

O PAPEL DA PSIQUIATRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

THE ROLE OF PSYCHIATRY IN PATIENTS SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA FILARDI¹, JULIA PIMENTA GOMES¹, LAILA MAMERI PIRES¹, MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA FILARDI¹, PRISCILA NOGUEIRA RODRIGUES¹, PLÍNIO ARISTEU MÓL BAIÃO^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Minas-BH; 2. Médico graduado pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF-SUPREMA). Especialização em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

* Faculdade de Minas (Faminas-BH) - Avenida Cristiano Machado, 12001, Vila Clóris, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31744-007
pliniomol@hotmail.com

Recebido em 20/03/2020. Aceito para publicação em 02/04/2020

RESUMO

A obesidade está associada à comorbidades graves que vão desde a hipertensão arterial sistêmica a diversos tipos de alterações neuropsicológicas. A equipe multidisciplinar, responsável pelo pré e pós-operatório das cirurgias bariátricas tem aumentado sua atuação exponencialmente nos serviços de saúde. O papel da psiquiatria é imprescindível, através de avaliações do quadro mental do paciente se determina se ele está apto para a cirurgia ou se a cirurgia irá acarretar mais riscos do que benefícios. Transtornos psiquiátricos são prevalentes nos indivíduos aptos para a realização de cirurgia bariátrica. Diagnóstico psiquiátrico passado ou presente, como o transtorno depressivo maior na vida, o diagnóstico prévio de abuso de álcool ou dependência, os sintomas bipolares no pré-operatório e os sintomas do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade são duas vezes mais comuns em pacientes que procuram cirurgia bariátrica do que na população em geral, e também estão significativamente correlacionados com sintomas de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares. A presença de sintomas depressivos está associada ao diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar entre os candidatos a cirurgia bariátrica e os pacientes com depressão atípica, os sintomas podem estar em maior risco de desenvolvimento de humor comórbido e de patologia alimentar. Abordar a melhoria da alimentação, as preocupações psicológicas através de estudos clínicos individualizados e os cuidados pós cirurgia podem melhorar significativamente os resultados dos pacientes pós cirúrgicos, além da introdução de terapia cognitivo comportamental em indivíduos pré e pós cirurgia bariátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bariátrica, psiquiatria, psicologia, obesidade.

ABSTRACT

Obesity is associated with severe comorbidities ranging from systemic arterial hypertension to several types of neuropsychological disorders. The multidisciplinary team, responsible for the pre and post operative of bariatric surgeries has increased its performance exponentially in health services. The role of psychiatry is essential, through assessments of the patient's mental picture, it is determined whether he is fit for surgery or whether surgery will entail more risks than benefits. Psychiatric disorders are prevalent

in individuals able to perform bariatric surgery. Past or present psychiatric diagnosis, such as major depressive disorder in life, previous diagnosis of alcohol abuse or addiction, preoperative bipolar symptoms and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder are twice as common in patients who seek bariatric surgery than in the general population, and are also significantly correlated with symptoms of anxiety, depression and eating disorders. The presence of depressive symptoms is associated with the diagnosis of binge eating disorder among candidates for bariatric surgery and patients with atypical depression, the symptoms may be at higher risk of developing comorbid mood and eating disorders. Addressing improved nutrition, psychological concerns through individualized clinical studies and post-surgery care can significantly improve post-surgical patient outcomes, in addition to the introduction of cognitive behavioral therapy in pre- and post-bariatric surgery individuals.

KEYWORDS: Bariatric Surgery, psychiatry, psychology, obesity.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é a maior epidemia do século XXI e está associada a uma gama de comorbidades graves que vão desde hipertensão arterial sistêmica a diversos tipos de neoplasias malignas e alterações neuropsicológicas¹. As alterações psicológicas e neurológicas nesses pacientes impõem ainda mais a necessidade de indicação de um tratamento para a obesidade para diminuir o número de comorbidades associadas². As intervenções de mudanças do estilo de vida, terapia cognitivo comportamental, grupos de apoio e treino cognitivo são importantes para uma abordagem complementar do paciente, mas não devem retardar ou atrasar a indicação de cirurgia bariátrica^{1,2}. Existem estudos que avaliaram os efeitos da gastrectomia em manga ou *sleeve* e *bypass* gástrico na função cognitiva e na associação entre perda de peso e controle da compulsão alimentar e mostraram melhora com a cirurgia bariátrica³. A cirurgia bariátrica não se centra diretamente no tratamento de alguma alteração comportamental ou psicológica subjacente que esteja a contribuir para a obesidade, mas é o tratamento padrão-

ouro para obesidade grave^{1,2,3}. O sucesso da cirurgia bariátrica não se mede apenas pela perda de peso, mas também pela melhoria ou cura das comorbidades clínicas associadas^{2,3}.

