-aceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. A classificação da autoestima foi definida pela seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) – escore maior que 30 pontos; média – escore entre 15 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) – escore menor que 15 pontos (Dini, Quaresma, Ferreira, 2004).

A análise estatística foi realizada com auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1. Para avaliar as relações entre as variáveis autoestima, depressão, obesidade e doenças apresentadas pelos participantes da pesquisa, foram utilizados o teste de correlação de *Spearman* e o teste de *Wilcoxon*.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, pelo parecer nº 2.529.435, em 07 de março de 2018.

RESULTADOS

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

Pouco mais da metade dos pacientes avaliados (53,68%) apresentaram obesidade na infância ou adolescência, quase todos (94,74%) já haviam tentado fazer dietas e 54,21% não emagreceram. Quanto aos motivos para a realização da cirurgia, 69,47% dos respondentes indicaram apenas doenças, 6,32% motivos estéticos e 16,84% apontaram ambos.

A hipertensão foi a doença mais frequente, atingindo 58,42% deles, seguida da artrose (28,95%). O diabetes, colesterol e/ou triglicérides elevados atingem 15,26%, 19,47% e 14,74% deles, respectivamente, 32,11% referiram outras doenças. A seguir, é apresentada a descrição das características sociodemográficas (Tabela 1), e clínicas dos pacientes que participaram da pesquisa (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes, segundo características sociodemográficas

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

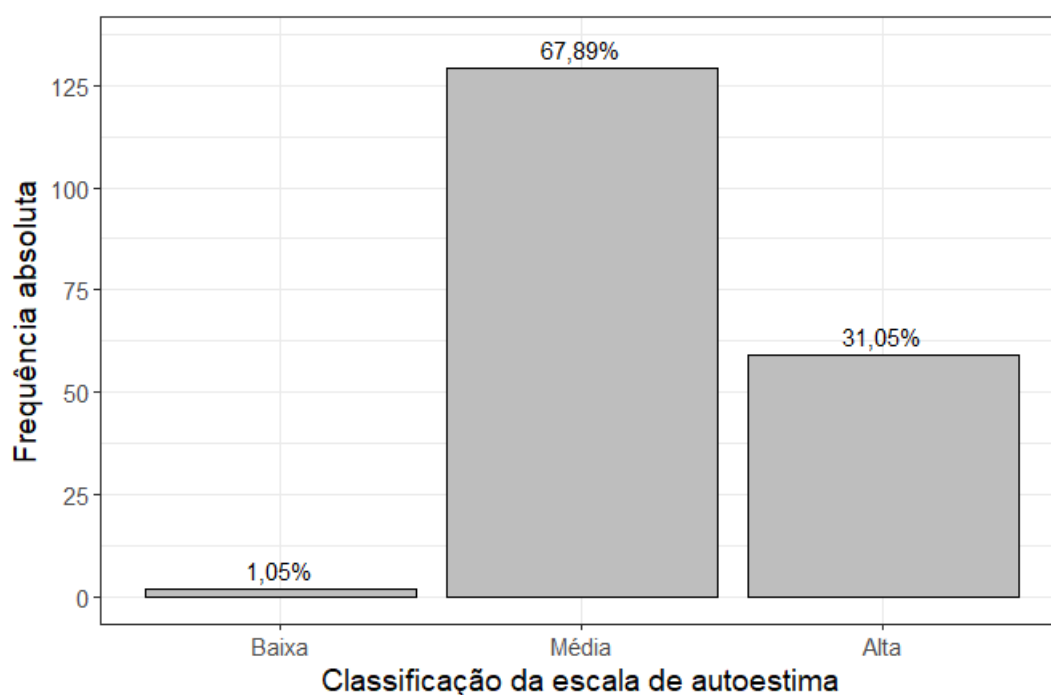
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes, segundo características clínicas

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

* Um indivíduo pode ter relatado mais de uma doença.

