

Sintomas depressivos e fatores de risco em candidatos à cirurgia bariátrica

Depressive Symptoms and Risk Factors in Candidates for Bariatric Surgery

Leticia Massochim da Silva¹, Ligiane de Lourdes da Silva², Kamarie Mariah Cassol³, Allan Cezar Faria Araújo⁴, Rose Meire Costa⁵

¹Doutoranda do Programa de Pós-graduação Biociências e Saúde, UNIOESTE, Paraná; ²Doutor em Educação, Professor Adjunto, UNIOESTE, Paraná; ³Acadêmica do Curso de graduação em Farmácia, UNIOESTE, Paraná; ⁴Doutor em Medicina, Professor Adjunto, Coordenador do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná; ⁵Farmacêutico, Doutor em Zoologia, Professor Associado nível C, UNIOESTE, Paraná.

Resumo

Introdução: a depressão é frequente em indivíduos com obesidade severa e pode impactar os desfechos da cirurgia bariátrica. Este estudo objetivou analisar a prevalência de sintomas depressivos e identificar fatores associados à depressão em candidatos à cirurgia bariátrica. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado com 44 pacientes do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, seguida da aplicação do questionário *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*. A análise estatística incluiu qui-quadrado, teste t para amostras independentes e regressão logística binária, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), utilizando-se o *software R*. **Resultados:** a amostra foi predominantemente feminina e constituída de pessoas casadas, com idade média de 39 anos e IMC médio de 50,9 kg/m². Observou-se prevalência elevada de sintomas depressivos (79,5%), sendo que as categorias moderadamente grave e grave foram significativamente mais frequentes entre os participantes com IMC ≥ 50 kg/m². **Discussão:** os achados reforçam a elevada carga de sintomas depressivos em indivíduos com obesidade e evidenciam a necessidade de atenção sistemática à saúde mental no pré-operatório de cirurgia bariátrica. O rastreamento precoce e a identificação de pacientes em risco orientam intervenções adequadas e reduzem possíveis complicações psicológicas e clínicas. **Conclusão:** protocolos padronizados de triagem psicológica e acompanhamento multiprofissional integrado são essenciais para aumentar a segurança cirúrgica e otimizar desfechos clínicos e psicossociais a longo prazo.

Palavras-chave: Transtorno depressivo maior; obesidade mórbida; saúde mental.

Abstract

Introduction: Depression is frequent in individuals with severe obesity and may impact the outcomes of bariatric surgery. This study aimed to analyse the prevalence of depressive symptoms and identify factors associated with depression in candidates for bariatric surgery. **Methodology:** this is an observational, cross-sectional study conducted with 44 patients from the Obesity and Bariatric Surgery Service at the University Hospital of Western Paraná. Data were collected through semi-structured interviews, followed by the application of the *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*. Statistical analyses included chi-square tests, independent-samples t-tests, and binary logistic regression, with a significance level of 5% ($p < 0.05$), using R software. **Results:** the sample was predominantly female and consisted of married individuals, with a mean age of 39 years and a mean BMI of 50.9 kg/m². A high prevalence of depressive symptoms (79.5%) was observed, with moderately severe and severe categories being significantly more frequent among participants with a BMI ≥ 50 kg/m². **Discussion:** these findings reinforce the high burden of depressive symptoms in individuals with obesity and highlight the need for systematic attention to mental health in the preoperative period of bariatric surgery. Early screening and identification of at-risk patients guide appropriate interventions and reduce the risk of psychological and clinical complications. **Conclusion:** standardised psychological screening protocols and integrated multidisciplinary follow-up are essential to enhance surgical safety and optimise long-term clinical and psychosocial outcomes.