Depressão e obesidade são crises de saúde pública e sua relação bidirecional é bem documentada, de modo que a obesidade prediz o início da depressão e vice-versa. Essa relação pode diferir por subtipo de depressão, ou seja, perfis atípicos e características melancólicas⁴. A depressão envolve sintomas mais tradicionais, como humor triste ou pensamentos de inutilidade, sintomas cognitivos e afetivos. Características atípicas da depressão são caracterizadas por humor significativo de reatividade, sensibilidade à rejeição interpessoal e pelo menos dois sintomas associados de paralisia por chumbo, fadiga que produz fortes sentimentos nos braços ou pernas, hiperfagia ou hipersonia⁵. Os sintomas da hiperfagia e hipersonia, em particular, foram associados ao maior índice de massa corporal (IMC) quando comparado aos indivíduos com sintomas depressivos ou sem história de depressão^{4,5}. O subtipo de depressão atípica também pode estar mais fortemente relacionado à desordem alimentar e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), fator de risco psicossocial em candidatos a cirurgia⁶. Uma proporção considerável de candidatos a cirurgia bariátrica relata histórico de distúrbios alimentares antes da cirurgia, com dados que aproximadamente 43% dos pacientes praticam algum tipo de compulsão alimentar^{5,6}. Além disso, uma proporção significativa de pacientes atende aos critérios de TCAP, o que se caracteriza em DSM-5 como episódios recorrentes de compulsão alimentar e sentimentos subjetivos de perda de controle, resultando em angústia acentuada^{4,5,6}.

A obesidade está aumentando em todo o mundo, incluindo em pacientes que sofrem de distúrbios psiquiátricos⁷. Um dos tratamentos para a obesidade é a cirurgia bariátrica, comprovadamente segura e com boa relação custo-benefício. Uma abordagem para diminuir o impacto da obesidade severa e suas comorbidades relacionadas, a cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz para pacientes com obesidade grave, cujo índice de massa corporal (IMC) é $IMC \geq 40 \text{ kg / m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg / m}^2$ com comorbidade, resultando em substancial perda de peso a longo prazo de 20 a 35% do peso corporal inicial e diminuição da morbimortalidade⁸. O viés proeminente associado à obesidade tem um alcance amplo e adverso, afetando o bem-estar psicológico, social e médico. Transtornos psiquiátricos são prevalentes nos candidatos que fazem a cirurgia bariátrica^{7,8}. Em um estudo com mais de 10.000 pacientes canadenses em busca de cirurgia bariátrica, 51% tinham diagnóstico psiquiátrico passado ou presente, mais comumente depressão, encontrada em 41,7% do grupo⁹. Da mesma forma, na avaliação do estudo de Cirurgia Bariátrica, 38,7% dos pacientes entrevistados tinham uma história de transtorno depressivo maior na vida. Além disso, 33,2% tinham diagnóstico prévio de abuso de álcool ou dependência. Em outra amostra norte-americana, 6% dos pacientes

apresentaram resultado positivo para sintomas bipolares no pré-operatório^{8,9}. Os sintomas do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) são duas vezes mais comuns em pacientes que procuram cirurgia bariátrica do que na população em geral, e também estão significativamente correlacionados com sintomas de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares. Em uma meta-análise, a prevalência de transtorno de compulsão alimentar periódica foi estimada em 17% e a depressão em 19% naqueles submetidos a cirurgia bariátrica. Foram realizadas 424.682 cirurgias bariátricas o Brasil entre 2011 e 2018, representando um aumento de 84,7% no número de procedimentos nesse período¹⁰.

A dificuldade de perder peso está constantemente associada a menores autoestimas, sintomas depressivos, comportamento de compulsão alimentar e falta de adaptação às abordagens ao controle de peso. Indivíduos com obesidade que procuram soluções de perda de peso a longo prazo, como a cirurgia bariátrica, podem representar um subgrupo de pacientes vulneráveis a sofrer de transtornos psiquiátricos^{9,10}. Indivíduos com maior índice de massa corporal e, especificamente, aqueles que atendem aos critérios de obesidade e transtorno da compulsão alimentar periódica, estão em maior risco de sofrer com transtornos psiquiátricos pós-cirúrgicos. A perda de controle, definida como a experiência subjetiva de ser incapaz de parar ou controlar a alimentação é uma característica fundamental da compulsão alimentar. A perda de controle da alimentação também está associada a menor qualidade geral de vida relacionada à saúde até 7 anos no pós-operatório¹¹. Identificação de grupos de indivíduos vulneráveis, bem como variáveis potencialmente modificáveis, é importante para os esforços de triagem iniciais. Por sua vez, abordar a melhoria da alimentação, preocupações psicológicas através de estudos clínicos individualizados e cuidados pós cirurgia podem melhorar significativamente os resultados. Os níveis clínicos de sobrevalorização da forma e do peso são considerados características essenciais da desordem alimentar que medeia a relação da autoestima entre pacientes em busca de tratamento com obesidade e compulsão alimentar periódica^{9,10,11}.