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

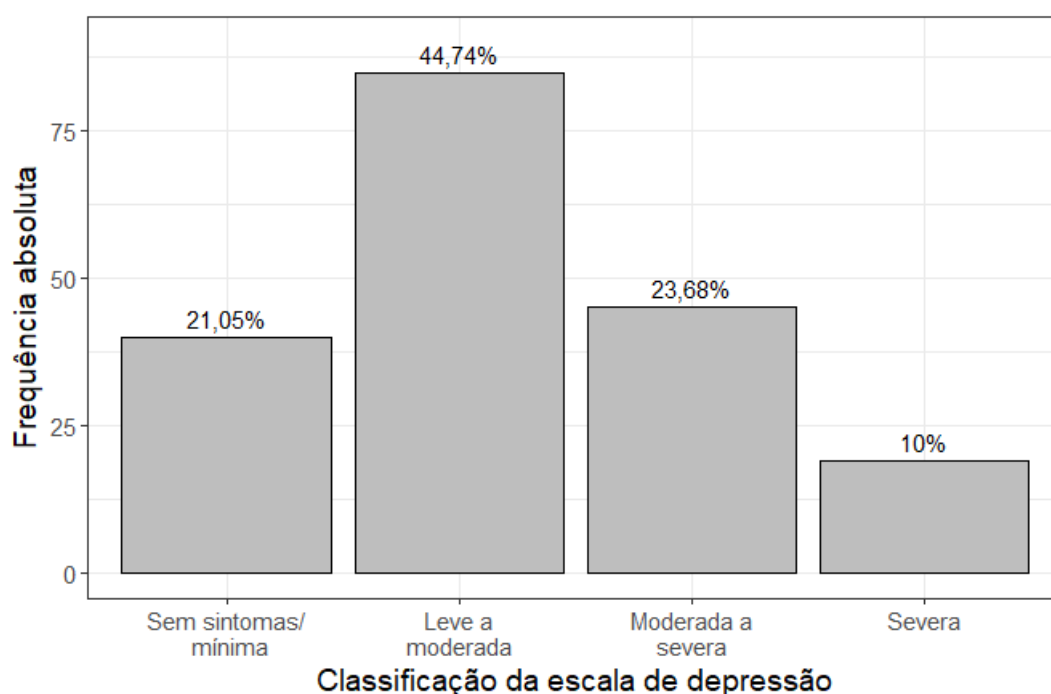
Figura 1- Distribuição dos pacientes, segundo pontuação na escala de autoestima de Rosenberg



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

pontos, indicando depressão moderada a severa e outros 10% obtiveram 30 pontos ou mais, caracterizados com depressão severa. Foi observado, que a pontuação obtida pelos pacientes apresenta média e mediana de 16,76 e 15,00 pontos, respectivamente. Em relação à dispersão, obteve-se um desvio padrão de 8,76 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 52,26%, indicando uma dispersão moderada dos dados em torno da média, sendo os quartis Q1 e Q3 iguais a 11,00 e 22,00 pontos, respectivamente. Aplicando-se o teste de Shapiro-Wilk, a hipótese de normalidade dos dados foi rejeitada, ao nível de 5% de significância (valor $p < 0,001$).

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



As pontuações dos participantes da pesquisa que possuem colesterol ou triglicérides elevados são, significativamente, diferentes das pontuações dos que não possuem (valores p de 0,018 e 0,024), sendo que, em ambos os casos, as pontuações medianas são maiores entre os que possuem tais doenças (Tabela 3). Para as demais doenças, não foram observadas diferenças significativas.

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

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

DISCUSSÃO

Neste estudo que tinha como objetivo avaliar a autoestima e prevalência de depressão em pacientes que iriam realizar a cirurgia bariátrica foi observado autoestima saudável na maioria dos pacientes e, baixa autoestima em 2% dos pacientes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rocha e Costa (2012), realizado em Portugal, com pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. De acordo com os autores, os pacientes tendem a apresentar percepção positiva de si próprios.

Em relação a depressão, 76% dos entrevistados, apresentaram sintomas depressivos. Resultado que corrobora com os achados da literatura sobre sintomas depressivos em pacientes com obesidade. Hayden e colaboradores (2011) e Tae e colaboradores (2014) ao estudarem pacientes com obesidade classe III, encontraram

resultados semelhantes em relação aos sintomas depressivos em pacientes com obesidade. Ainda, segundo Tae e colaboradores (2014), pacientes com obesidade apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de sintomas de depressão. Da mesma forma, os resultados correspondem ao estudo realizado na Irlanda, onde 65% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos (Ciblis, Dooley, Eldin, 2012), reforçando que altas taxas de sintomas depressivos são encontradas em pacientes com obesidade,

A média de idade de 36,33 anos, no presente estudo, foi menor que a encontrada no estudo de Yusuf e colaboradores (2017), cuja idade variou de 18 a 78 anos, com média de 42 anos de idade. Já a prevalência do sexo feminino, também foi verificada nos estudos de Fettich e Chen (2012) e da Sbcbm (2017), onde 78% e 76%, respectivamente, dos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica eram mulheres.

