

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**



**CIRURGIA DA OBESIDADE: CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL E
PSICOPATOLÓGICA DOS CANDIDATOS**

JOSÉ VIEIRA DE LIMA FILHO

**RECIFE
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**



**CIRURGIA DA OBESIDADE: CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL E
PSICOPATOLÓGICA DOS CANDIDATOS**

JOSÉ VIEIRA DE LIMA FILHO

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

ORIENTADOR

PROF. DR. JOÃO ALBERTO GOMES DE CARVALHO

RECIFE

2008

Lima Filho, José Vieira de
Cirurgia da obesidade: caracterização
psicossocial e psicopatológica dos candidatos . –
Recife: O Autor, 2008.
xiv, 86 folhas. il: gráf., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2008.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade mórbida. 3.
Avaliação biopsicossocial. 4. Psicopatologia
I.Título.

616-089
617.43

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-122

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DO MESTRANDO JOSÉ VIEIRA DE LIMA FILHO**

No dia 25 de agosto de 2008, às 14h, no Auditório do 1º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Kátia Cristina Lima de Petribú, Doutora Professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pernambuco; João Alberto Gomes de Carvalho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade de Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o Mestrando JOSÉ VIEIRA DE LIMA FILHO, sobre a sua Dissertação intitulada **“CIRURGIA DA OBESIDADE: CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL E PSICOPATOLÓGICO DOS CANDIDATOS”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Mestrando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Kátia Cristina Lima de Petribú

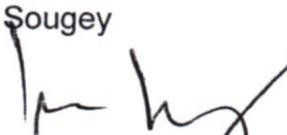
Aprovado

Prof. Dr. João Alberto Gomes de Carvalho

APROVADO

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

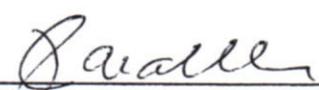
APPROVADO



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca Examinadora



Profª. Drª. Kátia Cristina Lima de Petribú



Prof. Dr. João Alberto Gomes de Carvalho

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique de Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

CHEFE

Prof. Dr. Alex Caetano

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

CORPO DOCENTE

Prof. Dr. Adelson Santos

Prof^ª. Dr^ª. Belmira Lara

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Prof. Dr. Luiz Ataíde Júnior

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Simas

Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul Manhães de Castro

Prof. Dr. Wilson Faria da Silva

Ao meu pai **José Vieira**, minha mãe **Silvia Fialho** e minha avó **Maria Gomes**, pelo afeto e apoio perenes e incondicionais, propiciando a segurança e referência fundamentais à construção de minha personalidade, incentivando-me à livre elaboração e perseguição de meus sonhos de auto-realização e felicidade.

Aos meus irmãos **Silvio** e **Othon Fialho**, maiores parceiros na vida, pela definição de fraternidade.

Ao meu mestre e amigo **João Alberto Carvalho**, modelo profissional de ética, sensibilidade e espírito clínico/docente centrado na totalidade da pessoa.

À professora estatística **Cláudia Paiva Lima**, pela fundamental iluminação nos caminhos complexos e fascinantes dos números.

Aos professores **Éverton Sougey** e **João Ricardo Oliveira**, pelo incentivo à pesquisa e formação acadêmica avançada pautada em sólidos ideais científicos.

Aos colegas da pós-graduação, sobretudo **Carla Novaes**, **Amaury Cantilino**, **Bruno Nascimento**, **Sandra Sales** e **Roberta Padilha**, referências de amizade e superação nesta árdua jornada.

Ao professor **Edmundo Ferraz**, sem cujo apoio e franco acolhimento no Serviço de Cirurgia Geral este trabalho jamais teria sido possível.

À colega **Eliane Ximenes**, essencial companheira desde os primeiros passos deste projeto, parceira nos cuidados deste grupo especial de pacientes.

A **Maria Helena Lins**, **Adecilda Costa** e **Numerina Batista**, do ambulatório de cirurgia, cuja compreensão e suporte me superaram qualquer expectativa.

Aos queridos colegas do **CAPS Espaço Livrementemente**, pela confiança e apoio de equipe nas horas em que este trabalho mais demandou de mim.

À **Marcelle Nogueira**, melhor amiga na formação psiquiátrica e referência de dedicação, eficiência e engajamento pessoal pela melhoria da assistência segundo os mais elevados ideais sociais reformistas.

Aos professores **Tácito Medeiros** e **Mabel Cavalcanti**, por me despertarem à importância de aplicar-me à escuta efetiva do outro, motivando-me ao interesse pela riqueza da relação médico-paciente em sua profunda intersubjetividade.

Aos professores **Othon Bastos**, **Kátia Petribú**, **Osmar Gouveia** e **Lúcia Figueiroa**, por me estimularem, cada qual à sua distinta maneira, ao esmero no ato clínico desde o refinamento fenomenológico da percepção psicopatológica até a sofisticação nosológica aplicada ao diagnóstico e terapêutica, com raízes firmes na psiquiatria clássica e horizonte amplo de aprimoramento incessante.

À **Maria Helena de Barros**, pela atenção e incentivo à reflexão, permitindo-me acreditar e realizar, procedendo com maior objetividade sempre que necessário.

Age de modo que consideres a humanidade tanto na tua pessoa quanto na de qualquer outro, e sempre como objetivo, nunca como simples meio.

Emmanuel Kant

É preciso estudar as misérias dos homens, incluindo entre essas misérias as idéias que eles têm quanto aos meios para combatê-las.

Friedrich W. Nietzsche

Acreditar na medicina seria a suprema loucura se não acreditar nela não fosse uma maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades.

Marcel Proust

Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VI
Epígrafe.....	VII
Lista de Gráficos.....	X
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	XII
Resumo.....	XIII
Abstract.....	XIV
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1 Obesidade Grau III: Problemática psicossocial.....	5
2.1.1 Aspectos psicológicos.....	6
2.1.2 Transtornos do Humor e Ansiedade.....	8
2.2 Cirurgia da Obesidade: Aspectos comportamentais.....	9
2.2.1 Pré-operatório.....	9
2.2.1.1 Avaliação psicológica.....	10
2.2.2 Pós-operatório.....	12
2.2.2.1 Acompanhamento psiquiátrico.....	13
2.2.2.2 Mortalidade e risco de suicídio.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Geral.....	18
3.2 Específicos.....	18
4. MÉTODOS.....	19
4.1 Local do Estudo.....	20
4.2 Desenho do Estudo.....	20
4.3 Universo e Amostra.....	20
4.31 Critérios de inclusão.....	20
4.32 Critérios de exclusão.....	20
4.4 População do Estudo.....	20
4.5 Coleta de Dados.....	21

4.6 Instrumentos de Pesquisa.....	22
4.7 Variáveis.....	22
4.8 Processamento de Dados.....	24
4.9 Análise Estatística.....	24
4.10 Considerações Éticas.....	25
5. RESULTADOS.....	26
5.1 Aspectos demográficos.....	27
5.2 Aspectos clínicos.....	29
5.3 Aspectos psiquiátricos.....	33
5.3.1 Escore no Inventário de Ansiedade de Beck.....	33
5.3.2 Escore no Inventário de Depressão de Beck.....	34
5.4 Aspectos psicossociais (análise qualitativa da mini-entrevista).....	35
5.4.1 O que representa a obesidade.....	36
5.4.1.1 A condição emocional do obeso mórbido.....	38
5.4.1.2 Expressão de atribuições.....	39
5.4.1.3 Expressão de comprometimento físico.....	41
5.4.1.4 Limitações concretas do cotidiano.....	41
5.4.1.5 Problemas principais.....	43
5.4.2 O que prevê o obeso.....	46
5.4.2.1 As tensões do processo.....	47
5.4.2.2 A perspectiva do obeso para o tratamento.....	49
5.4.2.3 Expectativas subjacentes.....	50
5.5 Súmula das correlações estatisticamente significativas.....	53
6. DISCUSSÃO.....	55
7. CONCLUSÕES.....	70
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
9. ANEXOS.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Histograma de distribuição segundo o IMC.....	29
Gráfico 2. Boxplot – Variação do IMC segundo a situação ocupacional.....	30
Gráfico 3. Scatterdots – Variação do IMC segundo a renda per capita.....	30
Gráfico 4. Boxplot – Variação do IMC segundo a escolaridade.....	31
Gráfico 5. Boxplot – Associação do impacto geral da doença com o escore no BAI.....	37
Gráfico 6. Boxplot – Associação do impacto geral da doença com o escore no BDI.....	37
Gráfico 7. Distribuição das expectativas subjacentes.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-econômico-culturais	27
Tabela 2. Faixa de IMC.....	29
Tabela 3. Frequência de tipos de comorbidades.....	32
Tabela 4. Comorbidades psiquiátricas.....	32
Tabela 5. Uso de substâncias psicoativas ao longo da vida.....	33
Tabela 6. Graduação quanto ao escore no BAI.....	34
Tabela 7. Graduação quanto ao escore no BDI.....	35
Tabela 8. Impacto geral da obesidade.....	37
Tabela 9. Limitações concretas do cotidiano.....	42
Tabela 10. Problemas principais.....	43
Tabela 11. Sexo vs. Problema principal: auto-imagem.....	44
Tabela 12. Grupo vs. Problema principal: saúde.....	45
Tabela 13. Expectativas subjacentes.....	50
Tabela 14. Correlações estatisticamente significativas.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BG	<i>Bypass</i> Gástrico
DM-II	Diabetes Mellitus tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
SF-36	<i>Medical Outcomes Survey, Short Form 36</i>
SM	Salário Mínimo
SOS	<i>Swedish Obese Subjects</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

A cirurgia bariátrica é a intervenção mais eficaz para pessoas com obesidade mórbida, induzindo rotineiramente a perdas de 25 a 30% do peso inicial. Condições psicológicas e sociais podem influenciar o processo de tratamento. O presente estudo teve como objetivo elucidar o perfil biopsicossocial destes pacientes. MÉTODOS: Efetuou-se nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco a aplicação de questionário demográfico-clínico, inventários de ansiedade e depressão de Beck e mini-entrevista semi-estruturada analisada qualitativamente. RESULTADOS: Dentre as informações geradas pela amostra de 40 pacientes, ressaltam-se significativos escores de ansiedade e depressão e suas correlações com aspectos clínicos e sociais. A análise do discurso permitiu definir como problemas principais da população: auto-imagem, saúde, trabalho, condição sócio-interativa e limitações concretas do cotidiano. Dentre as expectativas pós-cirúrgicas, destacam-se: melhorar qualidade de vida, melhorar auto-imagem/auto-estima e busca de autonomia/liberdade. CONCLUSÕES: A complexidade dos problemas e a diversidade das expectativas dos obesos mórbidos reforçam a importância de uma abordagem integral destes pacientes no pré-operatório para facilitar a reformulação de estilo de vida necessária ao sucesso do procedimento. Vias e metas pós-cirúrgicas mais consistentes podem ser propostas para cada paciente com o reconhecimento dos aspectos biopsicossociais. Mais estudos são necessários neste âmbito.

Descritores: obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, ansiedade, depressão, avaliação biopsicossocial.

The bariatric surgery is the most effective intervention for people with morbid obesity, usually inducing losses of 25 to 30% of the initial weight. Psychological and social features might influence the treatment process. The present study intended to elucidate the biopsychosocial profile of these patients. **METHODS:** The bariatric candidates of the General Surgery Service at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco underwent an evaluation consisting of a clinical-demographic questionnaire, Beck's anxiety and depression inventories and a semi-structured mini-interview to be qualitatively analysed. **RESULTS:** Significant anxiety and depression scores stood out within the 40 patients sample, and there were correlations with clinical and social aspects. The speech analysis pointed out the following main issues of the population: self-image, health, work, social-interactive condition and day-to-day concrete limitations. Amongst this population's expectations, three were particularly relevant: quality of life improvement, self-image/self-esteem enhancement and pursue of freedom/autonomy. **CONCLUSIONS:** The complexity of issues and the diversity of expectations of the morbid obese support the importance of an integral assessment of these patients on the pre-operative phasis, so to enhance the lifestyle redefinition which is necessary to the procedure's success. More consistent post-surgical means and goals may be established for each patient with the recognition of their biopsychosocial aspects. Further study is required on this matter.

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, anxiety, depression, biopsychosocial evaluation.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo [1,2,3]. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nos últimas décadas e os custos com suas complicações atingem cifras de bilhões de dólares [2]. Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30%. Na prática clínica, na maior parte dos estudos e na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) [4] utiliza-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), calculado dividindo-se o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9kg/m², obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e 39,9kg/m² e obesidade grau III (mórbida) quando o IMC ultrapassa 40kg/m². Neste nível, as conseqüências são particularmente nefastas. A presença da obesidade grau III está associada a piora da qualidade de vida, alta freqüência de comorbidade e redução da expectativa de vida [5]. A mortalidade significativamente aumentada está associada principalmente a doença cardiovascular, DM-II e diversos cânceres [6,7].

O ato de comer afeta e é afetado pelas mesmas substâncias químicas no cérebro que regulam o estado emocional [8]. As vias da serotonina que se encontram alteradas em indivíduos depressivos e ansiosos requisitam, via ato alimentar, que o próprio cérebro se “medique”, pelo impulso de comer, na tentativa de regular seu quadro afetivo. Freqüentemente é difícil discriminar os efeitos da depressão na obesidade e, ao contrário, as alterações neuro-endócrinas associadas com estresse e depressão podem causar mudanças metabólicas que predisõem a ela e a perpetuam [9]. Embora os portadores de obesidade grau III apresentem mais sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e também transtornos de personalidade, deve-se ressaltar que a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade – tal como acontece em outras doenças crônicas, ela parece estar restrita a grupos específicos.

Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, sua abordagem terapêutica deve envolver sempre um plano de reeducação alimentar, atividade física e uso de agentes anti-obesidade [10]. Entretanto, o

tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até dois anos. Na condução clínica dos obesos graves, impõe-se a consideração da cirurgia bariátrica (designação genérica dos diversos tipos de técnicas cirúrgicas indicadas no tratamento da obesidade mórbida), que atualmente constitui o único procedimento provado como eficaz no tratamento da obesidade mórbida. A preocupação com a avaliação psiquiátrica pré-cirurgia não se fazia presente até há pouco e se tornou patente com o aumento do número de cirurgias e, conseqüentemente, maior número de complicações psiquiátricas pós-cirúrgicas ou, melhor dizendo, diagnosticadas nesse período.

As operações bariátricas levam o indivíduo a reduzir drasticamente seu peso corpóreo e isso produz alterações importantes na sua vida. A indicação desta intervenção se baseia numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente. Poucos são aqueles que parecem reunir dentro de si condições para lidarem adequadamente com todas as mudanças sem necessitarem de apoio psicoterapêutico. Sendo esta população comprovadamente associada a uma maior prevalência (40-60%) de transtornos psiquiátricos em geral, notadamente afetivos, ansiosos e TCAP [9,11-15], cumpre investigar sistematicamente a influência de sintomas desta ordem sobre o sucesso terapêutico. Embora sua relação com o resultado da cirurgia possa ser estreita, o peso de tais fatores no tratamento destes pacientes ainda carece de maior embasamento científico.

O presente estudo procurou esclarecer o perfil clínico, sócio-demográfico e psicopatológico dos candidatos à cirurgia bariátrica do HC-UFPE através de questionários padronizados como os de ansiedade e depressão de Beck [16,17]. A fim de caracterizá-los num enfoque biopsicossocial mais amplo, concebeu-se também um braço qualitativo, com a realização de uma mini-entrevista semi-estruturada. Discriminando os problemas e expectativas mais prevalentes na população, buscou-se contemplar as características psicológicas que seriam de outra forma relevadas. Valorizando a palavra dos pacientes, almeja-se desenvolver o conhecimento acerca dos portadores de obesidade grau III numa perspectiva humanizada, centrada na singularidade dos mesmos enquanto protagonistas do procedimento bariátrico.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Obesidade Grau III: Problemática psicossocial

Os obesos são alvo de preconceito e discriminação importantes em países industrializados. Isto pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas. Além ou por causa disso, são pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menos chance de ingressarem no ensino superior. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos. Além disso, têm menor chance de estarem envolvidas num relacionamento afetivo estável. Este preconceito pode ser visto também na população que presta serviços de Saúde: 80% dos pacientes de operação bariátrica relataram terem sido sempre ou quase sempre tratados sem respeito pela classe médica devido ao peso [18,19].

Embora os indivíduos obesos da população geral não pareçam evidenciar um aumento da morbidade psiquiátrica, ocorre um aumento da psicopatologia em pacientes gravemente obesos (Obesidade Grau III) [11,12]. A obesidade extrema está associada com um risco aumentado de complicações psicossociais, incluindo depressão, transtornos alimentares e prejuízo na qualidade de vida [20-24], assim como parece estar ligada a maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais [25]. As alterações psiquiátricas podem atingir prevalência de até 50%. Parece mesmo haver uma relação direta entre o IMC e o grau de prejuízo psicossocial [13].

Alguns estudos sobre as características psicológicas desta população referem como alterações mais freqüentes, em termos de personalidade, o transtorno borderline [26] e a nível emocional, os de tipo depressivo, sendo os de tipo ansioso as segundas mais prevalentes [26,27]. Em um estudo com 90 candidatos à cirurgia bariátrica, Sarwer e cols. [28] observaram que quase dois terços dos pacientes receberam um diagnóstico psiquiátrico, dos quais o mais comum foi o de Depressão Maior. Psicose parece ser praticamente inexistente [27]. Por sua vez, a compulsão alimentar (*binge-eating*) é uma das alterações comportamentais prevalentes mais perturbadoras, sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes doentes, por reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva [29].

2.1.1 Aspectos psicológicos

A cultura ocidental enfatiza mais a boa forma e a imagem corporal, o que facilita a identificação de incômodos com o excesso de peso, independente dos graus de obesidade. Nossos padrões culturais fazem com que até indivíduos com peso dentro dos parâmetros de normalidade possam sentir-se com peso acima do desejado. É possível observar no contexto da obesidade a importância de vários fatores etiológicos genéticos e orgânicos, da falta de atividades físicas, e de fatores educacionais e psicológicos. Estes últimos compartilham lugar de causas e de complicações da obesidade [30].

Entre os fatores herdados e ambientais, importam sobremaneira os fatores comportamentais associados à obesidade enquanto produto de um aprendizado [31]. O excesso alimentar pode estar ligado a estímulos reforçadores na hora de se alimentar e estímulos negativos ou aversivos tardios, que nem sempre são discriminados pelo indivíduo [32,33]. O uso do alimento, não raro, associa-se a fonte de ganhos psíquicos secundários [34]. A gordura também pode ser vista como sinal de proteção e isolamento e sob este prisma, poderia trazer caos e pânico ao indivíduo retirar-lhe abruptamente [35]. Num enfoque cognitivo-comportamental, os sistemas de crenças de indivíduos obesos determinam sentimentos e comportamentos desencadeados por pensamentos disfuncionais acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal, interferindo diretamente na constituição da autoestima da pessoa. Por exemplo, ocorre com freqüência a crença de que ser magro se associa a autocontrole, competência e superioridade [36].

A insatisfação com a imagem corporal é comum em indivíduos com sobrepeso e obesidade [20,22]. Já em 1967, Stunkard e Mendelson [37] descreveram um grupo de pacientes obesos com “disparidade” de imagem corporal, que acreditavam que seus corpos eram “feios e desprezíveis” e que os outros os viam com hostilidade e desdém. Sua disparidade de imagem corporal tomava a forma de uma opressiva preocupação com a obesidade, freqüentemente ao ponto de exclusão de qualquer outra característica pessoal. Mais recentemente, Sarwer e cols. [38] observaram um fenômeno similar em 8% dos indivíduos obesos registrados num ensaio clínico. Este subgrupo de indivíduos preenchia os critérios para transtorno dismórfico corporal, definido como uma preocupação com um defeito leve ou imaginário na aparência causando perturbação clinicamente significativa ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas [39]. Os pacientes

que apresentavam este distúrbio pontuaram uma média de 13,2 no Inventário de Depressão de Beck (indicativo de depressão leve), comparada com escores normais (isto é, média de 7,2) para pacientes que relataram insatisfação com a imagem corporal mas não preenchiam critérios para transtorno dismórfico corporal. Nem os pacientes de Stunkard ou de Sarwer eram candidatos à cirurgia bariátrica, e apenas uma minoria dos candidatos à cirurgia se apresentam habitualmente com uma disparidade de imagem corporal neste grau.

Num estudo de 2004, Travado e cols. [40] levantaram a condição psicológica de 212 candidatos à cirurgia bariátrica e encontraram algumas alterações clinicamente significativas ao nível da personalidade básica, nomeadamente, da esfera compulsiva, e um aumento sugestivo de patologia (ainda que abaixo do valor de corte) para os outros subtipos de personalidade. Foram levantadas informações aprofundadas quanto ao perfil psicológico dos candidatos através de entrevista semi-estruturada. Os pacientes apontaram como causas mais relevantes da sua obesidade: os hábitos alimentares inadequados, a compulsão para comer / falta de auto-controle, alterações do seu estado emocional / humor e acontecimentos de vida precipitantes. Referiram como principais conseqüências do excesso de peso: sintomas físicos, problemas funcionais, aparecimento / agravamento de doenças e insatisfação com o corpo / auto-imagem. Tinham histórico de problemas psicológicos / psiquiátricos, sendo na sua maioria acompanhados por especialista. A respeito dos principais motivos subjacentes à tomada de decisão face à cirurgia, os pacientes declararam: melhoria dos problemas de saúde, eficácia da cirurgia na perda de peso e melhoria da auto-estima, sendo o grau de motivação referido bastante elevado. Expressaram ter apoio por parte dos familiares quanto à realização do tratamento. Apresentavam importante expectativa quanto aos resultados, centrando-se majoritariamente na diminuição de peso, bem-estar emocional e psicológico, melhoria dos problemas de saúde e da funcionalidade. Saliaram a importância de assumir um papel ativo nas fases pré e pós-cirurgia. No entanto, apresentavam um estilo de vida caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, padrão alimentar desregrado e sedentarismo, traduzindo-se em alterações do comportamento alimentar. Antecipavam como dificuldades do tratamento, as mudanças no comportamento alimentar no que tange as especificidades de cada uma das fases do mesmo e procedimentos médicos, e como estratégias para lidar com essas dificuldades: o auto-controle, a motivação face à cirurgia e a

reestruturação / reorganização da sua vida diária. Referiam uma considerável necessidade de informação médica para esclarecer algumas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e as alterações alimentares associadas.

Por conseguinte, é fundamental que se tenha uma adequada percepção da complexidade com a qual um paciente se depara no tratamento de sua obesidade mórbida, assim como o grau necessário de maturidade da personalidade de alguém que venha a submeter-se a tal tratamento [35].

2.1.2 Transtornos do Humor e Ansiedade

O status psiquiátrico varia enormemente entre as pessoas que buscam cirurgia bariátrica [20-22,41,42]. Uma maioria tem essencialmente funcionamento psicossocial normal; não obstante, aproximadamente 25% a 30% dos pacientes demonstram sintomas clinicamente significativos de depressão no momento da avaliação para cirurgia [20,22,43]. Pacientes encontrados em clínica médica e cirúrgica geralmente registram taxas mais altas de depressão e ansiedade do que a população geral [44], potencialmente por causa do estresse emocional associado às complicações físicas que os levaram a procurar atenção médica.

Outro recente estudo populacional de aproximadamente 40.000 indivíduos descobriu que pessoas que tinham um IMC de 40kg/m² ou superior foram quase cinco vezes mais propensas a ter experimentado um episódio de Depressão Maior nos últimos dez anos do que os indivíduos de peso médio [45]. De fato, os achados sugerem fortemente que indivíduos extremamente obesos são mais vulneráveis a depressão, embora os fatores responsáveis por essa suscetibilidade não estejam claros. Podem contribuir o preconceito e discriminação relacionados ao peso ao qual estão sujeitos os indivíduos severamente obesos [46,47] e a presença de dor corporal [48]. TCAP também está associada a depressão aumentada [20,22,43,49,50]. Em estudo realizado com obesos mórbidos na fila de espera para cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC/UPE), encontrou-se uma elevada prevalência de TCAP (56,7%). Ademais, o grupo com TCAP apresentou uma elevada prevalência de Depressão Maior no momento da avaliação, e os piores escores em todos os domínios na escala de qualidade de vida SF-36 [51,52].

2.2 Cirurgia Bariátrica: Aspectos comportamentais

Em princípio, são candidatos à cirurgia bariátrica os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m² ou com IMC maior que 35 Kg/m² associado a comorbidades (HAS, dislipidemia, DM-II, apnéia do sono, entre outras). A seleção de pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados [1]. A cirurgia está contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores mencionam contra-indicações psiquiátricas, ainda fonte de controvérsias.

Os pacientes tipicamente perdem de 25% a 30% do peso corporal inicial com o BG e de 20% a 25% com procedimentos restritivos dentro dos 2 primeiros anos de pós-operatório [53-58]. Aproximadamente 20% dos pacientes falham em obter estas perdas [55,58,59]. Outros começam a recuperar grandes quantidades de peso dentro dos primeiros anos de pós-operatório. Estes resultados insatisfatórios são tipicamente atribuídos à pobre adesão à dieta pós-operatória.

A cirurgia bariátrica é um procedimento complexo e, assim como qualquer cirurgia de grande porte, apresenta risco de complicações. Portanto, o paciente precisa conhecer muito bem qual é o procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia. Também por isso, além das orientações técnicas, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo.

2.2.1 Pré-operatório

De um modo geral, o obeso mórbido tem um longo histórico de tentativas de redução de peso, algumas das quais sob a orientação de técnicos de saúde, consistindo na sua maior parte numa dieta e/ou no uso de fármacos. Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, não são habitualmente satisfatórios pois após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recupera em pouco tempo o peso perdido [60], chegando a níveis ainda mais altos que os anteriores [61].

A dificuldade em manter o peso perdido a longo prazo e a frustração face a estes regimes de tratamento são partilhados por quase todos os obesos, que deste modo continuam a ganhar peso. Reis [61] afirma que este tipo de insucesso no

tratamento desta patologia deve-se em grande parte ao seu caráter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, “bioquímica e prescritiva”, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento.

A cirurgia bariátrica há algum tempo já possui relevo como uma importante opção terapêutica para a obesidade mórbida, sendo considerada a forma mais eficaz de controlá-la a longo prazo [62]. Este fato leva muitos doentes a encará-la como “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas. Contudo, esta crença excessiva e irrealista no “milagre cirúrgico” poderá colocar em risco o êxito do tratamento, pela conseqüente desresponsabilização que ela poderá implicar ao doente neste processo [63]. Não obstante, a cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente aos seus requisitos pós-cirúrgicos (isto é, modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida) para garantir a eficácia do tratamento. Como referem Valley e Grace [64] um obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipitando complicações médicas, não pode ser considerado sucesso terapêutico, ou seja, trata-se de um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas.

Vários autores referem a importância da avaliação psicológica e da adequação cognitiva e comportamental do paciente ao tratamento como fatores de prognóstico deste [27,65,66]. Face a isso, deve-se privilegiar uma abordagem terapêutica que contemple as dimensões biopsicossociais do indivíduo através de uma equipe multidisciplinar, de modo a assegurar o êxito do tratamento da obesidade grau III e a sua manutenção a longo prazo, contribuindo para a melhoria de saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos indivíduos que dela sofrem.