Obesidade, uma doença com efeitos adversos na saúde do indivíduo, muitas vezes pode se estender a muitas outras áreas da vida da pessoa, incluindo não apenas a saúde física, mas também a qualidade de vida, autoestima e funcionamento psicossocial. Indivíduos obesos correm um risco elevado de desenvolver resistência à insulina, diabetes tipo 2, apneia do sono, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, aumento da prevalência de cânceres e maiores taxas de doenças mentais¹². Pessoas residentes na região dos Apalaches parecem ser os mais vulneráveis, com taxas de obesidade relacionadas a comorbidades, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, superiores a prevalência nacional. West Virginia, o único estado totalmente abrangido na região dos Apalaches, cursa com 15,2% dos adultos

diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 em comparação com 12,7% da nação (dados de 2013-2014) e 42,7% dos adultos diagnosticados com hipertensão em comparação com 33,5% da nação (dados de 2016)¹³. Associado a essas comorbidades, aquelas com excesso de peso também tendem a apresentar taxas mais altas de complicações psicológicas. West Virginia também lidera com as maiores taxas de prevalência de depressão em 23,6% dos adultos diagnosticados obesos em comparação com 17,8% de adultos no país como um todo^{12,13}. A depressão é um fator essencial a ser considerado quando se diz respeito ao tratamento da obesidade holisticamente¹³.

Dada as altas taxas de psicopatologia em pacientes que procuram cirurgia bariátrica, a obesidade grave requer uma abordagem multidisciplinar. Em preparação para cirurgia, a American Society for Metabolic and Bariatric Cirurgias recomenda uma avaliação psicológica pré-cirúrgica de candidatos para identificar fatores psicossociais que podem estar associado a maus resultados e para garantir recomendações feitas para otimizar os resultados pós-cirurgia^{11,13}. A literatura mostrou que existe uma taxa de prevalência de 23% de qualquer transtorno de humor em populações que realizaram cirurgia bariátrica quando em comparação com a população geral cuja prevalência é de 10%, nos Estados Unidos^{11,12,13}. Entre a prevalência de depressão e ansiedade especificamente, 19% e 12%, respectivamente, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica^{12,13}. Em alguns estudos, problemas mentais preexistentes e condições de saúde pré-cirúrgicas frequentemente se correlacionam com menores perda de peso após cirurgia bariátrica^{10,13}.

Segundo a literatura cirúrgica geral, a depressão não apenas reduz o limiar da dor no pós-operatório, mas também é um preditor de insatisfação do paciente e aumento da mortalidade pós-operatória. Além disso, a comorbidade psiquiátrica pode ser um fator de risco para complicações somáticas após a cirurgia. Ao mesmo tempo, parece haver relações bidirecionais entre complicações cirúrgicas e maior depressão e menores escores de qualidade de vida física. No entanto, uma história de comorbidade psiquiátrica não é uma contraindicação para cirurgia bariátrica, enquanto sintomas psiquiátricos ativos graves podem ser¹⁴. A readmissão hospitalar tornou-se um indicador de qualidade da cirurgia bariátrica e reduzir a readmissão reduzirão os custos e promoverá a melhoria nos cuidados de saúde dos pacientes submetidos à cirurgia. Existe um risco aumentado de hospitalização durante os primeiros 2 anos após o bypass gástrico (GBP) em pacientes com diagnóstico prévio de autodano ou depressão. Além disso, pacientes com comorbidade psiquiátrica apresentam maior frequência de consultas de emergência até 2 anos após a cirurgia bariátrica^{13,14}.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma proposta para tratamento de pacientes com transtornos

mentais pós-operatórios, principalmente pós cirurgia bariátrica. Além de intervenções estabelecidas para o automonitoramento ingestão de alimentos e controle dos registros de pensamentos, a TCC no pós-operatório de pacientes em cirurgia bariátrica incluíram adaptações focadas em aspectos nutricionais e comportamentais além de recomendações após a cirurgia, por exemplo, porção dos alimentos, suplementação necessária e orientações gerais sobre uma dieta adequada¹⁵. É fundamental manter um adequado acompanhamento pós-operatório após a cirurgia com equipe multidisciplinar associada ao tratamento psiquiátrico.