Keywords: Major depressive disorder; Morbid obesity; Mental health.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial, que se caracteriza pelo excesso ou pela distribuição anormal de gordura corporal, comprometendo a função de tecidos e órgãos. Essa condição eleva os riscos de morbimortalidade

e reduz a expectativa e a qualidade de vida^{1,2}. Sua prevalência cresce globalmente, com projeções indicando que, até 2030, mais de um bilhão de adultos estarão obesos, traduzindo-se em grave problema de saúde pública. Associada a ambientes obesogênicos, fatores psicossociais, comportamentais e genéticos, a obesidade é mensurada especialmente pelo índice de massa corporal (IMC), sendo classificados como obesos adultos indivíduos com IMC

Correspondente/ Corresponding: *Leticia Massochim da Silva – End: R. Universitária, 1619 – Universitário. Cascavel (PR), Brasil. CEP: 85819-110 – E-mail: massochimleticia@gmail.com

igual ou superior a 30 kg/m², e como excesso de peso valores iguais ou superiores a 25 kg/m².¹

Além de ser uma condição clínica relevante por si só, a obesidade apresenta relação complexa com diversas doenças, como hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, esteatose hepática, osteoartrite, apneia do sono e diversos tipos de câncer². Além dos problemas de saúde física, essa condição está associada a disfunções emocionais, sociais e cognitivas, sendo sua conexão com a saúde mental bidirecional e frequentemente relacionada à depressão, à ansiedade, ao sedentarismo e aos transtornos alimentares³.

A depressão, reconhecida como um importante transtorno mental de elevada prevalência global, se caracteriza por sintomas como tristeza persistente, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa, baixa autoestima, sono e apetite perturbados, cansaço e dificuldade de concentração⁴. Dados epidemiológicos apontam que, em 2019, cerca de 970 milhões de pessoas viviam com algum transtorno mental, sendo que 280 milhões com depressão⁵, demonstrando seu impacto na redução da qualidade e expectativa de vida⁶.

A obesidade e a depressão se destacam entre as mais relevantes comorbidades na sociedade contemporânea e apresentam uma relação bidirecional, com prevalência crescente, e compartilham uma gama de possíveis vias patogênicas². O tratamento da depressão, em pessoas com obesidade, deve envolver uma abordagem multifacetada, incluindo terapia, intervenções psicossociais, antidepressivos e ansiolíticos. Estima-se que a prevalência da obesidade, em pacientes tratados com medicamentos antidepressivos, seja de 2 a 5 vezes maior que a da população geral, e sabe-se que o tratamento farmacológico pode impactar o peso do paciente, por meio de alterações no apetite e na saciedade, resultando em aumento ou redução do peso corporal⁷.

O monitoramento e o rastreamento de sintomas depressivos por profissionais de saúde são fundamentais para detectar, de forma precoce, essa condição e seu manejo adequado. Nesse sentido, a utilização de instrumentos padronizados como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) se destaca por sua aplicabilidade clínica e epidemiológica, alinhando rápida aplicação e alta precisão.

O PHQ-9 é composto por nove itens baseados nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) para transtorno depressivo maior, e avalia a frequência de sintomas depressivos nas duas semanas anteriores à aplicação, com pontuações que variam de 0 a 27 pontos⁸, o que possibilita seu uso para rastrear sintomas de depressão, diagnosticar e monitorar a gravidade em indivíduos já diagnosticados e em tratamento. Desse modo, o PHQ-9 é uma ferramenta importante para a equipe de saúde no acompanhamento dos pacientes⁹.

Diante desse contexto, este estudo teve por objetivo analisar a prevalência de sintomas depressivos e identificar os fatores associados à presença de depressão em indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica, atendidos em

um serviço público de alta complexidade de obesidade e cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados em abril de 2024 por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas por acadêmicos e profissionais de saúde vinculados ao Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB/HUOP), em Cascavel (Paraná). O estudo atendeu a todos os preceitos éticos, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Paraná, CAAE nº 44732515.0.0000.0107.

Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos e elegíveis para a realização da cirurgia bariátrica (IMC \geq 40 kg/m² ou IMC $>$ 35 kg/m² associado a comorbidades)¹⁰.