2.2.1.1 Avaliação psicológica

A avaliação pré-operatória do paciente realizada pela equipe multiprofissional deve envolver o rastreamento de transtornos psiquiátricos (atuais e passados) assim como uma investigação da capacidade psicológica do paciente suportar as modificações impostas pela cirurgia. A existência de alterações do foro psicológico não é por si só impeditivo da realização do tratamento, mas estas deverão ser tidas em consideração nas opções a tomar face ao mesmo [27,67,68].

Com efeito, critérios de natureza psíquica têm influenciado a seleção dos candidatos à cirurgia bariátrica, contra-indicando ou remetendo-os para tratamento prévio. Em um estudo com 500 candidatos, Zimmerman e cols. [69] verificaram 18% de cirurgias impedidas, e as razões mais comuns para recomendação negativa foram: hiperalimentação para lidar com estresse, transtorno alimentar ativo, psicopatologia descontrolada e a presença de significativos estressores de vida. Um paciente foi excluído por falta de entendimento dos riscos potenciais da cirurgia.

Constata-se que, de um modo geral, os autores diferem na rigidez dos critérios que definem, sendo que alguns contemplam parâmetros que constituem contra-indicação absoluta para a cirurgia, enquanto outros definem níveis de contra-indicação e indicam linhas orientadoras para o adequado tratamento de determinadas perturbações psicológicas prévias à realização de cirurgia [70].

Segundo Segal e Fandiño [10], a avaliação psiquiátrica pré-operatória poderia ser assim sumarizada: realizam-se os diagnósticos, implementam-se os tratamentos – psiquiátricos e de preparo pré-operatório, através de redução ponderal e grupos psico-educacionais multidisciplinares – e não é feita contra-indicação psiquiátrica para estas operações, à exceção de quadros graves de abuso / dependência de álcool, dado o risco aumentado de desenvolvimento de pancreatite em operações como a derivação gástrica e as derivações bílio-pancreáticas. Do mesmo modo, contra-indica-se ou posterga-se a operação em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos de eixo I [71] ou por incapacidade cognitiva.

Os candidatos à cirurgia bariátrica deveriam ser avaliados por um profissional de saúde mental com perícia em obesidade que seja um membro da equipe perioperatória [72]. Naturalmente, embora a perda de peso geralmente melhore o humor, não é um tratamento primário para Depressão Maior ou outras condições psiquiátricas [73,74]. Desta forma, atenção psiquiátrica não deve ser retardada na expectativa de que a perda ponderal resolva problemas significativos de saúde mental [74].

Poucos estudos têm reportado o número de pacientes que não são liberados para a cirurgia devido a razões psiquiátricas, e nenhum estudo havia reportado a confiabilidade da tomada de decisão [69]. Os profissionais de saúde mental adotam práticas de avaliação bastante variadas, pois não há consenso, que só deverá surgir

quando grandes estudos de longo prazo identifiquem consistentes fatores psicossociais preditivos de pobres resultados no pós-operatório [72,75]. A avaliação psiquiátrica pré-operatória é fundamentalmente clínica, mas pode ser auxiliada utilizando-se testes psicológicos e entrevistas psiquiátricas estruturadas.

Embora alguns autores tenham observado que o tratamento prévio do transtorno psiquiátrico associado seja fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico [11,13,20], vale ressaltar que não se deve encarar sua presença no pré-operatório de um paciente com Obesidade Grau III como contra-indicação absoluta para a cirurgia, já que tal procedimento pode ser a diferença entre oferecer uma melhor qualidade de vida ou esperar o surgimento de uma complicação potencialmente letal. Podem-se considerar as contra-indicações relativas dependendo fundamentalmente do quanto o transtorno psiquiátrico interfere na compreensão do tratamento [76,77]. Na literatura referente às operações bariátricas, critérios de exclusão psiquiátrica foram gradativamente abandonados ao longo dos últimos anos [1,76,78-81].

2.2.2 Pós-operatório

O período imediatamente após a cirurgia é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis. Os fatores comportamentais são de grande importância e podem influenciar diretamente nos resultados. Além das preocupações com risco de morte (mortalidade perioperatória em torno de 0.3% a 1.6%), o paciente encontra-se de certa forma debilitado, acabou de passar por uma cirurgia (estresse cirúrgico) e está em fase de recuperação. Dor e desconforto, drenos, adaptação à dieta líquida, restrições alimentares e físicas, perda provisória da autonomia, expectativas, ansiedade e insegurança – tudo contribui para a desestabilização psicológica, e o emagrecimento ainda não é visível. Em seguida, após 30 dias de dieta líquida, vem a fase de adaptação à dieta sólida. Novamente advém insegurança, medo de “entalar”: “Quanto posso comer? – Quanto tenho que mastigar? – O que consigo comer?” [82]. As mudanças rápidas que acontecem acabam exigindo do paciente uma reflexão, e emergem questões emocionais.

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida. De uma maneira geral, estudos e relatos de caso mostram uma consistente melhora da qualidade de vida dos pacientes após a operação bariátrica, também com melhora de quadros

depressivos, ansiosos, alimentares e de insatisfação com a imagem corporal [78,83-90].

Vários estudos têm sugerido que os pacientes lutam para aderir aos rigores da dieta pós-operatória [91-94]. A ingesta calórica freqüentemente aumenta significativamente ao longo do tempo [57,91,95-97]. Por exemplo, no estudo SOS, os pacientes consumiam aproximadamente 2900 kcal/d antes da cirurgia. A ingesta deles reduziu-se a 1500 kcal/d 6 meses após a cirurgia, mas elevou-se a aproximadamente 2000 kcal/d 10 anos depois [59]. Este aumento na ingesta calórica sugere o possível benefício do aconselhamento dietético pré e pós-operatório, particularmente para reforçar a adesão à dieta do pós-operatório, assim maximizando a perda ponderal. Tal aconselhamento faz sentido intuitivamente, e investigações de sua potencial eficácia estão em progresso.

2.2.2.1 Acompanhamento psiquiátrico

Se não é possível prever todos os casos em que possam ocorrer transtornos psiquiátricos no pós-operatório, a existência de tais patologias no pré-operatório deve nos alertar para maior observação do paciente após a operação. Para uma boa evolução, o paciente deve estar habilitado a participar do tratamento e do seguimento de longo prazo [98]. Não obstante, estudos realizados com obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica reportam o abandono, por parte desses pacientes, do tratamento psicoterápico, apesar da estabelecida importância desse seguimento posterior [31]. Em uma pesquisa nacional com relato de seis casos clínicos de pacientes com marcantes dificuldades sócio-adaptativas pós-cirúrgicas, somente uma das pacientes prosseguia seu acompanhamento psicoterápico no momento das entrevistas [99].

O estudo SOS fornece a melhor avaliação de mudanças no humor e ansiedade após a cirurgia bariátrica [83]. Este ensaio incluía um grupo-controle cuidadosamente combinado que recebeu tradicional recomendação de dieta e exercícios. Os escores de depressão caíram em 1 ano significativamente mais nos pacientes tratados cirurgicamente do que nos controles (reduções de 40% versus 10%, respectivamente). Melhoras similares foram observadas na ansiedade. Em 2 anos, a perda ponderal média, que foi induzida primariamente por Gastroplastia Vertical com Bandagem, foi aproximadamente 23% do peso inicial. Neste momento e no seguimento de 4 anos, os níveis de depressão e ansiedade tendiam a

aumentar ligeiramente quanto aos níveis de 1 ano [60,65]. Maiores perdas de peso em ambos momentos estavam associadas com melhoras mais importantes na depressão e ansiedade [83,100]. Dixon e cols. [101] registraram melhoras similares em depressão após uma redução de 20% do peso inicial alcançada com bandagem laparoscópica ajustável.

Apesar de numa forma geral encontrarmos nos estudos longitudinais uma tendência de melhora do funcionamento psicológico após a cirurgia, alguns transtornos psiquiátricos podem de fato aparecer neste período. Em muitos casos, o emagrecimento súbito tem incorrido em quadros psiquiátricos tais como depressão, ansiedade, alcoolismo e gastos excessivos, dentre outras situações. Um estudo de seguimento realizado com 157 pacientes durante um período de 3 anos após a cirurgia registrou duas mortes relacionadas ao abuso de álcool e três por suicídio [102]. Kodama e cols. relataram 3 casos de surgimento de depressão após o procedimento cirúrgico. Dois desses pacientes também preenchiam critérios para TCAP [103]. Já foi verificado que até 1/3 dos pacientes podem apresentar piora no relacionamento conjugal [104]. Estudos de longo prazo evidenciaram abrandamento em traços do caráter oral, tais como dependência, submissão e insegurança, ao passo que se detectou um aumento em traços e comportamentos obsessivos [105].

Num estudo de Gastroplastia Vertical com Bandagem, Ryden e cols. [106] verificaram que sinais pré-operatórios de depressão foram o único fator psicológico consistentemente ligado a uma perda de peso insatisfatória. Por outro lado, em 2003, Averbukh e cols. [107] avaliaram a associação entre severidade pré-cirúrgica de depressão (aferida pelo Inventário de Depressão de Beck) e a perda de peso em 1 ano após BG em Y-de-Roux, encontrando correlação distinta: indivíduos mais deprimidos tenderam a perder mais peso do que os menos deprimidos.

De fato, embora os investigadores originalmente esperassem que a morbidade psíquica estivesse associada a perda ponderal insatisfatória, alguns estudos encontraram maior perda ponderal em pacientes que tinham depressão ou história de tratamento psiquiátrico [74,107-109]. Face aos achados, considera-se que os níveis de depressão no pré-operatório e outras formas de psicopatologia não predizem consistentemente a perda ponderal após a cirurgia bariátrica [20,22]. Sumarizando a literatura, Herpertz e cols. [74] concluíram que o afeto negativo relacionado ao desconforto dos pacientes a respeito de sua obesidade pode facilitar a perda ponderal após a cirurgia. Em contraste, Depressão Maior ou outra

psicopatologia ocorrendo independente do peso corporal estaria associada a resultados insatisfatórios, incluindo complicações médicas. Esta hipótese ainda merece mais estudos.

2.2.2.2 Mortalidade e risco de suicídio

Apesar dos achados indicarem que a cirurgia bariátrica não está provavelmente associada a conseqüências psicossociais adversas, os estudos tipicamente reportaram apenas resultados de grupo e não mudanças em pacientes individualmente. Pessoas que, anteriormente à cirurgia, tinham uma história crônica de Depressão Maior ou Distímia podem continuar a ter estes problemas após perda ponderal cirurgicamente induzida [74], apesar das mudanças favoráveis nos escores médios (isto é, de grupo). Além disso, relatos de caso têm sugerido que pacientes submetidos a cirurgia bariátrica podem ter uma taxa de suicídio acima da esperada [84,102,110,111]. Os fatores responsáveis por este risco potencialmente elevado não são bem compreendidos, mas provavelmente estão associados com o fardo emocional da obesidade extrema [20-22,45,46].

Embora a associação entre obesidade (IMC) e taxas mais elevadas de mortalidade tenha sido demonstrada por vários estudos, é menos robusta a evidência de que a redução de mortalidade ocorra com a redução de peso. Poucos dados sobre a mortalidade em longo prazo após a cirurgia bariátrica estão disponíveis, e os estudos publicados apresentam limitações metodológicas. Em um trabalho retrospectivo, Adams e cols. [112] analisaram 7.925 pacientes submetidos a BG com Y-de-Roux, encontrando uma redução de 40% da mortalidade no grupo cirúrgico em relação ao grupo controle num seguimento médio de 7,1 anos. As taxas de mortalidade por doença arterial coronariana, por DM-II e por câncer foram reduzidas em 56%, 92% e 60%, respectivamente. Por outro lado, houve um aumento da mortalidade não causada por doenças, como acidentes e suicídios, que foram 58% maiores no grupo cirúrgico.

Dong e cols. [113] recentemente reportaram que o risco de tentativa de suicídio em pessoas com IMC de 40 a 49.9 kg/m² foi 87% maior que aquele de pessoas na população geral; um IMC de 50 kg/m² ou superior foi associado a um risco elevado em 122%. Os indivíduos estudados por Dong e cols. não eram candidatos à cirurgia bariátrica, sugerindo assim que a obesidade extrema, mais que a cirurgia de perda de peso sozinha, eleva o risco de suicídio. Dois outros estudos

populacionais reportaram achados similares [45,114]. O risco de suicídio foi também avaliado por Travado e cols. [40] em sua amostra de candidatos à cirurgia; verificou-se que 26,6% dos mesmos referiram algum grau de ideação ou intenção suicida, em graus majoritariamente leves. Observou-se que a presença de ideação suicida se correlacionava a uma menor qualidade de vida e uma tendência para níveis aumentados de perturbação emocional e mesmo de psicopatologia. Estes achados sublinham a importância de assegurar que os pacientes que têm transtornos psiquiátricos recebam apropriado cuidado de saúde mental antes e depois da cirurgia bariátrica.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Geral: Caracterizar os candidatos à cirurgia bariátrica quanto a variáveis demográficas e clínicas, focando no perfil psicossocial.

3.2 Específicos:

3.2.1 Traçar um perfil sócio-demográfico dos candidatos à cirurgia bariátrica.

3.2.2 Traçar um perfil clínico sumário com as características da obesidade, presença de comorbidades e antecedentes psiquiátricos dos pacientes.

3.2.3 Averiguar a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão pré-cirúrgicos.

3.2.4 Analisar o significado da obesidade para os portadores e as expectativas destes com o tratamento.

3.2.5 Correlacionar as alterações psíquicas com as variáveis demográficas e clínicas levantadas, buscando identificar padrões de apresentação clínico-psicológica dos candidatos.

3.2.6 Verificar o impacto da iminência da cirurgia nas perspectivas dos pacientes.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1 Local do estudo

Este estudo foi realizado no ambulatório do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Este serviço constitui uma das referências regionais no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

4.2 Desenho do estudo

Estudo observacional, híbrido (avaliação epidemiológica quantitativa e qualitativa), do tipo corte transversal. Estudos transversais formam uma ponte entre os estudos descritivos simples e aqueles que podem ser utilizados para testar hipóteses. O desenho híbrido permite que uma vertente metodológica supra a carência da outra, visando a um retrato mais profundo da realidade em estudo.