O presente artigo tem como objetivo correlacionar a importância do papel da psiquiatria, bem como acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a fim de oferecer dados epidemiológicos e estatísticos sobre a importância de cuidar da saúde mental desses pacientes no pré e no pós-operatório, a fim de reduzir danos e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para realização dessa revisão de literatura, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando os seguintes descritores pesquisados no Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): "Bariatric Surgery", "Psychiatry", "Psychology" e "Obesity". Considerando os critérios de inclusão de artigos, foram analisados 35 artigos no total, sendo estes limitados à língua inglesa e como o foco de estudo em humanos. Esses artigos foram selecionados por analisarem acerca da relação entre a importância da psiquiatria no pré e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Os artigos inclusos poderiam ser ensaios clínicos, estudos coorte, coortes históricas ou estudos de caso-controle. Artigos como Narrativa, Editorial, Carta ao Editor, Comunicação preliminar ou relato de caso foram excluídos. As seguintes informações foram extraídas de cada artigo: autor, ano de publicação, número de pacientes, tempo de seguimento, estudo de casos, metodologia aplicada e resultados. Os resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva.

3. DISCUSSÃO

Estudos sugerem que após a cirurgia de gastrectomia, entre os pacientes com perda de controle alimentar está associada a uma maior psicopatologia do transtorno alimentar, supervalorização da forma e do peso, depressão e pior saúde mental^{14,15}. Em um estudo longitudinal de 3 anos, descobriu que 12% dos pacientes relataram experiências contínuas de descontrole alimentar em relação a outras psicopatologias dos transtornos alimentares, relatando que o descontrole alimentar não reduziu significativamente no pós-operatório¹⁶. Visando a obesidade mórbida através de cirurgia bariátrica, problemas de saúde podem ser aliviados pela cirurgia, mas também pode potencialmente interferir na

quantidade de perda de peso após a cirurgia. Vários estudos constatarem que a presença de depressão e ansiedade no pré-operatório dificultam a perda de peso após a cirurgia^{15,16}.

Um estudo coorte de cirurgia em âmbito nacional de cirurgia bariátrica constatou que a alta tardia foi mais provável no grupo de pacientes com diagnóstico psiquiátrico, em particular a pacientes com diagnóstico prévio de distúrbios alimentares, desordem neurótica ou depressão do que a dos pacientes sem diagnóstico psiquiátrico¹⁷. Além disso, descobriu-se que uma maior probabilidade de reoperação durante o primeiro mês após a cirurgia bariátrica entre pacientes com diagnóstico recente, nos 2 anos anterior à gastrectomia, de transtornos alimentares ou transtorno de personalidade, em comparação com pacientes sem diagnóstico de doença psiquiátrica ou que não faziam uso de medicação antidepressiva antes da cirurgia bariátrica. Um estudo nos EUA mostrou que pacientes com transtorno de ansiedade tinham uma taxa de readmissão superior a 30 dias do que os controles^{15,16,17}. Outros relataram que pacientes com depressão maior e transtorno bipolar apresentam maior risco de readmissão do que pacientes sem esses distúrbios. Também foi relatado que pacientes com depressão e ansiedade têm mais visitas ao departamento de emergência durante os primeiros 3 meses após a cirurgia bariátrica^{16,17}. No entanto, visitas ao departamento de emergência ou a readmissão não conduz necessariamente à reoperação. A literatura sobre alta tardia e reoperações em pacientes submetido a cirurgia bariátrica com comorbidade psiquiátrica é escasso. Estudos relataram que pacientes com depressão e ansiedade apresentaram maior incidência de longa hospitalização após cirurgia bariátrica do que aqueles sem diagnóstico psiquiátrico preexistente¹⁸. A mudança drástica no comportamento alimentar subsequente a perda de recompensas intensas por comer, pode levar à diminuição da motivação e à mobilização mais lenta, levando à decisão clínica de adiar a alta. A constatação de que pacientes com distúrbios neuróticos têm uma maior probabilidade de alta tardia está alinhada com a observação de que pacientes com altos níveis de ansiedade têm classificações mais altas de dor e requerem mais analgesia após cirurgia de gastrectomia parcial ou total^{16,18}. A alta hospitalar tardia também foi relatada em pacientes que abusam do uso de álcool e de drogas ilícitas, conclui-se que o diagnóstico de um transtorno alimentar aumentou em três vezes a probabilidade de reoperação durante o primeiro mês^{16,17,18}.