A entrevista foi aplicada de forma individual, no ambulatório do HUOP, contemplando dados sociodemográficos – sexo (feminino, masculino), idade, renda familiar (em salários mínimos), estado civil e escolaridade – e dados clínicos – peso corporal, estatura, IMC, uso de medicamentos antidepressivos (não, sim) e depressão autorreferida (não, sim). Foram também coletadas informações sobre hábitos de vida, incluindo a prática de atividade física (inferior ou superior a 150 minutos por semana), consumo de bebida alcoólica (não, sim) e tabagismo (não, sim).

Para o rastreamento e a classificação da gravidade dos sintomas depressivos, empregou-se o PHQ-9. Os participantes foram classificados de acordo com a pontuação obtida: ausência ou depressão mínima (0 a 4 pontos), leve (5 a 9), moderada (10 a 14), moderadamente grave (15 a 19) e grave (\geq 20 pontos)⁸. Para as análises, os pacientes foram distribuídos em dois grupos: sem sintomas depressivos (0 a 4 pontos) e com sintomas depressivos (\geq 5 pontos).

As comparações entre grupos foram feitas usando-se o teste de qui-quadrado para variáveis qualitativas e o teste t para variáveis quantitativas, após checar a normalidade (Shapiro-Wilk) e a homogeneidade de variâncias (Teste F).

Para identificar fatores associados à presença de sintomas depressivos, utilizou-se regressão logística binária, tendo como desfecho uma variável dependente dicotômica (presença ou ausência de sintomas). Foram incluídas, no modelo inicial, as variáveis com $p < 0,20$ nas análises bivariadas com a variável dependente. O modelo foi ajustado por máxima verossimilhança, utilizando-se seleção *stepwise* baseada no critério de Akaike (AIC), a fim de obter uma estrutura parcimoniosa. A performance do modelo final foi avaliada pela área sob a curva ROC (AUC) e por validação cruzada *k-fold* ($k = 11$) para estimar o erro de classificação.

Os resultados foram expressos como *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram conduzidas no *software* R (versão 4.3.0).

RESULTADOS

Foram avaliados 44 pacientes, com idade média de $39,6 \pm 9,0$ anos, peso e IMC médio de $139,9 \pm 26,7$ kg e $50,9 \pm 7,0$ km/m², respectivamente, sendo a maioria do sexo feminino (77,2%). As características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na Tabela 1. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos

com e sem sintomas depressivos quanto a idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, tabagismo, consumo de álcool ou prática de atividade física ($p > 0,05$). A análise da prevalência autorreferida revelou que 34 pacientes (77,3%) referiram ter ansiedade e 11 (25,0%), depressão. Desses, 10 (90,9%) relataram transtorno de ansiedade associado (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes classificados sem e com depressão, de acordo com o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Variáveis		Sem depressão		Com depressão		p-valor
Sexo (n, %)	F	6	66,7	28	80,0	0,395
	M	3	33,3	7	20,0	
Idade (média + DP)		40,8 ± 5,4		39,3 ± 9,7		0,675
Renda em SM (média ± DP)		2,8 ± 1,3		2,8 ± 1,8		0,292
Estado civil (n, %)	Casado	4	44,4	18	51,4	0,335
	Solteiro	3	33,3	5	14,3	
	União estável	1	11,1	10	28,6	
	Outro	1	11,1	2	5,7	
Companheiro (n, %)	Não	3	33,3	7	20,0	0,377
	Sim	6	66,7	28	80,0	
Escolaridade (n, %)	0 a 8	1	11,1	7	22,6	0,221
	9 a 11	3	33,3	17	54,8	
	12 ou +	5	55,6	7	22,6	
IMC (média + DP)		48,3 ± 1,7		51,5 ± 7,7		0,217
Tabagismo (n, %)	Não	8	88,9	30	85,7	0,886
	Sim	1	11,1	5	14,3	
Etilismo (n, %)	Não	5	55,6	22	62,9	0,625
	Sim	4	44,4	13	37,1	
Atividade física (n, %)	Não	6	66,7	25	71,4	0,804
	Sim	3	33,3	10	28,6	
Antidepressivo (n, %)	Não	8	88,9	19	54,3	0,044
	Sim	1	11,1	16	45,7	
Depressão autorreferida	Não	9	100,0	26	74,3	0,088
	Sim	0	0,0	9	25,7	

Legenda: P – valor referente ao teste de qui quadrado para independência (variáveis qualitativas) e teste t para amostras independentes (variáveis quantitativas); DP – desvio padrão; IMC – índice de massa corporal; SM – Salário Mínimo.