4.3 Universo e amostra

O estudo avaliou os candidatos à cirurgia bariátrica vinculados ao Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE.

4.3.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídos pacientes obesos maiores de 18 anos de idade de ambos os sexos em pré-operatório no Serviço de Cirurgia Geral do HC/UFPE.

4.3.2 Critérios de exclusão:

Foram excluídos os pacientes que apresentassem comprometimento auditivo ou verbal suficientemente graves que impossibilitem a entrevista, bem como portadores de retardo mental, história de traumatismo craniano e doenças sistêmicas e/ou neurológicas que causem alterações cognitivas e assim pudessem comprometer o diagnóstico psiquiátrico ou a compreensão da entrevista. Tais condições não foram verificadas em nenhum dos pacientes elegíveis.

4.4 População do estudo

Em 2007, foram entrevistados pacientes na iminência de submeter-se à cirurgia bariátrica, ao momento da última consulta de pré-operatório na semana imediatamente anterior à internação, num total de 20 casos (Grupo 1).

Em 2008, completou-se a casuística com a entrevista de outros 20 pacientes do mesmo ambulatório que por sua vez ainda não tinham sua cirurgia bariátrica agendada, ou seja, pacientes da lista de espera (Grupo 2). O número total de 40 pacientes constitui amostra representativa para a população de aproximadamente 150 pacientes em período pré-operatório neste serviço à época da coleta de dados.

É importante ressaltar que não houve qualquer pré-seleção de pacientes, sendo atendidos indiferentemente todos aqueles que se apresentaram às consultas nos períodos de avaliação.

4.5 Coleta de dados

Os pacientes do grupo de estudo foram entrevistados pelo autor do projeto segundo questionário de identificação biopsicossocial (anexo 3), para aquisição de dados pessoais básicos e antecedentes clínicos (auto-declarados) rotineiros, incluindo os dados biométricos, comorbidades e histórico psiquiátrico sumário.

Em seguida, os sujeitos da pesquisa foram submetidos à mini-entrevista semi-estruturada a respeito de suas impressões pessoais quanto à obesidade e expectativas pós-cirúrgicas, sendo então preenchida pelo pesquisador a ficha de avaliação subjetiva (anexo 4) para posterior análise qualitativa específica. Nesta mini-entrevista, os candidatos responderam a duas questões subjetivas diretas (uma de cada vez):

1. O que a Obesidade representa para você?
2. O que prevê após a Cirurgia da Obesidade?

Cada resposta foi transcrita diretamente pelo entrevistador, incluindo as frases soltas e incompletas, até a conclusão por parte do próprio paciente. Caso o mesmo não chegasse a um total de 40 palavras, era estimulado a aprofundar-se nos assuntos através de uma réplica simples por parte do entrevistador: “mais alguma coisa?” Caso negasse seqüência, findava-se a questão.

Logo na seqüência, os pacientes foram submetidos à avaliação psicométrica, em que foram aplicados dois questionários de auto-preenchimento padronizados para ansiedade e depressão:

- Inventário de Ansiedade de Beck – BAI [16] (anexo 5)
- Inventário de Depressão de Beck – BDI [17] (anexo 6)

No caso de pacientes com baixo nível de escolaridade, o preenchimento foi realizado com a assistência do pesquisador.

4.6 Instrumentos de Pesquisa

Além do questionário clínico-demográfico, para esta pesquisa foram utilizados dois instrumentos de uso internacional consagrado. A mini-entrevista semi-estruturada foi formulada pelo pesquisador visando a abordar da forma mais imparcial possível as percepções dos sujeitos quanto ao impacto da doença na própria vida e também as expectativas dos mesmos quanto ao resultado do tratamento buscado. Como se poderá constatar, o caráter aberto dos questionamentos ensejou reflexões dos pacientes a respeito da peculiar situação de cada um.

O BAI [16] consiste de 21 questões sobre como o sujeito tem se sentido na última semana. Cada questão é em si um sintoma físico (p.ex., dormência ou formigamento) ou psíquico (p.ex., medo de perder o controle) de ansiedade. Os pontos de corte admitidos neste estudo para a gradação dos sujeitos foram os seguintes: (a) ansiedade mínima: escores finais até 10 pontos; (b) ansiedade leve: escores finais entre 11 e 19 pontos; (c) ansiedade moderada: escores finais entre 20 e 30 pontos; e (d) ansiedade grave: escores finais entre 31 e 63 pontos.

O BDI [17] é também um inventário de auto-preenchimento com 21 questões de múltipla escolha, e é um dos instrumentos mais largamente utilizados para aferir a gravidade de depressão. Compõe-se de 21 itens que abarcam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Para este estudo, foi empregada a seguinte normatização, de uso corrente: (a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais até 10 pontos; (b) depressão leve – moderada: escores finais entre 10 e 18 pontos; (c) depressão moderada a grave: escores finais entre 19 e 29 pontos; e (d) depressão grave: escores finais entre 30 e 63 pontos.

4.7 Variáveis

a) Aspectos demográficos

- Proveniência: região de origem do paciente, sumarizada em duas categorias (Grande Recife vs. Interior).
- Sexo: sexo biológico ao nascimento referido pelo entrevistado, duas categorias (masculino vs. feminino).
- Idade: em anos completos, até a data da entrevista.
- Cor: tipo étnico referido pela pessoa, três categorias (branca, negra, parda).

- Estado Civil: *status* marital, quatro categorias (solteiro, casado, separado/divorciado, viúvo).
- Nível de escolaridade: considerando a série ou grau educacional mais elevado alcançado, sete níveis (de analfabeto a ensino superior).
- Religião: crença espiritual referida, cinco categorias (católica, evangélica, espírita, nenhuma, outra).
- Situação ocupacional: *status* empregatício, duas categorias (ativo vs. inativo, que agrega desempregados e pessoas do lar).
- Número de familiares co-residentes: familiares compartilhando da mesma residência.
- Renda *per capita* (R\$): renda familiar total referida dividida pelo número de familiares co-residentes.

b) Aspectos clínicos

- IMC (kg/m²): peso da pessoa dividido pelo quadrado de sua altura.
- Tempo de Obesidade relativo (anos de doença/idade%): razão percentual do tempo de vida como obeso referido, dividido pela idade.
- Comorbidades: associação de agravos clínicos referidos, duas categorias (presente vs. ausente). As comorbidades foram discriminadas.
- Histórico de transtorno mental: associação de agravos psiquiátricos ao longo da vida referidos, duas categorias (presente vs. ausente). Os transtornos mentais foram discriminados.
- Histórico familiar de transtorno mental: referência do paciente a agravos psiquiátricos em familiares de 1^o ou 2^o grau, duas categorias (presente vs. ausente).
- Uso de substâncias psicoativas ao longo da vida: referência ao uso (não-farmacológico) de substâncias de efeito no sistema nervoso central ao longo da vida, duas categorias (presente vs. ausente). As substâncias relatadas e o seu padrão de uso foram discriminados.

c) Aspectos psiquiátricos

- Escore no BAI: variável quantitativa contínua.
- Escore no BDI: variável quantitativa contínua.

d) Aspectos qualitativos psicossociais

As informações obtidas pela análise qualitativa das respostas à mini-entrevista semi-estruturada puderam ser organizadas nos seguintes núcleos:

1. O que representa a obesidade
 - A condição emocional do obeso mórbido
 - Expressão de atribuições
 - Expressão de comprometimento físico
 - Limitações concretas do cotidiano
 - Problemas principais
2. O que prevê o obeso
 - As tensões do processo
 - A perspectiva do obeso para o tratamento
 - Expectativas subjacentes

4.8 Processamento dos Dados

Os dados obtidos através dos instrumentos foram inicialmente agrupados em planilha do programa *Microsoft Excel*®. Em seguida realizou-se verificação de possíveis falhas por inconsistência ou incompletude das informações. O tratamento estatístico foi realizado utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Os dados das entrevistas foram submetidos a análise de discurso para discriminar os elementos comuns prevalentes na amostra.

4.9 Análise Estatística

Para comparações entre variáveis nominais ou categóricas foram realizados testes não paramétricos (teste Qui quadrado ou teste exato de Fischer). Não havendo normalidade, recorreu-se a testes não-paramétricos, que não fazem qualquer suposição acerca da forma funcional da distribuição de probabilidade das observações amostrais. Neste âmbito, fez-se uso do teste de Mann-Whitney para o caso de duas amostras independentes, e do teste de Kruskal-Wallis em caso de k ($k > 2$) amostras independentes.

Como padrão, o nível de significância considerado nos resultados dos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$), a não ser nas situações em que se definiu o nível de 10% ($p < 0,1$), explicitado caso a caso.

4.10 Considerações Éticas

- O projeto obteve concordância e incentivo do diretor do Serviço de Cirurgia Geral do HC/UFPE (Prof. Dr. Edmundo M. Ferraz).
- O estudo cumpriu os requisitos da resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde.
- O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, aprovado e liberado pelo mesmo, conforme ofício nº 104/2007 do CEP/CSS (anexo 1).
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) foi assinado pelos participantes após sua leitura com a orientação do pesquisador sempre que necessário. Foram contemplados no TCLE os riscos potenciais / benefícios previstos da pesquisa.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Aspectos demográficos

De acordo com as informações obtidas na entrevista, pôde-se traçar um perfil sócio-demográfico dos candidatos à cirurgia bariátrica do serviço de Cirurgia Geral do HC-PE.

Tabela 1. Características sócio-econômico-culturais dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Variáveis	No. de Pacientes	Percentual
Grupo		
Pré-operatório imediato	20	50,0
Lista de espera	20	50,0
Sexo		
Masculino	6	15,0
Feminino	34	85,0
Idade (anos)		
19 — 27	6	15,0
27 — 35	12	30,0
35 — 43	11	27,5
43 — 51	6	15,0
51 — 59	5	12,5
Proveniência		
Grande Recife	29	72,5
Interior	11	27,5
Cor		
Branca	7	17,5
Negra	8	20,0
Parda	25	62,5
Estado civil		
Solteiro	12	30,0
Casado /União estável	23	57,5
Separado /Divorciado	3	7,5
Viúvo	2	5,0
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	5,0
Ensino fundamental incompleto	12	30,0
Ensino fundamental completo	1	2,5
Ensino médio incompleto	3	7,5
Ensino médio completo	15	37,5
Ensino superior incompleto	4	10,0
Ensino superior completo	3	7,5

Tabela 1. (continuação)

Variáveis	No. de Pacientes	Percentual
Religião		
Católico	23	57,5
Evangélico	9	22,5
Espírita	1	2,5
Nenhuma	2	5,0
Outra	5	12,5
Situação ocupacional		
Ativo	15	37,5
Inativo	25	62,5
Renda (em Salários Mínimos – SM)		
Até 1 SM	9	23,1
De 1 a 2 SM	12	30,8
De 2 a 3 SM	8	20,5
De 3 a 4 SM	3	7,7
De 4 a 5 SM	3	7,7
De 5 a 10 SM	4	10,3
Núcleo de familiares		
1	2	5,0
2	8	20,0
3	13	32,5
4	10	25,0
5	2	5,0
6	5	12,5

Observou-se uma ampla maioria do sexo feminino (85%), concentrando-se nas faixas etárias de 27 a 43 anos (57,5%). A maior parte era proveniente do Grande Recife (72,5%) e de cor parda (62,5%). Quanto ao estado civil, houve uma predominância de sujeitos casados ou em união estável (57,5%). O nível de escolaridade apresentou ampla variabilidade, com alguma tendência à concentração nos grupos de ensino fundamental incompleto (30%) e ensino médio completo (37,5%). Em termos de religião, observou-se uma maior frequência de católicos (57,5%). Quanto à situação ocupacional, a maioria fazia parte do grupo de economicamente inativos (62,5%), grupo este composto pelas pessoas do lar e desempregados. A clientela do serviço concentra-se nas faixas de renda *per capita* mais baixas: 74,4% recebiam até no máximo três salários mínimos, com uma média declarada de aproximadamente R\$347/mês. Os núcleos domésticos eram constituídos em sua maioria (77,5%) por famílias de tamanho entre dois e quatro membros.

5.2 Aspectos clínicos

Um parâmetro que foi concebido por interesse de análise clínica foi o chamado “tempo relativo de obesidade”, compreendido como o percentual de anos de doença em relação à idade total do indivíduo. Tal aspecto apresentou ampla variância, com 15% dos pacientes referindo no máximo 20% da vida como portador de obesidade, enquanto que outros 10% se consideravam obesos “desde que nasceram”. A taxa média correspondeu aproximadamente à metade da vida (49,1%) como obesos.

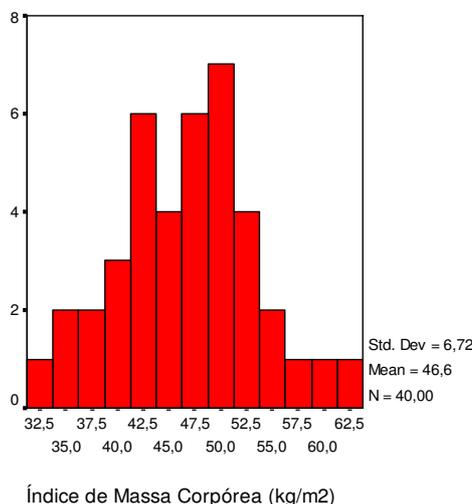
Por sua vez, as freqüências do Índice de Massa Corpórea tenderam à distribuição normal, conforme demonstrado na tabela 2 e no gráfico 1, com um pico na faixa de 45-50 kg/m² e uma média de 46,6 kg/m².