Um estudo revelou que pacientes submetidos à reoperação relataram padrões alimentares não normativos, como compulsão alimentar e seleção de alimentos não saudáveis enfatizando a importância de um padrão de alimentação saudável após cirurgia bariátrica¹⁹. O uso pré-operatório de opioides antes de grandes cirurgias abdominais demonstrou aumentar o tempo de permanência, complicações e readmissões, em comparação com pacientes que não usavam

opioides antes da cirurgia^{18,19}. Verificou-se que pacientes com depressão são menos colaborativos com as recomendações médicas pós-operatória, da mesma forma, a capacidade dos pacientes maníacos de aderir às diretrizes pós-cirúrgicas podem ser prejudicadas devido à impulsividade e a má tomada de decisão, o que também pode aumentar o risco desses indivíduos não comparecem às consultas pós-cirúrgicas. Todos estes problemas potenciais associados à aderência estão abaixo do ideal recomendado no pós-operatório, incluindo novos hábitos alimentares, necessidade diária de suplementos e exames anuais, bem como abster-se de procurar assistência médica se não sentir bem, representam um risco geral aumentado para esse grupo de pacientes¹⁹. Assim, podem ser necessários programas especializados de acompanhamento, incluindo contato próximo com cuidados psiquiátricos. Estudos demonstram que há evidências de que o IMC ≥ 60 está associado a sintomas psiquiátricos graves e hospitalização psiquiátrica passada²⁰.

Os candidatos à cirurgia bariátrica que apresentam sintomas depressivos atípicos antes da cirurgia também têm maior probabilidade de atender aos critérios de TCAP segundo um estudo coorte²¹. Pacientes que relataram nenhum sintoma depressivo antes da cirurgia, aqueles que relataram sintomas melancólicos e sintomas depressivos atípicos no pré-operatório apresentaram 7,6 e 10,1 vezes mais chances de atender aos critérios para diagnóstico pré-operatório de TCAP, respectivamente²². Na amostra, 21% dos pacientes com quadro de sintomas depressivos do tipo melancólico e 26% dos pacientes com sintomas depressivos atípicos preencheram os critérios para o diagnóstico de TCAP^{21,22}. Por outro lado, menos de 1% dos pacientes sem sintomas depressivos preenchiam os critérios para TCAP, sugerindo que a presença de sintomas depressivos está associada a maior diagnóstico de TCAP entre os candidatos a cirurgia bariátrica e os pacientes com depressão atípica, os sintomas podem estar em maior risco de desenvolvimento de humor comórbido e patologia alimentar^{20,21,22}.

Estudos de pacientes com sintomas depressivos clinicamente significativos eram um pouco mais propensos a desenvolver compulsões alimentares mais graves antes da cirurgia²³. Ao explorar as diferenças entre os grupos de sintomas depressivos, os pacientes que relataram sintomas depressivos melancólicos e atípicos exibiram comportamentos alimentares compulsivos mais graves. Além disso, aqueles no grupo atípico exibiram a maior compulsão alimentar, que foram significativamente maiores do que os do grupo melancólico. Portanto, pacientes que apresentam sintomas depressivos atípicos pré-operatórios parecem estar em maior risco de comportamentos compulsivos. Os níveis de educação diferiram entre os grupos de depressão, de modo que os pacientes do grupo de sintomas depressivos atípicos tiveram uma escolaridade significativamente menor em comparação com pacientes em situação melancólica ou não²⁴. Demonstra-se que níveis mais altos de educação

protegem contra os sintomas de depressão. Baixa educação e o status socioeconômico também são fortes fatores de risco para resultados negativos à saúde em geral^{23,24}. Estudos adicionais são necessários para entender melhor o papel da educação inferior e da situação socioeconômica como fatores de risco para depressão entre diferentes subtipos de depressão²⁴.

Pesquisas anteriores em amostras não bariátricas mostram maior prevalência de sintomas de depressão atípica em pacientes com obesidade quando comparados aos colegas que têm depressão, mas não obesidade²⁵. Existem várias razões possíveis pelas quais os sintomas depressivos atípicos contribuem para a manutenção de comportamentos alimentares desordenados ou vice-versa^{22,23,25}. Primeiro, existem compartilhamentos biológicos e vias fisiopatológicas subjacentes à relação entre depressão, patologia alimentar e obesidade. A genética, as perturbações homeostáticas e os fatores neurobiológicos são mecanismos propostos por quais depressão e obesidade iniciam e são recorrentes. As evidências também sugerem que os subtipos depressivos podem contribuir para a variabilidade nessas vias. Um estudo recente avaliou as associações entre subtipos depressivos, por exemplo, melancólicos, atípicos e medidas biológicas, e concluíram que os pacientes que apresentaram depressão atípica exibiam maior inflamação e anormalidades metabólicas²⁶. Embora exista uma escassez de pesquisas avaliando inflamação e distúrbios metabólicos na alimentação, pesquisas anteriores mostraram que a compulsão alimentar resulta em alterações metabólicas em jovens magros, mulheres, e é provável que esses efeitos sejam agravados em adultos com obesidade ou que possuam resistência à insulina^{21,25,26}. Devido aos distintos mecanismos fisiopatológicos associados à depressão atípica, essas vias explicam por que a depressão atípica pode predispor adultos com obesidade grave a desenvolver comportamentos alimentares desordenados²⁶.