Fonte: dados da pesquisa

Além das variáveis sociodemográficas, a avaliação com o PHQ-9 revelou que 35 pacientes (79,5%) apresentavam algum nível de depressão. Desses, 24 (68,6%) referiam não ter diagnóstico prévio ou percepção da condição. Em relação ao uso de medicamentos, 17 (38,64%) pacientes estavam em tratamento com antidepressivos (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de depressão (PHQ-9) e uso de antidepressivos entre os indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica (Cascavel, Paraná, 2024).

	Nível de depressão (n, %)		Em uso de antidepressivo (n, %)	
Nenhuma ou mínima	9	20,5	1	11,1
Leve	5	11,4	2	40,0
Moderada	13	29,5	3	23,1
Moderadamente grave	13	29,5	7	53,9
Grave	4	9,1	4	100

Legenda – PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.

Fonte: dados da pesquisa

Na análise bivariada, as variáveis IMC, renda, escolaridade, depressão autorreferida e uso de antidepressivos apresentaram $p < 0,20$ e foram incluídas no modelo inicial de regressão logística binária.

O modelo inicial completo indicou tendência de associação entre o uso de antidepressivos e a presença de sintomas depressivos ($\beta = 2,076$; $p = 0,111$; $OR \approx 7,97$), enquanto as demais variáveis não apresentaram associações estatisticamente significativas ($p > 0,10$).

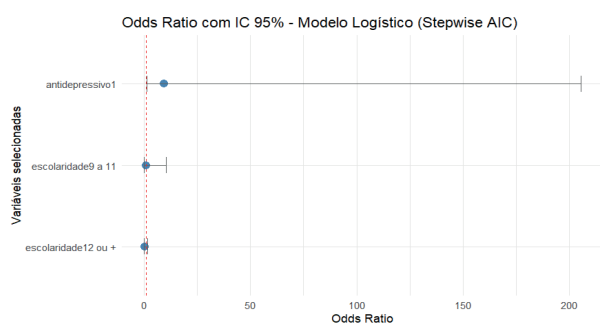
Após aplicação do procedimento *stepwise* baseado no AIC, o modelo final incluiu as variáveis escolaridade e uso de antidepressivos, excluindo IMC, renda e depressão autorreferida. Pacientes que faziam uso de antidepressivos apresentaram 9,43 vezes maior chance de sintomas depressivos ($OR = 9,43$; $IC95\%: 1,29-205$; $p = 0,060$), enquanto a escolaridade ≥ 12 anos mostrou associação inversa, embora não significativa ($OR = 0,145$; $IC95\%: 0,006-1,44$; $p = 0,138$) (Tabela 3, Figura 1).

Tabela 3 – Coeficientes do modelo final de regressão logística, utilizando a seleção de *stepwise*.

	Coeficientes	Erro padrão	OR [IC95%]	p-valor
Intercepto	1,477	1,105	4,38 [0,684 – 84,7]	0,181
9 a 11 anos de escolaridade	0,000	1,271	1,00 [0,044 – 10,3]	1,000
12 ou + anos de escolaridade	-1,933	1,304	0,145 [0,006 – 1,44]	0,138
Uso de antidepressivo	2,244	1,193	9,43 [1,29 – 205]	0,079

Fonte: dados da pesquisa

Figura 1 – Razão de chance (odds ratio) com intervalo de confiança de 95% obtido pelo modelo logístico *stepwise* AIC.