Tabela 2. Faixa de IMC dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Faixa de IMC (kg/m ²)	No. de Pacientes	Percentual
30-35	1	2,5
35-40	5	12,5
40-45	9	22,5
45-50	13	32,5
50-55	8	20,0
55-60	3	7,5
60-65	1	2,5

Gráfico 1

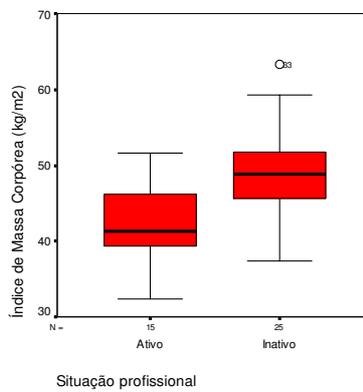
Histograma de distribuição dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE segundo o IMC



O IMC dos pacientes estava correlacionado de forma estatisticamente significativa com a situação ocupacional dos mesmos, sendo que os pacientes economicamente inativos (incluindo aí as pessoas do lar) apresentaram geralmente IMC mais elevado, com uma média de 48,99 (contra 42,21 dos ativos), conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2

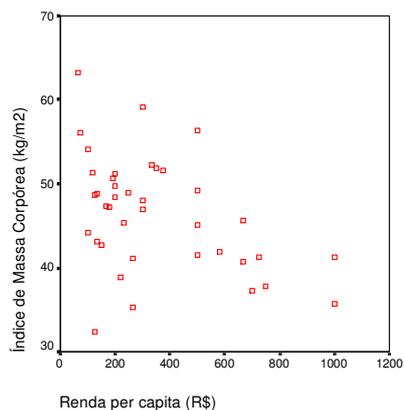
Boxplot – Variação do IMC segundo a situação ocupacional dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE (p=0,002)



Também se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC e a renda per capita na população estudada, com uma tendência a uma diminuição do IMC nas faixas de renda mais elevadas (p=0,005), conforme demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3

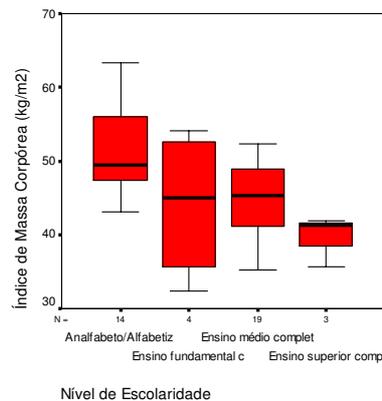
Scatterdots – Variação do IMC segundo a renda per capita nos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE (p=0,005)



De maneira análoga, o IMC dos candidatos à cirurgia da obesidade também variou segundo o nível de escolaridade, tendendo a apresentar-se mais reduzido na faixa de maior escolaridade (gráfico 4).

Gráfico 4

Boxplot – Variação do IMC segundo a escolaridade dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE (p=0,025)



Além disso, o IMC também se mostrava correlacionado de forma estatisticamente significativa com a proveniência do paciente atendido no HC-PE (p=0,003), aqueles originários de cidades do interior apresentando níveis maiores de obesidade (IMC médio: 50,86) do que os do Grande Recife (IMC médio: 44,76).

Por outro lado, não foi observada correlação estatisticamente significativa entre o IMC e o histórico de transtorno mental dos candidatos (p=0,761) ou com a presença de comorbidades (p=0,116). A este respeito, observou-se que a maioria dos candidatos (67,5%) declarou possuir ao menos uma comorbidade, sendo a HAS a mais comum, numa prevalência de 62,5%. Em seguida, destacaram-se as associações com Dislipidemia (15%), DM-II (12,5%) e as Orto/Reumatopatias (12,5%).

Tabela 3. Freqüência de tipos de comorbidades referidas pelos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Presença de comorbidades	Nº de Pacientes	Percentual
Sim	27	67,5
Não	13	32,5
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica	25	62,5
Dislipidemia	6	15
Diabetes Mellitus tipo II	5	12,5
Orto/Reumatopatia	5	12,5
Hipotireoidismo	2	5
Pneumopatia	2	5

Quanto às comorbidades psiquiátricas, apenas 20% dos candidatos declararam um histórico de transtorno mental diagnosticado. O transtorno mais comumente referido foi a Depressão Maior (15% do total de candidatos).

Tabela 4. Comorbidades psiquiátricas dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

<i>Transtorno mental</i>	Nº de Pacientes	Percentual
Sim	8	20
Não	32	80
Depressão Maior		
Sim	6	15
Não	34	85
Transtornos de ansiedade		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5

Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a presença deste histórico de transtorno mental declarado e o tempo relativo de obesidade dos pacientes, com uma tendência a um menor tempo relativo entre aqueles de histórico positivo para transtornos mentais ($p=0,032$).

A maior parte dos candidatos à cirurgia (62,5%) negou uso regular de substâncias psicoativas ao longo da vida. Uma parcela de 20% fazia uso de bebidas alcoólicas, porém apenas eventualmente. A maior parte dos tabagistas se dizia abstinente por períodos variáveis ao momento da avaliação. Nenhum paciente referiu uso de drogas ilícitas.

Tabela 5. Uso de substâncias psicoativas ao longo da vida dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Uso de substâncias psicoativas	Nº de Pacientes	Percentual
Tabaco	7	17,5
Álcool	8	20
Nenhuma	25	62,5

Quanto aos antecedentes familiares de transtorno mental, 30% dos candidatos à cirurgia bariátrica afirmaram possuir ao menos um parente com diagnóstico psiquiátrico, na maioria das vezes um irmão, e em 10% dos casos algum dos pais.

5.3 Aspectos Psiquiátricos

Esta categoria constitui-se pela avaliação dos dois parâmetros psiquiátricos aferidos: os escores nos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck.

5.3.1 Escores no Inventário de Ansiedade de Beck

A aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck permitiu uma avaliação quantitativa objetiva deste importante parâmetro psíquico do contexto da obesidade mórbida. A categorização conseqüente aos escores da população estudada foi abaixo listada. Observou-se que uma proporção considerável de 42,5% dos pacientes demonstraram níveis clinicamente significativos de ansiedade, sendo que 17,5% do total denotaram ansiedade moderada ou grave (presumida acima de 20 pontos) ao momento da avaliação. O escore médio encontrado foi de 11,25 (ansiedade leve), com um desvio-padrão de 10,10.

Tabela 6. Graduação dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE quanto ao escore no BAI

Grau	Nº de pacientes	Percentual
Ansiedade mínima	23	57,5
Ansiedade leve	10	25
Ansiedade moderada	5	12,5
Ansiedade grave	2	5
Total	40	100

O escore no BAI apresentou correlação estatisticamente significativa com os seguintes parâmetros: estado civil (maior ansiedade entre os separados/divorciados; $p=0,038$), presença de DM-II ($p=0,017$) e histórico declarado de transtornos mentais ($p=0,015$) – porém apenas significativo para depressão maior ($p=0,003$), curiosamente não para transtornos de ansiedade ($p=0,607$), evidenciando a possivelmente baixa confiabilidade da mera declaração de ter possuído estes diagnósticos. Ressalte-se que não houve correlação significativa do escore no BAI com o IMC, situação ocupacional, proveniência, renda, tempo relativo de doença ou tratamento ou mesmo o grupo dos pacientes.

5.3.2 Escores no Inventário de Depressão de Beck

O escore no Inventário de Depressão de Beck permitiu a categorização dos pacientes segundo o nível de sintomatologia depressiva, sabidamente impactante na população em estudo. Como demonstrado na tabela abaixo, neste levantamento observou-se uma prevalência de 47,5% de sujeitos com níveis de depressão clinicamente significativos, sendo 12,5% do total considerados portadores de depressão de moderada a grave e 10% do total em nível de depressão grave ao momento da avaliação. O escore médio verificado foi de 11,95 (depressão de leve a moderada na normatização deste estudo), com um amplo desvio-padrão de 10,59.

Tabela 7. Graduação dos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE quanto ao escore no BDI

Grau	Nº de pacientes	Percentual
Depressão mínima (ou ausência)	21	52,5
Depressão de leve a moderada	10	25
Depressão de moderada a grave	5	12,5
Depressão grave	4	10
Total	40	100

Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre o escore do BDI e os seguintes parâmetros: histórico de transtorno mental ($p=0,001$), tanto para depressão ($p=0,003$), como para transtornos de ansiedade (ao nível de 10%; $p=0,076$) e histórico familiar de transtorno mental (ao nível de 10%; $p=0,063$). Vale ressaltar que não se observou correlação significativa com o IMC, situação ocupacional, proveniência, renda, tempo relativo de doença ou de tratamento ou mesmo a presença de comorbidades clínicas dos pacientes.

A aplicação do BDI permitiu o levantamento de um dado curioso de interesse na população em estudo. O item nº 19 versa sobre perda de peso e é por convenção considerado nulo em casos de pacientes que confirmem “estar tentando perder peso de propósito, comendo menos”. Apesar das naturais e reiteradas recomendações pré-operatórias da equipe sobre a importância da reeducação alimentar o mais precoce possível, uma minoria de 42,5% dos candidatos à cirurgia bariátrica assinalou estar efetivamente esforçando-se para adotar uma dieta visando à perda de peso. Vale salientar que este item não apresentou correlação estatisticamente significativa com qualquer parâmetro clínico, aí inclusos o IMC, a renda e mesmo a presença de comorbidades cujo tratamento envolve mais essencialmente a adoção de dieta, como HAS e DM.

5.4 Aspectos psicossociais (análise qualitativa da mini-entrevista)

A análise do discurso na mini-entrevista semi-estruturada gerou dados ricamente diversificados, com padrões de características comuns. Na exposição

desta análise, foram transcritos trechos ilustrativos dos relatos dos sujeitos (em *itálico*), acompanhados de sua idade e das iniciais de seus nomes. Quando não referido o sexo masculino, presume-se tratar de paciente do sexo feminino, maioria na amostra.

5.4.1 O que representa a obesidade

A obesidade mórbida é vivenciada de forma subjetivamente complexa pelos portadores. Esta seção diz respeito primordialmente aos sentimentos, atitudes e circunstâncias expostos no discurso do obeso envolvendo a percepção da doença e da própria vida como um todo.

A questão inicial da entrevista (“o que a obesidade representa para você?”) visava sobretudo a averiguar o impacto da doença, ou seja, o quanto a vida do paciente estaria efetivamente afetada pela obesidade. No conjunto das exposições, pôde-se constatar variabilidade importante para este grau de influência. A maioria dos pacientes se mostraram perturbados com as condições de vida insatisfatórias, como M.V.S., 50 anos: “*A obesidade é doença né... ela prá mim é doença, minha estima tá lá embaixo, atrapalha muitas atividades*”. Alguns chegaram a demonstrar flagrante mal-estar à entrevista, como A.M.S., 28 anos: “*Assim, não representa nada, só vivo doente*”. Não obstante, outros pacientes não pareceram muito incomodados com o fardo da obesidade e ofereceram respostas como a de N.F.S., homem, 51 anos: “*É uma doença crônica e muito difícil, fica muito criticado - sofre discriminação, eu acho, - mas vivo tranquilo...*” Nestes poucos casos parecia até ocorrer uma certa acomodação à condição: “*Eu não sei te dizer, na verdade... Eu sei que não é uma coisa boa, no futuro, problema de saúde...*” (N.P.S., 34 anos).

A partir da análise de conteúdo das respostas dos pacientes, foi possível estratificar o impacto geral da doença em três níveis: baixo, moderado e grave. A maioria (90%) situou-se nas faixas de impacto subjetivo moderado e grave. Este parâmetro da análise qualitativa apresentou correlação estatisticamente significativa com todos os aspectos psíquicos levantados: o histórico de transtorno mental ($p=0,039$), o escore no BAI (maior impacto, mais ansiedade; $p=0,045$) e o escore no BDI (maior impacto, mais depressão; $p=0,006$), conforme se pode observar nos gráficos 5 e 6. Por outro lado, este impacto geral subjetivo da doença não demonstrou correlação estatisticamente significativa com parâmetros mais concretos como a renda *per capita* ($p=0,335$) ou o IMC ($p=0,383$).

Tabela 8. Impacto geral da obesidade nos candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Impacto geral da doença	Nº de Pacientes	Percentual
Baixo	4	10
Moderado	17	42,5
Grave	19	47,5

Gráfico 5

Boxplot – Associação do impacto geral da doença com o escore no BAI entre os candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE ($p=0,045$)

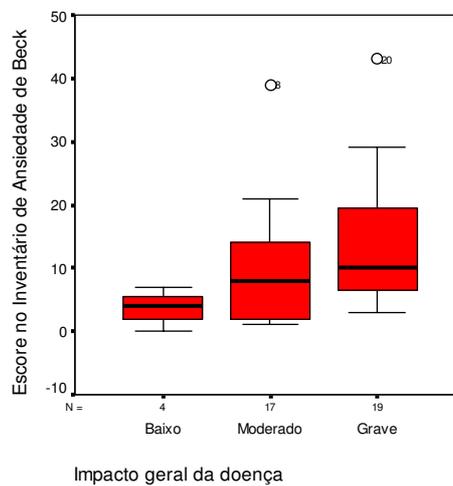
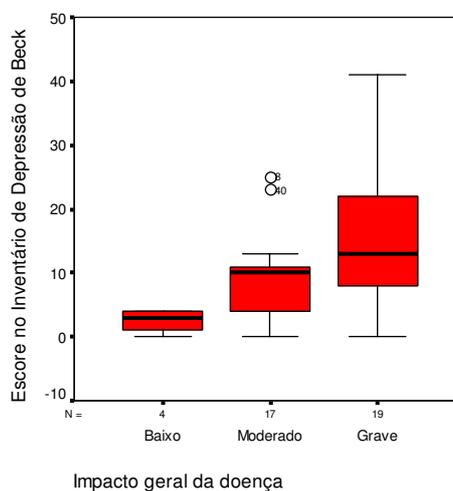


Gráfico 6

Boxplot – Associação do impacto geral da doença com o escore no BDI entre os candidatos à cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE ($p=0,006$)



Para melhor esclarecer este heterogêneo impacto geral da obesidade mórbida foi necessário o estudo em profundidade dos aspectos a seguir: a condição emocional do obeso mórbido, suas atribuições, comprometimento físico e limitações concretas do cotidiano. Após a contemplação de tais questões torna-se possível estabelecer os principais focos da problemática desta população.