O diagnóstico de TCAP e os comportamentos problemáticos de compulsão alimentar são os maiores entre os pacientes que relatam sintomas depressivos atípicos²⁷. Sugere-se que a triagem para a ocorrência de sintomas depressivos e na cirurgia pré e pós-bariátrica podem permitir que os profissionais de saúde classifiquem melhor aqueles que podem estar em maior risco de obter resultados pós-cirúrgicos desfavoráveis. Em seguida, intervenções personalizadas destinadas a lidar com a depressão atípica e compulsão alimentar podem melhorar os resultados dos pacientes no pré e pós-cirurgia, tais como a TCC^{26,27}.

Pesquisas demonstraram que o tratamento de TCC para compulsão alimentar é eficaz na redução desses comportamentos entre candidatos a cirurgia bariátrica^{22,23,26,27}. Como tal, a TCC pode ser uma terapia adjuvante viável para administrar aos pacientes em combinação com cirurgia bariátrica, a fim de abordar a depressão atípica e os sintomas de compulsão alimentar. Pacientes apresentando com sintomas

depressivos atípicos podem estar em risco aumentado para atender aos critérios de diagnóstico e severidade clinicamente significativa da compulsão alimentar; no entanto, também é possível que fatores depressivos atípicos os sintomas são uma consequência da compulsão alimentar ou que o relacionamento é bidirecional^{26,27}. A TCC é um modelo a fim de atender às necessidades de pacientes com transtornos mentais pós-operatórios. Além de intervenções estabelecidas para o automonitoramento da ingestão de alimentos e controle dos registros de pensamentos, a TCC, no pós-operatório de pacientes em cirurgia bariátrica incluíram adaptações focadas em aspectos nutricionais e em recomendações comportamentais após a cirurgia bariátrica, como porção de alimentos e necessidade de suplementação²⁸. Estudos demonstraram a eficácia da TCC de acordo com o manual da TCC que compreendia 15 sessões individuais presenciais a 50 min em 5 meses²⁹. Nos primeiros 3 meses, as sessões são agendadas semanalmente, enquanto as últimas três sessões são agendadas quinzenalmente. A fase inicial de tratamento, visando o aprimoramento motivacional, são compostas em três sessões, a fase de tratamento intensivo compreendeu módulos em nove sessões e a versão final baseada na autogestão focada na prevenção de recaídas são feitas em três sessões. Todas as sessões são administradas por um terapeuta cognitivo-comportamental licenciado. A adesão à terapia foi definida como a participação em pelo menos 12 sessões³⁰. Medidas IMC no pré e pós-tratamento foram realizadas para controle, o IMC foi calculado a partir de medidas do peso corporal e da altura. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, o TCAP é definido por episódios recorrentes de compulsão alimentar objetiva, ingestão de uma quantidade objetivamente grande de alimentos, acompanhada por uma sensação de descontrole alimentar na ausência de comportamentos compensatórios³¹. Como a capacidade dos pacientes de consumir uma quantidade objetivamente grande de alimentos após a cirurgia bariátrica é limitado e subjetivo de compulsão alimentar, comer uma quantidade subjetivamente grande de alimentos com descontrole alimentar concomitante, permitia o diagnóstico completo de TCAP³². Além disso, o TCAP subsindrômico, isto é, presença de dois indicadores comportamentais ou falta de angústia e TCAP de baixa frequência ou duração limitada foram diagnosticados, ou seja, episódios de compulsão alimentar pelo menos de uma vez por semana. Concluiu-se que intervenções de TCC em 15 sessões individuais visavam melhorar a perda de peso a longo prazo, a psicopatologia e o funcionamento psicossocial³³. Além de efetuar melhorias na psicopatologia do transtorno alimentar, dos sintomas depressivos e de autoestima. Mais importante, a maioria dessas mudanças permaneceram estáveis durante três meses de acompanhamento. No geral, os resultados estenderam evidências do efeito positivo de gestão comportamental no resultado da perda de peso e funcionamento psicossocial³⁴. O

tratamento psicossocial no pós-operatório pode promover qualidade de vida e manutenção do peso associadas a recorrência de comorbidades médicas após remissão inicial e, conseqüentemente, pode limitar custos adicionais de gestão continuada dos cuidados de saúde, cirurgias de revisão e diminuição da produtividade do trabalho³⁵.