Obesidade classe III foi verificada em 66% dos pacientes. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Ciblis, Dooley e Eldin (2012). A obesidade está relacionada ao risco elevado do surgimento de comorbidades, sendo as principais: hipertensão arterial sistêmica e doenças ósseas e articulares (Mota, Costa, Almeida, 2014). Fato que corrobora com o presente estudo, tendo em vista que todos os pacientes relataram a presença de comorbidades, sendo a hipertensão a doença prevalente. Frota e colaboradores (2015) encontraram resultado semelhante, em pesquisa realizada no Ceará, visto que 50% dos pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica apresentavam hipertensão.

Embora não tenha sido pesquisado o nível de escolaridade, a maioria dos pacientes femininos tinha como ocupação afazeres domésticos e os homens, atividades relacionadas à lavoura. Atividades essas, ainda relacionadas no Brasil, à baixa escolaridade. Segundo Hemmingsson (2014), a obesidade apresenta um elo com a desvantagem socioeconômica e o sofrimento emocional.

A obesidade na infância foi relatada por 53,68% dos pacientes. De acordo com a WHO (2016), crianças obesas tendem a permanecer obesas na idade adulta e são mais propensas a desenvolver doenças não transmissíveis em idade mais jovem, acarretando maior chance de morte prematura.

A associação entre obesidade, autoestima e depressão também foi verificado no estudo de Yazdani e colaboradores (2018). Segundo os autores, os defeitos da imagem corporal, a baixa autoestima, ocasionada pela obesidade, leva a percepção psicológica negativa. Da mesma forma, outro estudo realizado na Suíça, verificou associação entre a

autoestima e a insatisfação com o peso corporal com a depressão (Richard e colaboradores, 2016).

Em contradição com os resultados deste estudo, onde não foi associado a relação entre autoestima e o peso corporal, Weinberger e colaboradores (2016) encontraram associações relevantes em relação a autoestima e o peso corporal, mostrando que a autoestima é mais afetada quanto maior o IMC). Segundo Kinzl (2016), as pessoas obesas estão expostas a discriminação, e essa percepção negativa contribui para autoimagem e autoestima negativa.

Em relação autoestima e o IMC, Sarwer e colaboradores (2012) encontraram resultados semelhantes ao presente estudo, visto que a autoestima não foi associada ao IMC, mas foi associada, a níveis mais altos de sintomas depressivos. A autoestima associada ao excesso de peso foi relatada em um estudo com 50 pacientes, na Espanha, com obesidade classe III, em comparação com 25 voluntários com peso normal. Os pacientes obesos tinham níveis elevados de ansiedade, depressão e níveis mais baixos de autoestima em comparação com os controles com peso normal (Abilés e colaboradores, 2010). Da mesma forma, no Reino Unido, Jumbe, Hamlet e Meyrick (2017) encontram resultado semelhante, visto que verificaram associação da insatisfação da imagem corporal e autoestima, com o aumento do IMC.

No presente estudo não foram encontrados resultados que apoiem a relação entre o IMC e a depressão. Resultados que sugerem associação positiva entre IMC e depressão foram relatados por Yusuf e colaboradores (2017) ratificando outros estudos que mostram que a obesidade é um fator de risco para depressão.

Em relação a depressão e as doenças relatadas pelos pacientes observou-se que as pontuações são maiores para os que possuem colesterol e triglicerídeos elevados. Resultados semelhantes foram descritos por Pacheco e Santos (2015) em indivíduos que apresentaram colesterol elevado e tendência a depressão. A obesidade está diretamente associada com hipertensão arterial, sedentarismo e aumento de colesterol de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Sbcbm, 2010).

CONCLUSÃO

Diferentemente da maioria dos estudos da literatura consultada, o presente estudo verificou autoestima alta (satisfatória) para a maioria dos pacientes. Embora este achado seja intrigante, tendo em vista a alta prevalência de sintomas depressivos apresentados pelos

pacientes, a confiança neste tipo de tratamento pode aumentar a esperança e melhorar o nível de autoestima. É de conhecimento dos pacientes que a cirurgia bariátrica é uma alternativa quando o tratamento clínico e dietético não apresenta resultados positivos, em função da falta de perseverança, ou da urgência na perda de peso pela presença de comorbidades.