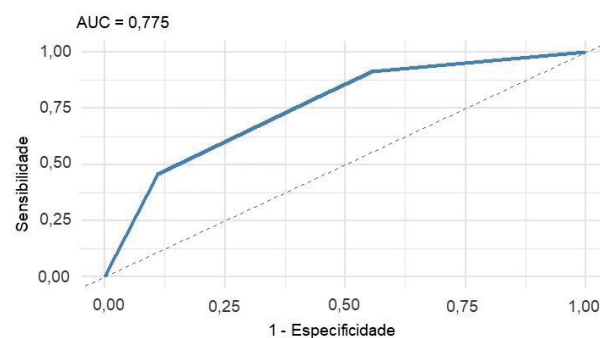


Nota: intervalo de confiança.

Fonte: autoria própria

A validação cruzada *k-fold* ($k = 11$) indicou erro médio de classificação de 16,79%, demonstrando desempenho preditivo razoável do modelo. A curva ROC apresentou AUC = 0,775, evidenciando boa capacidade discriminativa para diferenciar pacientes com e sem sintomas de depressão (Figura 2).

Figura 2 – Curva ROC (receiver operating characteristic) avaliativa do desempenho do modelo de regressão logística *stepwise* AIC.



Legenda – AUC: área abaixo da curva.

Fonte: autoria própria

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou uma alta prevalência de sintomas depressivos entre candidatos à cirurgia

bariátrica, reforçando a complexa interação entre obesidade e saúde mental. O perfil sociodemográfico predominante – mulheres casadas (76,5%), com idade média de 39,3 anos, ensino médio completo e renda familiar de 2,8 salários-mínimos – reflete o contexto brasileiro de crescimento acelerado da obesidade, marcado por desigualdades sociais e econômicas, que impactam desproporcionalmente a população feminina^{11,12}.

A predominância feminina na amostra corrobora a literatura, que aponta maior vulnerabilidade das mulheres à depressão associada à obesidade. O estigma social e a discriminação por excesso de peso corporal atingem mais intensamente o público feminino, potencializando o estresse psicológico e os sintomas depressivos¹³. Em metanálise, Pereira-Miranda et al.¹⁴ (2017) demonstraram risco significativamente maior de depressão entre mulheres [RP: 1,10-1,36] do que entre homens [RP: 1,04-1,08], disparidade atribuível a fatores biológicos, sociais e culturais. Além disso, a busca pelo padrão estético imposto culturalmente às mulheres as torna mais propensas a recorrer à cirurgia bariátrica¹⁵.

Quanto à escolaridade, estudos nacionais apontam que indivíduos com ensino médio completo ou superior tendem a apresentar IMC mais elevado e maior probabilidade de sobrepeso ou obesidade, reflexo do maior poder aquisitivo e do consumo de alimentos ultraprocessados, considerados bens de prestígio no contexto brasileiro¹⁶. No entanto, maior escolaridade também pode estar associada a escolhas alimentares mais conscientes e práticas preventivas¹⁷. Essa ambiguidade evidencia que o impacto da escolaridade sobre a obesidade depende da interação entre renda, educação nutricional e hábitos de vida¹⁸.

No modelo final de regressão logística, o uso de antidepressivos emergiu como o principal fator associado à presença de sintomas depressivos, com chance 9,43 vezes maior entre usuários, refletindo a coexistência esperada entre ambas as condições. Por outro lado, a escolaridade ≥ 12 anos mostrou efeito protetor, ainda que não estatisticamente significativo, associando-se a 85,5% menor chance de depressão. A literatura confirma que níveis mais altos de escolaridade tendem a reduzir o risco de depressão, por influência de fatores socioeconômicos e comportamentais¹⁹.

Além disso, os resultados apontaram que 79,5% dos pacientes apresentavam algum nível de depressão, e que

68,6% daqueles com sintomas depressivos não tinham diagnóstico prévio ou percepção da condição, refletindo fragilidades estruturais na Atenção Primária à Saúde. Oliveira *et al.*²⁰ (2025) evidenciam sobrecarga assistencial, insuficiência de profissionais especializados, ausência de protocolos padronizados de triagem e dificuldade de acesso das populações vulneráveis ao cuidado contínuo como barreiras persistentes para o diagnóstico precoce de transtornos mentais na rede básica. Os achados são consistentes com os de Javed *et al.*²¹ (2025), segundo os quais 44,8% dos indivíduos com depressão permanecem não diagnosticados em serviços clínicos gerais, especialmente aqueles com baixa escolaridade, menor renda e presença de comorbidades. Essa elevada proporção de depressão não identificada no estudo reforça a necessidade de integrar a saúde mental à linha de cuidado da obesidade, incluindo as estratégias de rastreamento psicológico.