4. CONCLUSÃO

A taxa de prevalência de transtorno de humor em populações que realizaram cirurgia bariátrica é de 23% quando em comparada com a população geral cuja prevalência é de 10%, nos EUA. Existem compartilhamentos biológicos e vias fisiopatológicas subjacentes à relação entre depressão, entre as patologias alimentares e a obesidade. A genética, as perturbações homeostáticas e os fatores neurobiológicos são fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão e da obesidade, pois em pacientes que apresentaram depressão atípica exibiam maior inflamação e anormalidades metabólicas, como obesidade. Verificou-se que pacientes com depressão são menos compatíveis com as recomendações médicas pós-operatórias e pacientes maníacos também têm dificuldades de aderir às diretrizes pós-cirúrgicas. Os grupos com sintomas depressivos e com sintomas de compulsão alimentar são grupos de risco para realização da cirurgia bariátrica. Os candidatos à cirurgia bariátrica que relatam sintomas depressivos atípicos parecem estar em maior risco de gravidade da compulsão alimentar. Pacientes com obesidade mórbida tem riscos de depressão cinco vezes maior que pacientes sem essa condição mental. A prevalência do transtorno de déficit de atenção ou hiperatividade também é maior em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assim como o transtorno afetivo bipolar e o transtorno de personalidade borderline. A psiquiatria tem como princípio avaliar o histórico de tratamentos do paciente, a motivação, avaliação da realização de dieta pré-operatória e uso de medicamentos. O subtipo de depressão atípica também pode estar mais fortemente relacionado à desordem alimentar, comportamentos e transtorno da compulsão alimentar periódica, outro fator de risco psicossocial em candidatos a cirurgia. Intervenções de TCC em sessões individuais visam melhorar a perda de peso a longo prazo, a psicopatologia e o funcionamento psicossocial, além de efetuar melhorias na psicopatologia do transtorno alimentar, dos sintomas depressivos e de autoestima. O efeito positivo de gestão comportamental no resultado da perda de peso e funcionamento psicossocial estão relacionados às associações com equipes multidisciplinares para o cuidado colaborativo centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

[1] Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK & Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese

- treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*. 2008; 9(2):203–209. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.006
- [2] Baldofski S, Rudolph A, Tigges W, Herbig B, Jurowich, C, Kaiser S, Hilbert A. Weight bias internalization, emotion dysregulation, and non-normative eating behaviors in prebariatric patients. *International Journal Eating Disorders*. 2016; 49(2):180–185. doi:10.1002/eat.22484
- [3] Barnes RD, Ivezaj V & Grilo CM. An examination of weight bias among treatment-seeking obese patients with and without binge eating disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2014; 36(2):177–180. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.10.011
- [4] Beck AT, Steer RA & Brown GK. *Manual for the beck depression inventory-ii*. San Antonio, TX, USA: Psychological Corporation. 1996. doi:10.1037/t00742-000
- [5] Brethauer SA, Kim J, El Chaar M, Pappasavvas P, Eisenberg D, Rogers A, Kothari S. Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Obesity Surgery*. 2015; 25(4):587–606. doi:10.1007/s11695-015-1645-3
- [6] Colles SL, Dixon JB, & O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16(3):608–614. doi:10.1038/oby.2007.99
- [7] Conceição EM., Mitchell JE, Pinto-Bastos A, Arrojad F, Brandão I. & Machado PPP. Stability of problematic eating behaviors and weight loss EATING DISORDERS 11 trajectories after bariatric surgery: A longitudinal observational study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2017; 13(6):1063–1070. doi:10.1016/j.soard.2016.12.006
- [8] Devlin MJ, King WC, Kalarchian, MA, Hinerman A, Marcus MD, Yanovski SZ & Mitchell JE. Eating pathology and associations with long-term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study. *International Journal Eating Disorders*. 2018. doi:10.1002/eat.22979
- [9] Devlin MJ, King WC, Kalarchian MA, White GE, Marcus MD, Garcia L, Mitchell JE. Eating pathology and experience and weight loss in a prospective study of bariatric surgery patients: 3-year follow-up. *International Journal Eating Disorders*. 2016; 49(12):1058–1067. doi:10.1002/eat.22578
- [10] Durso LE, Latner JD, & Ciao AC. Weight bias internalization in treatment-seeking overweight adults: Psychometric validation and associations with self-esteem, body image, and mood symptoms. *Eating Behaviors*. 2016; 21:104–108. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.01.011
- [11] Fairburn CG, & Cooper Z. The eating disorder examination. In C.G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, Assessment, & Treatment*. New York, NY, USA: Guilford Press. 1993; 12:317–356.
- [12] Friedman KE, Ashmore JA, & Applegate KL. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: Psychological and behavioral correlates. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16(Suppl 2):S69–74. doi:10.1038/oby.2008.457
- [13] Grilo CM., White MA, Gueorguieva R, Wilson GT, & Masheb RM. Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: Findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*. 2013; 43(6):1335–1344. doi:10.1017/s0033291712002097