Ainda, em relação aos resultados, sugere-se o acompanhamento psicológico dos pacientes em preparo para cirurgia bariátrica, tendo em vista a alta prevalência de depressão encontrada no presente estudo.

Finalizando, espera-se com este trabalho, contribuir para ampliar o conhecimento sobre os aspectos psicológicos da obesidade, e fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da obesidade e promoção da saúde.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

- Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras da obesidade. 4. ed. São Paulo, 2016. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- Abilés, Veronica; Rodríguez-Ruiz, S; Abilés, J.; Mellado, C; García, A; Pérez de la Cruz, A; Fernández-Santaella, MC. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, v. 20, n. 2, Granada, Espanha, p.161-167, 2010.
- Akamine, Alessandra M.b.c.; Ilias, Elias Jirjoss. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 59, n. 4, p.316-317, jul. 2013.
- Atlantis, E.; Baker, M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int. J. Obes, London*, v. 32, n. 6, 2008.
- Barros, Lívia Moreira, Frota, Natasha Marques, Moreira, Rosa Aparecida Nogueira, Araújo, Thiago Moura de; Caetano, Joselany Áfio. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 1, Fortaleza, Ceará, p.21-27, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*:

estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira, Brasília, v. 2, p.1-158, 2014.

Bray, G.A; Kim, K.K.; Wilding, J.p.h. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Obesity Reviews, v. 18, n. 7, Lousiana, Usa, p.715-723, 2017.

COFRE-LIZAMA, Alfonso et al. Intervención integral de ocho meses disminuye el peso y mejora los niveles de depresión y ansiedad en obesos severos y mórbidos. **Revista Faculdade de Medicina**, Temuco Chile, v. 65, p.239-243, 2017.

Dini, GM; Quaresma, MR; Ferreira, LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plást. v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

Felt, Ulrike; Felder, Kay; Penkler, Michael. How differences matter: tracing diversity practices in obesity treatment and health promotion. Sociology Of Health & Illness, v. 39, n. 1, Viena, p.127-142, 2017.

Fettich, Karla C.; Chen, Eunice Y. Coping With Obesity Stigma Affects Depressed Mood in African-American and White Candidates for Bariatric Surgery. Obesity, v. 20, n. 5, Chicago, p.1-7, 2012.

Gibbons, J. G.; Chakraborti, S. Nonparametric statistical inference: revised and expanded. 4. ed. Publisher Taylor & Francis, 2014.

Godoy-Matos, Amélio F de; Oliveira, Jucinéia de; Moreira, Rodrigo O. Síndrome metabólica. São Paulo: Atheneu, 2006.

Gorenstein, Clarice; Andrade, Laura Helena. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, p.245-250, 2015.

Hayden, Melissa J.; Dixon, JB; Dixon, ME; Shea, TL; O'Brien, PE. Characterization of the Improvement in Depressive Symptoms Following Bariatric Surgery. Obesity Surgery, v. 21, n. 3, Nova York, p.328-335, 2011.

Hemmingsson, E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. . Obes Rev., v. 15, n. 9, Stockholm, Sweden, p.269-279, 2014.

Hutz, Claudio Simon; Zanon, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosemberg R. Avaliação Psicológica, v. 10, n. 1, Porto Alegre, p.41-49, 2011.

Jumbe, Sandra; Hamlet, Claire; Meyrick, Jane. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. Current Obesity Reports, v. 6, n. 1, London, Uk, p.71-78, 2017.

Kinzl, Johann F. Adipositas: Stigmatisierung, Diskrimination, Körperimage. Wiener Medizinische Wochenschrift, v. 166, Viena, Switzerland, p.117-120, 2016.

Kissler, Hermann; Settmacher, U. Bariatric surgery to treat obesity. Semin Nephrol., Jena Germany, p.75-89, 2013.

Langaro, Flavia; Vieira, Ana Paula Kroeff; Poggere, Letícia Carol; Trentini, Clarissa Marcelli. Caracterização de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. Avaliação Psicológica, v. 10, n. 1, Porto Alegre, p.71-79, 2011.

Mota, Diana Cândida Lacerda; Costa, Telma Maria Braga; Almeida, Sebastião Sousa. Imagem Corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 16, p.100-113, 2014.