5.4.1.1 A condição emocional do obeso mórbido

Na amostra estudada, alguns aspectos emocionais se mostraram particularmente comuns entre os candidatos à cirurgia bariátrica. Uma das características centrais na configuração psicológica dos pacientes segundo seus relatos foi o prejuízo da auto-imagem. No total, 72,5% dos pacientes demonstraram tal dificuldade de alguma forma, nos mais diversos graus. A percepção da doença denotava importantes graus de desconforto com o próprio corpo: *“incomoda muito; me acho muito feia”* (J.M.O., 33 anos). A vergonha foi um sentimento bastante enfatizado entre as mulheres, como I.S.C., 45 anos: *“A gente chega até a ficar triste, se sente envergonhada prá sair, viajar”*. B.B.S., 40 anos, relatou: *“As pessoas me perguntam: ‘você está grávida?’ Não consigo me olhar no espelho”*. Não raro, a obesidade era referida como fonte de limitante estigma, como no caso de S.S.A.M., 44 anos, que dizia que esperava *“deixar de ser anormal para ser normal – não estou sendo eu”*. A gordura podia ser vista como um elemento estranho a ser extirpado: *“Pretendo perder 50kg – um saco de cimento; até mesmo para o meu marido, que me conheceu 50kg a menos”* (J.M.T., 36 anos).

Em complemento a esta condição, pôde-se contemplar a impressão que o obeso supõe dos outros sobre si, em outras palavras: o sentimento de discriminação. Uma parcela de 70% dos sujeitos mencionaram opiniões socialmente desfavoráveis em graus variados. Apresentaram-se prevalentes na população estudada as idéias de desvalia associadas à imagem social do obeso mórbido, com conseqüências diretas sobre a sociabilidade, como coloca M.T.S., 52 anos: *“O jeito que olham, é como se não fosse uma pessoa, só um pedaço de carne grande; quase não saio de casa, só prá igreja e pro médico”*. Mostra-se comum a sensação de desfavorecimento irracional que caracteriza os preconceitos, como supõe S.I.S., 36 anos: *“A gordinha é sempre a última a entrar na fila”*. Eventualmente este desconforto parecia quase tangenciar a paranóia: *“onde chega, o povo fica olhando, zombando; era prá ter a lei de racismo para os gordinhos”* (R.R.S., homem, 34

anos). De fato, é possível inferir que a percepção e queixa deste sentimento de discriminação diga tanto respeito à inserção social quanto à própria personalidade do paciente, podendo ser mais suscetíveis aqueles que se mostram mais dependentes da opinião e reforço externos: *“...quero fazer essa cirurgia; as colegas me dão força... às vezes tem gente que manga”* (R.S., 36 anos).

Outro sentimento prevalente foi o de incapacidade ou aprisionamento, que transpareceu significativamente no depoimento de 57,5% dos candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados. Foram freqüentes as queixas como a de S.S.A.M., 44 anos: *“Estou deixando de fazer tantas coisas que gosto por causa da obesidade.”* R.R.M., homem, 36 anos, descreveu desta forma o que lhe representa a obesidade: *“Uma doença que não tem volta. Conseguir namorada, assento no restaurante, andar de carro, sexo - como posso estudar de novo?”* Por sua vez, S.R.S., 49 anos, resume assim: *“Um gordo tem dificuldade prá tudo.”* Apesar desta afirmação generalizante, o grau de limitação subjetivo provavelmente depende dos próprios recursos adaptativos do indivíduo, parecendo que alguns conseguem efetivamente minimizar suas restrições: *“No momento, fechar as portas para o mercado de trabalho e o lado social - se bem que nunca me retraí.”* (M.M.S., 19 anos). Não é difícil imaginar que tal característica possa influenciar na adesão às mudanças dietéticas necessárias no pós-operatório, basta atentar para falas como a de A.S.S., 26 anos: *“regime é que eu não consigo, tenho que reduzir meu estômago.”*

5.4.1.2 Expressão de atribuições

Os candidatos à cirurgia bariátrica relataram à entrevista variadas preocupações vitais que extrapolavam a obesidade por si só. Estas puderam ser agrupadas em 5 classes principais: atribuições de saúde, ocupação, família, relacionamento e sexo.

As preocupações mais universalmente referidas pelos obesos foram efetivamente as de saúde, que não foram mencionadas por apenas 22,5% dos pacientes à entrevista sumária. Tais atribuições pareciam fundamentadas pelo medo de adoecer (comorbidades) e da morte ou o medo de depender. Assim se observa no relato de S.I.S., 36 anos: *“eu me preocupo muito com esse quadro de diabetes, pressão alta; morria de medo de chegar a esse ponto, e já cheguei”*; bem como M.T.S., 52 anos: *“Antes vinha assustada prá dormir, com medo de sufocar; fica muito dependente”*. As crises respiratórias foram impactantes também para

C.M.S., 28 anos, levando-a a afirmar: *“A cirurgia é o último socorro. Outras coisas, consigo conviver”*.

Uma porção importante (40%) dos candidatos à cirurgia bariátrica referiram espontaneamente preocupações relacionadas a questões ocupacionais. Alguns pacientes consideravam a obesidade como obstáculo básico à condição de funcionalidade e empregabilidade, como S.I.S., 36 anos: *“Prá trabalhar, também atrapalha muito: na roça não pode, no comércio não consegue”*; ou C.P.L., 26 anos: *“Faço curso técnico e tenho certeza do preconceito, que vou ter dificuldade”*. Alguns sujeitos depositavam na cirurgia esperanças de uma vida laborativa melhor, como no relato de M.M.S., 19 anos, sobre o que espera após a cirurgia: *“vou ter mais chance no mercado de trabalho”*.

Um percentual razoável de 20% dos candidatos relataram preocupações referentes a questões de família, em alguns casos intimamente relacionadas ao contexto da obesidade. M.C.N.S., 30 anos, disse: *“Minha família não me apóia (meu pai me abandonou, minha mãe vê em mim a mágoa do meu pai). Ela é que mais tem preconceito. Quando lhe xingam em casa, é o pior.”* Para alguns pacientes, atribuições familiares parecem constituir motivações importantes para a busca do tratamento: *“Sei que é errado viver em função de outra pessoa, mas enquanto não vir minha filha independente...”* (C.M.S., 28 anos). Em outros casos, todavia, podem representar fonte de conflito no caminho das mudanças: *“depois dessa cirurgia, se não tivesse filha, iria viver minha vida só”* (A.S.S., 26 anos). Os 10% de pacientes referindo atribuições familiares em nível importante eram todos do grupo de pré-operatório imediato.

Atribuições de relacionamento foram referidas pelo considerável percentual de 37,5% dos sujeitos. Tanto homens quanto mulheres solteiros atribuíram dificuldades de encontrar um companheiro(a) ao advento da obesidade: R.R.M., homem, 36 anos, falou: *“Magro, você consegue entrar na sociedade; encontrar uma pessoa que goste de você é difícil”*. Por sua vez, algumas mulheres pareciam se queixar da falta de qualidade dos relacionamentos em que se viam envolvidas, e a obesidade era freqüentemente colocada como um obstáculo para desvencilhar-se, conforme relato de C.P.L., 26 anos: *“Minha felicidade está em torno disso; Quero ter filhos; Não posso depender dele; mulher tem de ser independente hoje em dia”*. Mesmo num contato tão sumário, sentimentos de rejeição por parte do marido foram relativamente comuns e ficaram explícitos em relatos como o de M.C.N.S., 30 anos:

“Meu marido não aceita, embora não diga diretamente”. Verificou-se que os 32,5% de pacientes que expressaram importantes atribuições de relacionamento também apresentaram escores mais elevados no BDI ($p=0,003$).

Embora tenham sido abordados numa única oportunidade, o que praticamente impossibilitaria estabelecer intimidade consistente, alguns pacientes (12,5%) mencionaram espontaneamente preocupações no âmbito sexual. Segundo disse R.R.M., homem de 36 anos: *“Obesidade traz sérios problemas. Não dá pra mentir pra si mesmo. Ejaculação precoce.”* As dificuldades das mulheres pareciam relacionar-se à exposição corporal, como no relato de B.B.S., 40 anos: *“Também me prejudica na parte sentimental - fico com vergonha. O desempenho sexual fica ‘zero’.”* Estes pacientes referiam histórico de transtorno mental mais freqüentemente ($p=0,018$) e apresentavam maiores escores nas escalas BAI ($p=0,003$) e BDI ($p=0,018$).

5.4.1.3 Expressão de comprometimento físico

Este aspecto se refere ao impacto de queixas bastante usuais dos pacientes bariátricos: problemas de saúde funcional. O prejuízo na capacidade física envolve sobretudo as dificuldades advindas do peso, dores e cansaço freqüentemente associados à obesidade. Neste sentido, uma cifra importante de 80% dos sujeitos da pesquisa referiu algum grau de comprometimento físico, sendo 17,5% em níveis aparentemente graves, como no caso de A.M.S., 28 anos: *“Minhas pernas incham, meu coração fica agitado. Às vezes me dá tontura que passo meia hora no sofá sem poder levantar. Não posso andar, só vou ao médico de carro.”* As dores ósteo-articulares foram freqüentemente referidas com impacto importante: *“Tem dias de manhã que parece que levei uma surra (dor na coluna)”* (A.S.P., 29 anos). O cansaço também apareceu com peso significativo nas impressões auferidas: *“Você se cansa por muita coisa, por tudo”* (E.G.S., 51 anos).

5.4.1.4 Limitações concretas do cotidiano

Outro importante aspecto típico de relevância na problemática da população de portadores de obesidade grau III diz respeito à confrontação diária com determinados obstáculos práticos bastante prevalentes. Tais limitações concretas foram mencionadas por uma quantidade significativa de candidatos (67,5%), que

freqüentemente lhes atribuíram papel de destaque nesta busca por uma melhor condição de vida.

O obstáculo prático mais largamente mencionado pelos obesos mórbidos (45%) diz respeito aos problemas de vestuário: “*Vai à loja e causa constrangimento, não ter roupa*” (J.M.T., 36 anos). Um quarto dos sujeitos relatou dificuldades de acessibilidade, sobretudo ao utilizar o sistema de transporte público: “*Passo vergonha na ‘borboleta’, fico constrangida, entro em atrito*” (S.R.A., 32 anos). As dificuldades de locomoção foram apontadas por 15%, como L.M.S.A., 56 anos: “*É problema mesmo, para andar e de saúde.*” A dificuldade com cuidados pessoais foi eventualmente referida com impacto marcante: “*eu me sinto muito mal, me sinto fedorenta - tem partes que eu não posso ver nem esfregar direito. Eu me sinto como um bicho*” (S.R.S., 49 anos). Dentre essas limitações concretas expressadas, apenas as dificuldades de locomoção estavam associadas de forma estatisticamente significativa a um maior IMC ($p=0,010$) e à presença de comorbidades clínicas (ao nível de 10%; $p=0,069$).

Tabela 9. Limitações concretas do cotidiano nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Variáveis	Nº de Pacientes	Percentual
Vestuário		
Sim	18	45
Não	22	55
Acessibilidade		
Sim	10	25
Não	30	75
Locomoção		
Sim	6	15
Não	34	85
Cuidados pessoais		
Sim	5	12,5
Não	35	87,5

5.4.1.5 Problemas principais

Após o estudo dos aspectos biopsicossociais sugeridos no discurso de cada paciente à mini-entrevista, foi possível determinar o que parecia se constituir no problema principal de cada candidato. Em alguns casos, não houve predominância aparente entre as dificuldades expostas, sendo assim consideradas mais de uma resposta. Realizando a totalização dos achados, pôde-se classificar os tipos de problemas principais relatados em 5 categorias, a saber (por ordem de freqüência): auto-imagem, saúde, trabalho, condição sócio-interativa e limitações concretas do cotidiano.

Tabela 10. Problemas principais nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

Variáveis	Nº de Pacientes	Percentual
Auto-imagem		
Sim	22	55
Não	18	45
Saúde		
Sim	16	40
Não	24	60
Trabalho		
Sim	13	32,5
Não	27	67,5
Condição sócio-interativa		
Sim	9	22,5
Não	31	77,5
Limitações concretas do cotidiano		
Sim	2	5
Não	38	95

Uma proporção de 55% dos candidatos à cirurgia apresentou na questão da auto-imagem uma dificuldade marcante relatada à entrevista. São pessoas para as quais a obesidade representava acima de tudo uma condição de estigma ou de feiúra, um prejuízo marcante na aparência. A obesidade foi nomeada por estes

candidatos de diversas maneiras: “*incômodo*”, “*anomalia*”, “*transtorno*” ou simplesmente, como disse A.S.S., 36 anos: “*uma coisa muito ruim, sem explicação*”. O próprio corpo era visto como uma desagradável “*embalagem*”, fonte de muito desconforto, tristeza e vergonha. Este problema foi apresentado como principal significativamente mais pelas mulheres ($p=0,041$), conforme se observa na tabela 12. A religião apresentou correlação estatística ao nível de 10%, com tal foco proporcionalmente menos predominante entre os católicos ($p=0,098$).

Tabela 11. Sexo vs. Problema principal: auto-imagem (nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE) ($p=0,041$)

		Problema principal: auto-imagem		Total
		Sim	Não	
Sexo	Masculino	1	5	6
	%	16,7%	83,3%	100,0%
	Feminino	21	13	34
	%	61,8%	38,2%	100,0%
Total		22	18	40
%		55,0%	45,0%	100,0%

Para uma proporção de 40% dos pacientes, a condição de saúde apresentou-se efetivamente como uma questão nuclear à entrevista. São pacientes que se preocupavam com a obesidade sobretudo enquanto “*problema de saúde*”: “*veneno*”, “*hipertensão*” enfim, como disse N.F.S., homem, 51 anos: “*uma doença crônica e muito difícil*”. O fator grupo demonstrou significativa correlação estatística, pois os pacientes em pré-operatório imediato tenderam a ressaltar mais as questões de saúde ($p=0,01$), como se pode observar na tabela 13. Curiosamente, o grupo que referia a saúde como problema central ocupava uma faixa etária inferior ($p=0,025$). Ao nível de significância de 10%, este grupo também apresentou escores mais baixos no BDI ($p=0,086$).