Entre os participantes, a percepção sobre o impacto psicológico da obesidade foi evidente. Preconceito, sentimento de inferioridade, isolamento social, insatisfação com a imagem corporal e baixa autoestima podem intensificar o quadro depressivo²². Essa relação é mediada tanto por mecanismos psicológicos quanto biológicos, incluindo alterações hormonais, como cortisol, leptina e grelina, e comportamentos alimentares compensatórios, gerando um ciclo vicioso entre depressão e ganho de peso²³.

Nos indivíduos com IMC ≥ 50 kg/m², observou-se prevalência de 85% de sintomas depressivos moderados a graves, e 45% eram usuários de antidepressivos, corroborando a literatura, que demonstra existir uma relação dose-resposta entre IMC e gravidade da depressão²⁴. Estudos reforçam que quanto maior o desvio do IMC normal, maior a probabilidade e intensidade dos sintomas depressivos^{14,22,25}. Ferramentas de rastreamento como o PHQ-9 têm se mostrado sensíveis para detectar essa coexistência²⁶.

Do ponto de vista fisiopatológico, a relação bidirecional entre obesidade e depressão é sustentada por processos inflamatórios sistêmicos e desequilíbrios neuroendócrinos. A inflamação crônica induzida pela obesidade resulta na liberação de citocinas pró-inflamatórias que afetam regiões cerebrais relacionadas ao humor²⁷. Evidências genéticas corroboram essa via, indicando risco relativo de 1,33 (IC95%: 1,19-1,48) para depressão em indivíduos com obesidade²⁸.

Paralelamente, fatores psicossociais, como a autoimagem negativa e o estigma social, atuam de forma independente e sinérgica, agravando o sofrimento emocional e dificultando o manejo clínico. Assim, a obesidade deve ser compreendida como uma doença multifatorial e fator de risco relevante para depressão, exigindo abordagem multidisciplinar e interprofissional para tratamento e prevenção.

Quanto aos hábitos de vida, observou-se que 66,7% dos tabagistas e 70,6% dos etilistas apresentaram sinto-

mas depressivos. A relação entre tabagismo e depressão é bidirecional: o tabagismo pode levar a sintomas depressivos e, em contraponto, os sintomas depressivos podem levar ao fumo²⁹. O consumo de álcool pode representar um mecanismo de enfrentamento, agravando o quadro³⁰. Além disso, 67,9% dos sedentários apresentaram algum grau de depressão, corroborando evidências de que a atividade física regular reduz o risco e a intensidade dos sintomas depressivos, independentemente do peso corporal^{14,31}.

O manejo farmacológico da depressão, nessa população, representa um desafio clínico. Cerca de 38,6% dos pacientes faziam uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), fármacos eficazes, mas frequentemente associados ao ganho ponderal em tratamentos prolongados^{32,33}. Além disso, o excesso de massa corporal pode alterar a farmacocinética e a resposta terapêutica, exigindo individualização do tratamento^{34,35}.

No conjunto, os achados reforçam a alta prevalência de sintomas depressivos (68,2%) entre os candidatos à cirurgia bariátrica e evidenciam a necessidade de ampliar a atuação psicológica e psiquiátrica nos serviços de obesidade. No serviço de obesidade e cirurgia bariátrica estudado, a avaliação psicológica se restringe à liberação cirúrgica, o que é insuficiente frente à complexidade da relação entre obesidade e saúde mental. Recomenda-se a inclusão sistemática do acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico, integrado à equipe multiprofissional.