Pacheco, A. J. C.; Santos, C. S. Vilaça de Brito. Depressão em pessoas com doença cardíaca: Relação com a ansiedade e o controlo percebido. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 14, Porto, Portugal, p.64-71, 2015.

Porcu, Mauro; Franzin, Ricardo; Abreu, Paulo Belmonte de; Previdelli, Isolda Terezinha Santos; Astolfi, Mateus. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Acta Health, Maringá, v. 33, n. 2, p.165-171, 2011.

Ribeiro, Graziela A. Nogueira de Almeida; Santos, José Ernesto dos; Loureiro, Sonia Regina. Perfil Psicológico de Mulheres e a Cirurgia Bariátrica: Estudo Exploratório. Revista Interamericana de Psicologia, São Paulo, v. 45, p.169-176, 2011.

Richard, Aline; Rohrmann, Sabine; Lohse, Tina; Eichholzer, Monika. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. BMC Public Health, v. 16, n. 1, Zurich, Switzerland, p.1-8, 2016.

Rocha, Carla; Costa, Eleonora. Eleonora. Aspectos psicológicos na obesidade severa: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. Análise Psicológica, v. 30, n. 4, Lisboa, p.451-466, 2012.

Sarwer, David B.; Fabricatore, AN; Eisenberg, MH; Sywulak, LA; Wadden. TA. Self-reported Stigmatization Among Candidates for Bariatric Surgery. Obesity, Philadelphia, Usa, p.75-79, 2012.

Sbcbm. Sociedade Brasileira De Cirurgia Bariátrica E Metabólica. Consenso brasileiro multissocietário em cirurgia da obesidade. 2010. Disponível em: <www.sbcbm.org.br>. Acesso em: 03 jun. 2017.

Tae, Barbara; Pelaggi, Elisabeth Rosa; Moreira, Julia Guglielmi; Waisberg, Jaques; Matos, Leandro Luongo de; D'Elia, Gilberto. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. Revista Colégio Brasileira de Cirurgia, v. 41, n. 3, São Paulo, p.155-160, 2014.

Who. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report. Consultation on Obesity. Geneva, 2014.

_____. World Health Organization. What can be done to fight the childhood obesity epidemic? Geneva, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/>. Acesso em: 15 ago. 2018.

Yazdani, Negar; Hosseini, SV; Amini, M; Sobhani, Z; Sharif, F; Khazraei, H. Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. Nurs Midwifery, v. 6, n. 2, Shiraz, Iran, p.175-184, 2018.

Yusufov, Miriam; Dalrymple, K; Bernstein, MH; Walsh, E; Rosenstein, L; Chelminski, I; Zimmerman, M. Body mass index, depression, and suicidality: The role of self-esteem in bariatric surgery candidates. Journal Of Affective Disorders, v. 208, Providence, EUA, p.238-247, 2017.

5.1 NORMAS DO ARTIGO 2

Instruções para envio de artigo

A RBONE (Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e emagrecimento) adota as regras de preparação de manuscritos que seguem os padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que se baseiam no padrão Internacional - ISO (International Organization for Standardization), em função das características e especificidade da RBONE apresenta o seguinte padrão.

Instruções para envio

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo.

Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções a seguir em relação ao estilo e ao formato será devolvido sem revisão pelo Conselho Editorial.

Formato dos arquivos

Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

Artigo original

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens:

Página título: deve conter

- (1) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;
- (2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem (afiliação), com cidade, estado e país, se fora do Brasil;
- (3) nome do autor correspondente e endereço completo;
- (4) e-mail de todos os autores.

Resumo: deve conter

- (1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;
- (2) três a cinco palavras-chave. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://goo.gl/5RVOAa>);
- (3) o título e o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do título e do resumo para a língua inglesa;
- (4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

Introdução: deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e Métodos: deve conter

- (1) descrição clara da amostra utilizada;
- (2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos e animais, conforme recomenda as resoluções 196/96 e 466/12;
- (3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;
- (4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;

- (5) descrição de métodos novos ou modificados;
- (6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados: deve conter

- (1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto;
- (2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão: deve conter

- (1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;
- (2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;
- (3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão: deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos: deve conter:

- (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;
- (2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação: deve utilizar o sistema autor-data. Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Bacurau e colaboradores, 2001). A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências: as referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da RBONE e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências.