Tabela 12. Grupo vs. Problema principal: saúde (nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE) (p=0,010)

		Problema principal: saúde		Total
		Sim	Não	
Grupo	1	12	8	20
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	2	4	16	20
	%	20,0%	80,0%	100,0%
Total		16	24	40
%		40,0%	60,0%	100,0%

Para aproximadamente um terço (32,5%) dos candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados, um problema central demonstrado dizia respeito à condição de trabalho. Nestes casos, a obesidade foi referida sobretudo como fonte de incapacidade e prejuízo, uma prisão: “*dificuldade*”, “*atrapalho*”, “*algo que impossibilita*” ou simplesmente “*o peso*” ou mesmo “*obesidade*” (J.P.S., 38 anos), curiosamente, numa situação em que a problemática flagrante se restringia à empregabilidade. Esta questão foi significativamente mais valorizada pelo grupo de lista de espera (p=0,002). Como se poderia esperar, relacionava-se diretamente com a situação ocupacional (p=0,007), sendo que apenas uma pessoa economicamente ativa demonstrou a preocupação de trabalho como central. Houve também correlação com o IMC ao nível de 10% de significância (p=0,055), este grupo apresentando uma média superior de IMC (49,8 vs. 45,04).

A condição sócio-interativa pareceu ser um problema central para uma significativa proporção de 22,5% dos candidatos à cirurgia bariátrica. Estes foram nove casos em que as dificuldades mais flagrantes diziam respeito aos relacionamentos com familiares ou parceiros (ou falta dos mesmos) ou mesmo à interação social. Os homens pareceram valorizar tal problema numa proporção mais elevada, embora o tamanho da amostra não permita definir esta hipótese. A presença de comorbidades pareceu afastar este aspecto do foco de atenção (p=0,013). A idade estava significativamente correlacionada ao nível de 10%, sendo o grupo com esta problemática central geralmente mais jovem (p=0,062).

Finalmente, dois casos (5%) dentre os pacientes entrevistados demonstraram sofrimento relacionado primordialmente à existência de limitações concretas do cotidiano. Conforme referia L.M.S.A., 56 anos, a obesidade poderia representar sobretudo *“muito problema, muito problema... Muitas limitações. Uma infinidade de problemas: vestir, andar, ônibus. Tudo, até higiene pessoal. Dona de casa sem poder fazer as coisas”*. Embora se tenha relatado tal atribuição com frequência, raramente ela se mostrou central, não sendo assim possível traçar características estatisticamente significativas neste tamanho de amostra.

5.4.2 O que prevê o obeso

O assunto “cirurgia bariátrica” suscitou reações diversas entre os obesos mórbidos. Esta seção diz respeito primordialmente aos sentimentos, atitudes e circunstâncias expostos no discurso envolvendo a noção do tratamento em curso e as expectativas de mudança referidas.

A forma e o conteúdo das respostas à questão nº 2 (o que prevê após a Cirurgia da Obesidade?) pareciam ser modulados pela própria ânsia de mudança dos candidatos. Como este procedimento implica até certo ponto a realização de uma mutilação deliberada no próprio corpo, os pacientes necessitam suprir-se de vontade consistente para afastar-se radicalmente de rotinas viciosas e minar tendências alimentares disfuncionais consolidadas. À entrevista, cerca de 90% dos candidatos expressaram vontade de alcançar mudanças significativas – como S.R.S., 49 anos: *“Vou viajar, viver coisas que nunca vivi na vida. Vou sumir!”* Alguns relataram metas concretas mais razoáveis, como J.M.T., 36 anos: *“Primeiro, uma qualidade de vida melhor. Pretendo perder 50kg, um saco de cimento.”* Frequentemente o procedimento parecia suscitar entusiasmo, que transpareceu em depoimentos como o de J.M.O., 33 anos: *“é a coisa mais que eu queria na vida!”* Neste sentido, alguns candidatos denotaram um desejo ardente por uma transmutação extrema de vida, por vezes explicitado em metáforas de renascimento: *“Isso é vida de ninguém viver?! Eu não estou com um pingão de medo. Quero ir [morta] e vir com vida.”* (S.R.S., 49 anos). Não obstante, vale mencionar também a minoria (10%) de pacientes pouco estimulados pela idéia de mudar: *“Ter mais saúde. Assim, pro futuro, porque no momento, assim, não estou tão mal”* (N.P.S., 34 anos).

Face à complexidade destas atitudes do obeso grau III quanto ao seu tratamento cirúrgico, cumpre investigar detalhadamente as particulares tensões do processo e a perspectiva do obeso dentro do mesmo, antes de finalmente abordar as expectativas subjacentes reconhecidas nos relatos.

5.4.2.1 As tensões do processo

Tão radical é a mudança de vida proposta pelo procedimento bariátrico que parece improvável atravessar o processo sem vivenciar com ansiedade suas circunstâncias e possibilidades. Neste âmbito, uma proporção de 85% dos candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados mostraram-se francamente otimistas quanto às perspectivas de mudança. Projetos de uma vida melhor através do procedimento perpassaram nos depoimentos como o de M.P.S., 40 anos: *“Prá mim, vai ser uma nova vida, um peso que vai sumindo”*. Para alguns pacientes o alcance da cirurgia implicava uma concepção de vida nova idealizada: *“Eu espero perder peso e levar uma vida muito feliz”* (M.V.S., 50 anos); *“Eu acho que vou me sentir bem melhor prá tudo”* (A.P.S., 32 anos). Alguns pressupõem alterações na própria noção de si mesmos, como R.S., 36 anos: *“O futuro ser melhor, me sentir outra pessoa; Tudo que sentia, não quero sentir mais”*. Não obstante, tal otimismo pareceu mais razoável quando balanceado por uma noção consistente da realidade, como no relato de M.M.S., 19 anos: *“Eu vejo uma oportunidade melhor de saúde; vou ficar não completamente livre, mas vou diminuir o risco de problemas mais graves; e vou ter mais chance no mercado de trabalho”*. Talvez em função da própria personalidade, alguns candidatos à cirurgia bariátrica reconheciam o fardo da doença, mas pelo relato procuravam manter uma vida plena e demonstravam motivação equilibrada, como J.O.R., 35 anos: *“Mais magra, mais fácil; vai melhorar muitas coisas; vai diminuir muitos medicamentos; minha auto-estima, que já é alta, vai estourar! Quando for comprar roupa, dançar, não vou cansar como agora”*.

Sentimentos da esfera do medo envolvendo a cirurgia bariátrica também permearam as expectativas de uma parcela significativa de candidatos (25%), sugeridos em respostas como a de S.R.A., 32 anos: *“Tento não ficar, mas no fundo fico com receio. Estou lutando para melhorar. Sei do risco da cirurgia, mas acho que tenho que fazer. Não passar vergonha.”* O medo da cirurgia ou das mudanças implicadas se revelou por vezes de forma velada, na forma de dúvidas ou contradições: *“Gordinho, saúde ruim... às vezes tem muito magrinho com a saúde*

ruim; tudo é possível” (N.P.S., 45 anos). Por sua vez, A.S.S., 26 anos, relatou: “*a cirurgia não é tudo, depende de você também, mas para mim é tudo*”; logo na seqüência, ela revelou suas circunstâncias pessoais angustiantes subjacentes, fonte de insegurança potencialmente influente no seu engajamento às mudanças: “*Tenho medo; depois dessa cirurgia, se não tivesse filha, iria viver minha vida só, arranjar trabalho. A gente não pode fazer o que tem vontade, mas o que é certo*”. A maioria dos que expressaram medo ou insegurança quanto ao procedimento no discurso estavam na lista de espera (grupo 2).

Outro aspecto psicológico observado à entrevista dos candidatos à cirurgia bariátrica foi a presença de pendências nostálgicas, isto é, um desejo de retorno ao passado que foi expressado com relevo por 20% dos mesmos. Naturalmente, tal característica diz respeito sobretudo às expectativas cirúrgicas daqueles obesos que nem sempre se viram com sobrepeso marcante ao longo de sua vida, guardando íntima relação com mudanças na auto-imagem, como no caso de B.B.S., 40 anos: “*Quero me ver magra, como eu era.*” Neste mesmo âmbito, A.M.M.S., 36 anos, relata seu projeto: “*Eu desejo muito voltar a ter a mesma disposição de vida de antes e, quem sabe, conseguir viver algumas situações de vida que eu não pude por causa desses tabus do sobrepeso*”. Em alguns destes casos, as expectativas pareceram tender à idealização: “*Penso assim em voltar à vida que tinha antes, com saúde, dignidade, auto-estima – uma reviravolta*” (M.C.N.S., 30 anos), ou até mesmo à franca fantasia: “*Eu espero que eu volte ao normal, como era antes; minha vida normal, de criança, nunca vou ser velha*” (E.G.S., 51 anos). Este grupo de pacientes que manifestou nostalgia à entrevista parecia apresentar escore relativamente maior no BAI e alguma associação quanto ao estado civil (nenhum solteiro, mas sim 2/3 dos separados/divorciados e 21,7% dos casados/união estável), porém o tamanho da amostra não permitiu definir estatisticamente tais diferenças.

Enfim, um aspecto peculiar também presente no discurso de 20% destes pacientes foi uma tendência à “repressão da vaidade” quando discorriam a respeito das motivações à cirurgia. Trata-se da supressão explícita das motivações estéticas, conforme exemplificado por R.S., 36 anos: “*Não é por boniteza, mas quero fazer essa cirurgia*”. Em muitos casos este fator foi preterido dos objetivos dos pacientes em favor da primazia da melhoria de saúde, como se vê no relato de R.R.S., homem, 19 anos: “*Eu não sei, a mudança da aparência -, mas nem tanto, é mais a saúde mesmo*”. Com um dos maiores IMC da população estudada (54,07), C.M.S.,

28 anos, esclareceu: *“seria mentira dizer que não penso na estética (toda mulher pensa nisso), mas a minha prioridade é a saúde”*. A despeito da insegurança dos pacientes quanto a afirmá-lo, é possível que a questão estética constitua de fato importante motivação, pois, como bem expôs M.V.S., 50 anos: *“esse lado da vaidade, eu sou casada né... Os problemas vão continuar ali, mas a confiança da gente...”*

5.4.2.2 A perspectiva do obeso para o tratamento

De uma forma geral, pôde-se observar na maioria dos relatos dos candidatos à cirurgia bariátrica uma tendência significativa à passividade, explícita no depoimento de tantos pacientes combalidos e oprimidos pelo fardo de sua doença: *“Um desconforto imenso, uma condição de anormalidade que me deixa de certa forma inibida perante a sociedade”* (A.M.M.S., 36 anos). Alguns podem passar a impressão de serem mesmo reféns da obesidade, como se depreende do relato de candidatos como L.U.R., homem, 25 anos: *“Algo que impossibilita muitas coisas: trabalho (físico), relacionamentos (namorada), cotidiano (catraca)”*.

Embora muitos dos candidatos à cirurgia bariátrica parecessem de fato limitar seu papel à presença nas consultas, uma parcela significativa de 45% dos mesmos denotou engajamento ativo ao tratamento. Demonstraram ciência de suas escolhas e apropriação de suas condições e potencialidades, colocando-se como agentes do processo em algum nível e se implicando diretamente nos resultados, como A.S.P., 29 anos: *“A vida vai ser bem melhor, se eu fizer tudo direitinho”*. Alguns pacientes expuseram em mais detalhe sua intenção de lidar ativamente com todo o impacto da mudança de vida e lutar contra as possibilidades de insucesso, como R.S., 36 anos: *“Assim, pretendo fazer mais prá caminhar mais, não comer mais, jamais voltar a este corpo que eu tenho”*. Este engajamento pode se mostrar essencial na adaptação às mudanças exigidas pelo procedimento bariátrico, como sugerem os próprios pacientes: *“Eu sei do impacto, mas estou consciente do que quero prá mim e vou superar. É tudo uma questão de força de vontade”* (M.V.S., 50 anos).

A cirurgia bariátrica é um procedimento complexo constituído de diversas fases que supõem um envolvimento gradativo dos pacientes, os quais necessitam idealmente de consistente conhecimento sobre o que de fato enfrentarão. A despeito disso, a maioria dos pacientes (62,5%) não chegou a mencionar propriamente qualquer noção concreta do que se passaria no pós-operatório. Talvez a falta de

informação ainda seja uma regra entre os pacientes que procuram um serviço médico para cuidar de sua obesidade. Poucos candidatos pareciam situar-se um tanto melhor graças aos exemplos próximos: *“Estou consciente de tudo que possa acontecer, porque são muitos os casos na minha família”* (C.M.A.S., 36 anos). Não obstante, alguns pacientes demonstraram terem sido nitidamente tocados pelo processo informativo do pré-operatório, como se vê no exemplo de N.F.S., homem, 51 anos: *“Pelo que passei com a psicóloga, tudo vai mudar, com a minha vontade. Saúde, tudo, nova vida”*. De fato, parece natural valorizar este preparo cognitivo dos candidatos, pois alguns se dão conta da própria desinformação apenas ao longo do processo: *“Ocorre muita coisa depois da cirurgia - agora com as reuniões, estou entendendo. Pouca pessoa me explica”* (M.S.S., 26 anos).