- [14] Hilbert A., Baldofski S, Zenger M, Lowe B, Kersting A., & Braehler E. Weight bias internalization scale: Psychometric properties and population norms. *PLoS One*. 2014; 9(1):e86303. doi:10.1371/journal.pone.0086303
- [15] Ivezaj V. Comment on: A modified inpatient eating disorders treatment protocol for post-bariatric surgery patients: Patient characteristics and treatment response. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2019; 15(12):e37–e39. doi:10.1016/j.soard.2019.08.007
- [16] Kalarchian MA, & Marcus MD. Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23(6):457–462. doi:10.1002/erv.2392
- [17] Latner JD, Barile JP, Durso LE, & O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eating Behaviors*. 2014; 15(4):586–590. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.014
- [18] Lee MS, & Dedrick RF. Weight bias internalization scale: Psychometric properties using alternative weight status classification approaches. *Body Image*. 2016; 17:25–29. doi:10.1016/j.bodyim.2016.01.008
- [19] Mensinger JL, Calogero RM, & Tyka TL. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite*. 2016; 102:32–43. doi:10.1016/j.appet.2016.01.033
- [20] Papadopoulos S, & Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity (Silver Spring)*. 2015; 23(9):1743–1760. doi:10.1002/oby.21187
- [21] Pearl RL, White MA, & Grilo CM. Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eating Behaviors*. 2014; 15(2):259–261. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.03.005
- [22] Raves DM, Brewis A, Trainer S, Han SY, & Wutich A. Bariatric surgery patients' perceptions of weight-related stigma in healthcare settings impair post-surgery dietary adherence. *Front Psychology*. 2016; 7:1497. doi:10.3389/fpsyg.2016.01497
- [23] Roberto CA, Sysko R, Bush J, Pearl R, Puhl RM, Schvey NA, & Dovidio JF. Clinical correlates of the weight bias internalization scale in a sample of obese adolescents seeking bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2012; 20(3):533–539. doi:10.1038/oby.2011.123
- [24] Sienko RM., Saules KK, & Carr MM. Internalized weight bias mediates the relationship between depressive symptoms and disordered eating behavior among women who think they are overweight. *Eating Behaviors*. 2016; 22:141–144. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.06.002
- [25] Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, & Brewis A. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medical*. 2018; 16(1):123. doi:10.1186/s12916-018-1116-5
- [26] Udo T, Purcell K, & Grilo CM. Perceived weight discrimination and chronic medical conditions in adults with overweight and obesity. *International Journal of Clinical Practice*. 2016; 70:1003–1011. doi:10.1111/ijcp.12902
- [27] Wang SB, Jones PJ, Dreier M, Elliott H, & Grilo CM. Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder: A network analysis investigation. *Psychology Medical*. 2019; 49(11):1923–1928. doi:10.1017/s0033291718002702
- [28] Ware JE, Jr., & Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30(6):473–483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- [29] White MA, Kalarchian MA, Masheb RM, Marcus MD, & Grilo CM. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: A prospective, 24-month follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010; 71(2):175–184. doi:10.4088/JCP.08m04328blu
- [30] Young MT, Phelan MJ, & Nguyen NT. A decade analysis of trends and outcomes of male vs female patients who underwent bariatric surgery. *Journal of the American College of Surgeons*. 2016; 222(3):226–231. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.033
- [32]. Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamás H, Batayyah E, Mackey J, Kennedy L, et al. Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Ann Surg*. 2013; 258(4):628–37. doi:10.1097/SLA.0b013e3182a5034b
- [33]. Kodama S, Fujihara K, Horikawa C, Harada M, Ishiguro H, Kaneko M, et al. Network meta-analysis of the relative efficacy of bariatric surgeries for diabetes remission. *Obes Rev*. 2018; 19(12):1621–9. doi:10.1111/obr.12751
- [34]. Nigatu YT, Reijneveld SA, Penninx BWJH, Schoevers RA, Bültmann U. The longitudinal joint effect of obesity and major depression on work performance impairment. *Am J Public Health*. 2015; 105(5):e80–6. doi:10.2105/AJPH.2015.302557
- [35] Striegel RH, Bedrosian R, Wang C. Comparing work productivity in obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(8):995–8. doi:10.1002/eat.22069