Exemplos:

- 1) Artigo padrão em periódico (deve-se listar todos os autores):

Amorim, P.A. Distribuição da Gordura Corpórea como Fator de Risco no desenvolvimento de Doenças Arteriais Coronarianas: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina. Vol. 2. Num. 4. 1997. p. 59-75.

2) Autor institucional:

Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Institui diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria interministerial, Num. 1010 de 8 de maio de 2006. Brasília. 2006.

3) Livro com autor (es) responsáveis por todo o conteúdo:

Bacurau, R.F.; Navarro, F.; Uchida, M.C.; Rosa, L.F.B.P.C. Hipertrofia Hiperplasia: Fisiologia, Nutrição e Treinamento do Crescimento Muscular. São Paulo. Phorte. 2001. p. 210.

4) Livro com editor (es) como autor (es):

Diener, H.C.; Wilkinson, M. editors. Druginduced headache. New York. Springer-Verlag. 1988. p. 120.

5) Capítulo de livro:

Tateyama, M.S.; Navarro, A.C. A Eficiência do Sistema de Ataque Quatro em Linha no Futsal. IN Navarro, A.C.; Almeida, R. Futsal. São Paulo. Phorte. 2008.

6) Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado:

Navarro, A.C. Um Estudo de Caso sobre a Ciência no Brasil: Os Trabalhos em Fisiologia no Instituto de Ciências Biomédicas e no Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo. 2005.

Tabelas

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais).

As tabelas devem ser criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

6 CONCLUSÃO

Diferentemente da literatura consultada, em que a obesidade, autoestima e depressão encontram-se associadas na maioria dos trabalhos, o presente estudo verificou apenas associação entre obesidade e depressão. Neste sentido, é importante ressaltar que o fato de realizar a cirurgia pode ter causado impacto positivo na autoestima, tendo em vista que os pacientes avaliados, na sua maioria, eram de baixo nível socioeconômico e residentes na zona rural.

A cirurgia bariátrica, embora seja a melhor opção para pacientes com obesidade severa com comorbidades e dificuldades para emagrecer, é um procedimento invasivo, e como tal pode trazer, ao longo do tempo, sérios problemas de saúde, mostrando a necessidade de intervenções, programas e políticas mais efetivos junto à população que contemplam não só a promoção, prevenção do excesso de peso, mas também que estimulem o desenvolvimento pessoal e a busca por uma qualidade de vida mais saudável.

Vale ainda ressaltar a importância do acompanhamento multidisciplinar destes pacientes, tendo em vista que a equipe pode oferecer suporte e auxiliar no estabelecimento de metas e escolhas de estilo de vida saudáveis para obtenção de um bem-estar físico e psicológico.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

Cirurgia bariátrica: a situação atual do Brasil, 2016a. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do->>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. **Diretrizes brasileiras da obesidade.** 4. ed. São Paulo, 2016b. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

AKAMINE, A. M. B. C.; ILIAS, E. J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 316-317, jul. 2013.

ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia (natal)**, v. 17, n. 1, p. 153-160, abr. 2012.

BASTOS, E. C. et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 26, n. 1, p. 26-32, 2013.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade.** São Paulo: Manole, 2003.

BRASIL. Portaria nº424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 12 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Blog da Saúde. **Cinco fatos que você precisa saber sobre a cirurgia bariátrica no sus**, 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50927-cinco-fatos-que-voce-precisa-saber-sobre-a-cirurgia-bariatrica-no-sushtml.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília, v. 2, p. 1-158, 2014.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, MD. **Centro Nacional de Estatísticas de Saúde.** 2016. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db167.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

FELT, U.; FELDER, K.; PENKLER, M. How differences matter: tracing diversity practices in obesity treatment and health promotion. **Sociology Of Health & Illness**, v. 39, n. 1, Viena, p. 127-142, 2017.

GODOY-MATOS, A. F.; OLIVEIRA, J.; MOREIRA, R. O. **Síndrome metabólica**. São Paulo: Atheneu, 2006.

GONÇALVES, C. O.; CAMPANA, A. N.; TAVARES, M. C. Influência da atividade física na imagem corporal: uma revisão bibliográfica. **Motricidade**, Campinas, v. 8, n. 2, p. 70-82, 2012.

HEATHERTON, T. F.; WYLAND, C. Assessing self-esteem. In: LOPEZ, S.; SYNDERS, R. (Eds). **Assessing positive psychology**. Washington: APA, 2003.