Por fim, reconhece-se como limitação o tamanho amostral reduzido, que pode ter limitado o poder estatístico e a generalização dos achados. Soma-se a isso a ausência de um grupo de controle e a natureza transversal do estudo, que impedem a comparação com indivíduos sem indicação cirúrgica e a avaliação temporal dos sintomas depressivos. No entanto, é importante destacar que poucos estudos brasileiros abordam a relação entre depressão e obesidade em candidatos à cirurgia bariátrica utilizando análises estatísticas robustas. Nesse contexto, embora o modelo de regressão tenha apresentado desempenho preditivo razoável (erro de validação cruzada: 16,79%; AUC = 0,775), estudos futuros, com amostras maiores e acompanhamento longitudinal, são necessários para confirmar fatores preditores e possibilitar a compreensão da trajetória dos sintomas depressivos nos períodos pré e pós-operatório.

CONCLUSÃO

A alta prevalência de sintomas depressivos e a associação entre maior gravidade dos sintomas e IMC elevado confirmam a relevância de investigar fatores relacionados à depressão em candidatos à cirurgia bariátrica. Por se tratar de um estudo conduzido em um serviço público de alta complexidade, com aplicação de métodos estatísticos robustos, seus achados contribuem para preencher uma lacuna na literatura nacional, ainda limitada quanto à investigação sistemática da saúde mental nessa popu-

lação. Os resultados reforçam a necessidade de incluir a avaliação psicológica e psiquiátrica contínua como componente estruturado do cuidado pré-operatório, integrada às estratégias de manejo clínico da obesidade. Diante da relação bidirecional entre obesidade e depressão, recomenda-se uma abordagem verdadeiramente multidisciplinar, associando intervenções clínicas, farmacológicas e psicoterapêuticas para melhorar o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e otimizar os desfechos cirúrgicos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2025 May 7]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025 Mar;13(3):221-62. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
3. De-Matos BW, Machado LM, Hentschke GS. Aspectos psicológicos relacionados à obesidade: relato de caso. *Rev Bras Ter Cogn*. 2020 Jan/Jun;16(1):42-9. doi:10.5935/1808-5687.20200007
4. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2025 Jan 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
5. World Health Organization. Mental Disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [citado 2025 Jan 3]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. Wiltink J, Michal M, Wild PS, Zwiener I, Blettner M, Münzel T, et al. Associations between depression and different measures of obesity (BMI, WC, WHtR, WHR). *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 12;13(1):223. doi: 10.1186/1471-244X-13-223
7. Peixoto HGE, Vasconcelos IAL, Sampaio ACM, Ito MK. Antidepressivos e alterações no peso corporal. *Re Nutrição*. 2008 Jun 1;21(3):341-8. doi: 10.1590/S1415-52732008000300009
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília (DF): Editora MS; 2014;4. ISBN 978-85-334-2198-1.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. (Cadernos de Atenção Básica, nº 38). Brasília (DF): Editora MS; 2014. ISBN 978-85-334-2121-9
11. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Mapa da Obesidade [Internet]. São Paulo: ABESO; 2024 [citado 2025 jan 5]. Disponível em: <https://abeso.org.br/mapa-da-obesidade/>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico – Volume 55, nº 07: Cenário da Obesidade no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 Apr 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-07.pdf/view>
13. Hunger JM, Major B. Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. *Health Psychol*. 2015;34(2):172-5. doi: 10.1037/hea0000106
14. Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO, Pereira-Santos M, Santana MLP. Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Nutr*. 2017 Mar-Apr;36(3):223-33. doi: 10.1080/07315724.2016.1261053
15. Silva CP, Silva F de S, Araújo LMB, Guimarães ASS. Imagem corporal pós – bariátrica: relação com insatisfação corporal, ansiedade e depressão. *RBONE*. 2023;17(111):604-14.
16. Fundação Getúlio Vargas. Relatório Final – Projeto Obesidade [Internet]. São Paulo: FGV EESP; 2020 [citado 2025 jan 5]. Disponível em: https://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/relatoriofinal_editado_projeto_obesidade.pdf.
17. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
18. Silva LES da, Oliveira MM de, Stopa SR, Gouveia E de CDP, Ferreira KR, Santos R de O, et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021 Jan-Dec;30(1):1-13. doi: 10.1590/S1679-49742021000100008
19. Jareebi MA, Alqassim AY. The impact of educational attainment on mental health: A Causal Assessment from the UKB and FinnGen Cohorts. *Medicine*. 2024 Jun; 28;103(26):e38602. doi: 10.1097/MD.00000000000038602
20. Oliveira CWM, Oliveira DF, Nunes LRS, Roma TM, del Corso C, Reis JCF, et al. Depressão: barreiras ao diagnóstico e avanços no tratamento multidimensional. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2025 Apr 2;18(4):e16791-1. doi: 10.55905/revconv.18n.4-058
21. Javed M, Rana MA, Siddiqui MH, Abdalla, Hafeez MM. Prevalence of undiagnosed depression and its sociodemographic and clinical correlates among adult patients attending a medical outpatient department. *Cureus*. 2025 Oct 3;17(10):e93752-2. doi: 10.7759/cureus.93752
22. Cruz LM, Nunes CP. Fator emocional na obesidade e transtornos de imagem. *Rev Med Fam Saúde Ment*. 2019;1(2):125-34.
23. Milaneschi Y, Lamers F, Peyrot WJ, Baune BT, Breen G, Dehghan A, et al. Genetic association of major depression with atypical features and obesity-related immunometabolic dysregulations. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(12):1214-25. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3016
24. Rajput P, Singh A, Prakash J, Kumar M. Editorial: The role of climate and air pollution in human health and urban chemistry in Asian cities. *Frontiers in Sustainable Cities*. 2022 Feb 18;4:858060. doi: 10.3389/frsc.2022.858060
25. Badillo N, Khatib M, Kahar P, Khanna D. Correlation between body mass index and depression/depression-like symptoms among different genders and races. *Cureus* 2022 Feb;14(2):e21841. doi:10.7759/cureus.21841
26. Saxena S, Garg R, Bashir S. Is obesity a risk to depression? A cross-sectional study. *Industrial Psychiatr J*. 2019;28(1):130. doi: 10.4103/ipj.ipj_59_19
27. Shelton JN, Alegre JM, Son D. Social stigma and disadvantage: current themes and future prospects. *J Soc Issues*. 2010;66(3):618-33. doi: 10.1111/j.1540-4560.2010.01666.x
28. Jokela M, Laakasuo M. Obesity as a causal risk factor for depression: systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies and implications for population mental health. *Psychiatr Res*.

2023;163:86-92. doi:10.1016/j.psychres.2023.02.045

29. Cooper J, Borland R, Yong HH, Fotuhi O. The impact of quitting smoking on depressive symptoms: findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. *Addiction*. 2016 Aug;111(8):1448-56. doi: 10.1111/add.13367

30. Gavin RS, Reisdorfer E, Gherardi-Donat EC da S, Reis LN dos, Zanetti ACG. Association between depression, stress, anxiety and alcohol use among civil servants. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015 Mar;11(1):02-09. doi:10.11606/issn.1806-6976.v11i1p2-9

31. Huang JH, Li RH, Tsai LC. Relationship between depression with physical activity and obesity in older diabetes patients: inflammation as a mediator. *Nutrients*. 2022 Oct 9;14(19):4200. doi: 10.3390/nu14194200

32. Mancini MC, Halpern A. Tratamento farmacológico da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2002;46(5):497-512. doi: 10.1590/S0004-27302002000500003

33. Lee SH, Paz-Filho G, Mastronardi C, Licinio J, Wong ML. Is increased antidepressant exposure a contributory factor to the obesity pandemic? *Transl Psychiatry*. 2016 Mar 15;6(3):e759. doi: 10.1038/tp.2016.25

34. Izsak J, Kimland EE, Martikainen J, Dahlén E, Kindblom JM. Dosing of antidepressants in relation to body weight in children and adolescents with overweight. *Int J Obes*. 2025 Mar; 49(3):527-31. doi: 10.1038/s41366-024-01677-2

35. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7