HUTZ, C. S. **Avaliação em psicologia positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg R. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 out. 2017.

LANGARO, F. et al. Caracterização de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 71-79, 2011.

MARIA, C. C.; YAEGASHI, S. F. R. Os traços de personalidade associados no desenvolvimento da Obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade**, São Paulo, v. 10, n. 56, p. 74-92, 2016.

MARIANO, M. L. L.; MONTEIRO, C. S.; PAULA, M. A. B. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso: repercussões na vida laboral do obeso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 38-45, 2013.

MARIHART, C. L.; BRUNT, A. R.; GERACI, Â. A. Older adults fighting obesity with bariatric surgery: Benefits, side effects, and outcomes. **Sage Open Medicine**, North Dakota State University, v. 2, p. 1-8, 2015.

MARQUES, J. S. R. **Qualidade de vida do doente submetido a cirurgia bariátrica**. 26 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2012.

MORAES, Â. L.; ALMEIDA, E. C. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553-572, 2013.

MOTA, D. C. L.; COSTA, T. M. B.; ALMEIDA, S. S. Imagem Corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, p. 100-113, 2014.

PEREIRA, R. Número de cirurgias de redução de estômago aumenta 7,5% no Brasil em 2016. 18 jan. 2017. **Paraná Portal**. Disponível em: <<http://paranaportal.uol.com.br/geral/numero-de-cirurgias-de-reducao-de-estomago-aumenta-75-no-brasil-em-2016/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PORCU, M. et al. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Acta Health**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 165-171, 2011.

RIBEIRO, G. A. N. A.; SANTOS, J. E.; LOUREIRO, S. R. Perfil psicológico de mulheres e a cirurgia bariátrica: estudo exploratório. **Revista Interamericana de Psicologia**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 169-176, 2011.

ROCHA, C.; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 30, n. 4, p. 451-466, 2012.

SABOYA, P. P. et al. Lifestyle Intervention on Metabolic Syndrome and its Impact on Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio Grande do Sul, v. 108, n. 1, p. 60-68, 2017.

SBCBM. Sociedade Brasileira De Cirurgia Bariátrica E Metabólica. **Consenso brasileiro multisocietário em cirurgia da obesidade**. 2010. Disponível em: <www.sbcm.org.br>. Acesso em: 03 jun. 2017.

SCHROEDER, R. et al. Treatment of Adult Obesity with Bariatric Surgery. **American Family Physician**, New Jersey, v. 93, n. 1, p. 31-37, 2016.

TAE, B. et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. **Revista Colégio Brasileira de Cirurgia**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 155-160, 2014.

VENZON, C. N.; ANCHIERI, J. C. Indicadores de compulsão alimentar em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-49, 2014.

WIN, A. Z. et al. Importance of Nutrition Visits After Gastric Bypass Surgery for American Veterans, San Francisco, 2004–2010. **Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, And Policy**, San Francisco, v. 11, p. 1-6, 2014.

WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report. Consultation on Obesity. Geneva, 1997.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report. Consultation on Obesity. Geneva, 2014.

_____. **Obesity and overweight**. Geneva, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

YUSUFOV, M. et al. Body mass index, depression, and suicidality: The role of self-esteem in bariatric surgery candidates. **Journal Of Affective Disorders**, Oklahoma, v. 208, p. 238-247, 2017.

ANEXO A - Escala de depressão de Beck – BDS

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. 2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. 3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. 4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. 5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. 6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.	8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. 9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. 10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. 11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar. 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. 13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
---	---

- 14** 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
 3 Acredito que pareço feio.
- 15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
 1 Não durmo tão bem como costumava.
 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 2 Meu apetite é muito pior agora.
 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
 2 Perdi mais do que 5 quilos.
 3 Perdi mais do que 7 quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
- 20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
 2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

ANEXO B – Escala de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista**Roteiro de Entrevista**

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () masculino () feminino

Peso: ____ kg Altura: ____ m Profissão: _____

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Outro _____

Apresentou obesidade na infância ou adolescência: () Sim () Não

Já tentou fazer dietas: () Sim () Não

Emagreceu () Sim () Não

Motivo da Cirurgia: () Doenças () Estética

Apresenta algumas das seguintes doenças: () Hipertensão () Diabetes () Artrose

() Colesterol elevado () Triglicérides elevado () Outras _____