5.4.2.3 Expectativas subjacentes

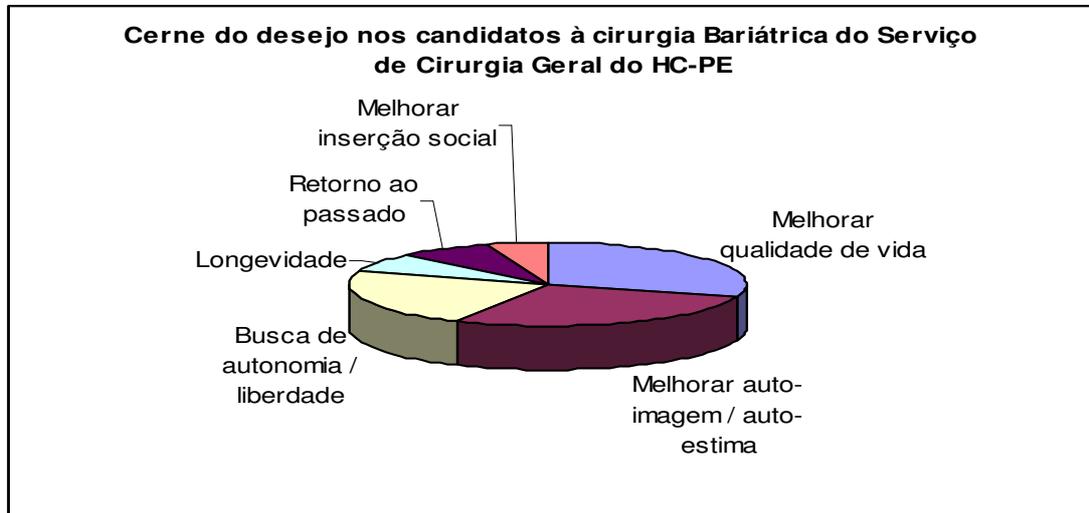
A análise qualitativa do discurso dos pacientes na mini-entrevista semi-estruturada possibilitou esclarecer o que pareciam efetivamente almejar os indivíduos que buscavam a cirurgia bariátrica. Tal aspecto foi o foco subjetivo de investigação da questão nº 2 (“o que prevê após a cirurgia da obesidade?”). Apresentou-se em geral como um desdobramento direto da problemática de cada um – mas foi possível interpretar uma expectativa subjacente específica mesmo nos casos de múltiplos problemas de vulto. Na maior parte destes, a expectativa subjacente foi analisada como: melhorar a qualidade de vida, como um todo. Os outros grupos de expectativas subjacentes foram talvez mais homogêneos, pois indicavam vontade de superação de algum problema em particular. Duas destas expectativas foram comuns: melhorar auto-imagem/auto-estima e busca de autonomia/liberdade; outras três expectativas foram restritas a casos especiais: longevidade, retorno ao passado e melhorar inserção social.

Tabela 13. Expectativas subjacentes nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE

	Nº de Pacientes	Percentual
Melhorar qualidade de vida	12	30
Melhorar auto-imagem / auto-estima	11	27,5
Busca de autonomia / liberdade	9	22,5
Longevidade	3	7,5
Retorno ao passado	3	7,5
Melhorar inserção social	2	5

Gráfico 7

Distribuição das expectativas subjacentes dos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE



Uma parcela de 30% dos pacientes entrevistados esperavam com a cirurgia melhorar sua qualidade de vida. Por se caracterizarem pelo objetivo sugerido de superar múltiplos problemas, sem um foco específico, mostraram-se um grupo especialmente heterogêneo. Assim exemplifica M.S.S., 26 anos, a respeito de suas expectativas pós-cirúrgicas: *“Vai melhorar minha vida: a saúde, principalmente. Vou poder trabalhar. E ninguém vai ter mais preconceito comigo”*. A única variável significativamente correlacionada com esta expectativa subjacente foi o “grupo”, sendo que esta expectativa mostrou-se mais prevalente entre aqueles ainda na lista de espera ($p=0,038$).

A expectativa preponderante de melhorar a auto-imagem ou a auto-estima foi flagrante em 27,5% dos candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados. Demonstraram essa tendência aqueles que tinham preocupações mais salientes com a aparência, apresentando restrições da vida social e mesmo conjugal condicionadas por fortes sentimentos de vergonha do próprio corpo. Como revelou O.L.R.M.P., 28 anos, sobre suas expectativas pós-cirúrgicas: *“Uma sobrevida melhor prá mim. Uma saúde melhor, e a vida. Menos transtornos. A auto-estima também, a minha está bem... Tenho uma família legal, um marido legal, o que mais me causa transtorno é essa minha condição. Ir à praia passear sem ninguém me olhando”*. Não houve correlações significativas para este grupo.

Outra expectativa subjacente demonstrada por uma proporção significativa de 22,5% dos candidatos à cirurgia bariátrica foi a busca de autonomia ou liberdade. Muitos destes pacientes se encontravam atribulados quanto à situação funcional, e viam na cirurgia bariátrica uma chance de sentir-se capazes e úteis, como A.M.S., 28 anos: *“Primeiro lugar, eu andar. Poder trabalhar, vestir as roupas que eu quero. Cuidar dos meus filhos. Cuidar da minha saúde.”* Isso era especialmente reforçado quando o paciente encontrava-se desconfortável em situações de dependência, enxergando na cirurgia bariátrica um meio de afirmação de sua vontade perante familiares ou cônjuges: *“Depois que emagrecer vou conseguir me enquadrar no ambiente de trabalho. Depois que receber alta, 2 anos, eu vou ter meus filhos e quem sabe faço a cirurgia plástica depois. Não posso depender dele; mulher tem de ser independente hoje em dia”* (C.P.L., 26 anos). A situação ocupacional se destaca como definidora deste grupo, uma vez que nenhum paciente economicamente ativo apresentou esta expectativa subjacente ($p=0,008$). Ao nível de 10%, verificou-se correlação estatisticamente significativa com o tempo relativo de obesidade ($p=0,089$), tendo o grupo que busca autonomia/liberdade um percentual mais baixo de anos de obesidade na história de vida.

Determinados candidatos (7,5%) à cirurgia bariátrica com preocupações predominantes na esfera da saúde denotaram no seu discurso um medo mais franco da morte, talvez porque estivessem todos às vésperas do procedimento (grupo 1). Pareciam impelidos à cirurgia bariátrica pela chance de alcançar maior longevidade. Como disse C.M.S., com apenas 28 anos, sobre o que esperava após a operação: *“a minha prioridade é a saúde... penso muito em ver minha filha crescer”*.

Outros candidatos (7,5%) com pendências nostálgicas mais flagrantes pareciam concentrar nesse aspecto a fonte de suas fantasias de pós-operatório. Demonstravam uma espécie de desejo de retorno ao passado, como no caso de S.S.A.M., 44 anos, ao falar sobre suas metas: *“Bem, retornar minha rotina anterior. Estou deixando de fazer tantas coisas que gosto por causa da obesidade. Antes não era hipertensa - apesar de que meu pai era hipertenso.”*

Finalmente, outros 2 candidatos entrevistados (5%) apresentaram seu desejo de submeter-se à cirurgia mais intensamente ligado a expectativas de melhorias na sua condição de inserção social. Em ambos, observaram-se fantasias relacionadas à interação conjugal, mas enquanto A.L.S.R., 38 anos, ainda sonhava em constituir família (*“acho que vou viver agora: arrumar um namorado, casar, ter filhos”*), R.R.S.,

homem, 34 anos, almejava melhorar seu casamento (“*sei lá, estar de melhor com a esposa*”) e também sua imagem social: “*Não vão ficar aquelas críticas (sempre falam mal)*”.

5.5 Súmula das correlações estatisticamente significativas

Segue na tabela abaixo uma súmula das correlações estatisticamente significativas testadas no presente estudo e já expostas nos resultados, a ser discutidas em detalhe na próxima seção.

Tabela 14. Correlações estatisticamente significativas dos parâmetros pesquisados nos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-PE (intervalo de confiança > 90%)

Parâmetros correlatos	p valor
IMC vs. Situação ocupacional (inativos)	0,002
IMC vs. Renda <i>per capita</i> (inversamente)	0,005
IMC vs. Escolaridade (inversamente)	0,025
IMC vs. Proveniência do paciente (interior)	0,003
Histórico de transtorno mental vs. Tempo relativo de obesidade (inferior)	0,032
Escore no BAI vs. Estado civil (separados/divorciados)	0,038
Escore no BAI vs. Presença de DM-II	0,017
Escore no BAI vs. Histórico de depressão	0,003
Escore no BDI vs. Histórico de transtorno mental	0,001
Escore no BDI vs. Histórico familiar de transtorno mental	0,063*
Impacto geral da doença vs. Histórico de transtorno mental	0,039
Impacto geral da doença vs. Escore no BAI	0,045
Impacto geral da doença vs. Escore no BDI	0,006
Atribuições de relacionamento vs. Escore no BDI	0,003
Atribuições sexuais vs. Histórico de transtorno mental	0,018
Atribuições sexuais vs. Escore no BAI	0,003
Atribuições sexuais vs. Escore no BDI	0,018
Limitações de locomoção vs. IMC	0,01

Tabela 15. (continuação)

Parâmetros correlatos	p valor
Limitações de locomoção vs. Presença de comorbidades clínicas	0,069*
Problema principal: auto-imagem vs. Sexo (feminino)	0,041
Problema principal: auto-imagem vs. Religião (não católicos)	0,098*
Problema principal: saúde vs. Grupo (pré-operatório imediato)	0,01
Problema principal: saúde vs. Idade (menor)	0,025
Problema principal: saúde vs. Escore no BDI (inferior)	0,086*
Problema principal: trabalho vs. Grupo (lista de espera)	0,002
Problema principal: trabalho vs. Situação ocupacional (inativos)	0,007
Problema principal: trabalho vs. IMC (superior)	0,055*
Problema principal: condição sócio-interativa vs. Comorbidades (ausência)	0,013
Problema principal: condição sócio-interativa vs. Idade (menor)	0,062*
Expectativa: Melhorar qualidade de vida vs. Grupo (lista de espera)	0,038
Expectativa: Busca de autonomia/liberdade vs. Situação ocupacional (inativos)	0,008
Expectativa: Busca de autonomia/liberdade vs. Tempo relativo de obesidade (inferior)	0,089*

*Nível de significância de 10%

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este estudo procurou esclarecer da forma mais abrangente o perfil biopsicossocial dos indivíduos com obesidade mórbida acompanhados no Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE. Através dos dados demográficos, anamnese clínica, aferição psicopatológica e abordagem das dimensões subjetivas, pode-se agora caracterizar o paciente que busca a cirurgia bariátrica neste serviço.

Sabe-se que os processos de adesão dos indivíduos ao tratamento são influenciados pelas significações da doença e tratamento [115]. Importa sobremaneira o modo como se concebe a doença, ou seja, sua identidade, etiologia, evolução, conseqüências e controlabilidade [116], além da idéia do tratamento, seus efeitos e grau de mudança comportamental exigido. Neste contexto ressalta-se também a relação com os profissionais de saúde, com o sistema de saúde e com os recursos sociais [117]. No âmbito do tratamento da obesidade grau III, o grau de psicopatologia é sugerido como “elemento-chave” para o desenvolvimento de complicações clínicas ou psicológicas na fase pós-cirurgia [64]. Deste modo, algumas variáveis psicológicas e sociais do indivíduo com obesidade mórbida que fazem parte do seu processo de doença devem ser levadas em consideração habitualmente [64,118].

Antes da apreciação dos resultados, merecem atenção as dificuldades metodológicas encontradas neste desenho de estudo. Em princípio, a falta de instrumentos específicos para a pesquisa das características psicológicas da população seria um obstáculo. Os portadores de obesidade grau III buscando tratamento apresentam aspectos peculiares de problemática psíquica, não sendo suas dificuldades especiais efetivamente contempladas pelos instrumentos de pesquisa consagrados somente. Desta forma, impôs-se a necessidade da mini-entrevista qualitativamente analisada. Emergem daí limitações pela condição eminentemente subjetiva da avaliação de muitos dos parâmetros de interesse. A fim de minimizar a influência de possíveis pontos de viés, buscou-se ao máximo a uniformidade das condições externas. Todos os sujeitos foram entrevistados apenas pelo próprio pesquisador, sempre dentro do espaço do ambulatório de cirurgia geral. Para minimizar as expectativas a respeito das informações a ser reveladas e aumentar o grau da exposição e sua fidelidade, os sujeitos foram levantados sem

aviso prévio da entrevista biopsicossocial a realizar-se, sendo convidados a participar do estudo e esclarecidas as finalidades do mesmo apenas ao momento da entrevista. Quando da assinatura do termo de consentimento, foi enfatizada em linguagem acessível a finalidade puramente científica da pesquisa e isenção de influência sobre o transcurso do tratamento. A intenção inicial era de que os sujeitos da pesquisa fossem todos os pacientes operados no período de coleta de dados predeterminado, porém após a obtenção de uma casuística reduzida (20 pacientes), foi preciso levantar a segunda metade dos casos no ano seguinte. Enquanto a primeira parte foi avaliada na semana imediatamente anterior à admissão hospitalar para submeter-se à cirurgia eletiva, a outra metade foi levantada durante uma consulta pré-cirúrgica rotineira na lista de espera. Os dois grupos de pesquisa assim gerados permitiram uma avaliação das distinções psíquicas relacionadas à iminência da cirurgia.

A respeito da caracterização sócio-demográfica, constatou-se o seguinte perfil de paciente típico: mulher adulta (27 a 43 anos de idade), em união estável, católica, economicamente inativa, nível educacional de baixo a médio e baixo poder aquisitivo. Algumas destas características como a religião, renda e escolaridade parecem refletir o perfil da clientela do HC-UFPE de uma forma geral. Por sua vez, a predominância de mulheres é habitual na demanda aos serviços de cirurgia da obesidade. Apesar das pessoas economicamente inativas (donas-de-casa e desempregados) terem sido maioria entre os sujeitos da pesquisa, este estudo não permite inferir que a obesidade mórbida por si esteja associada a esta situação ocupacional. Existe a hipótese de que talvez este grupo de pacientes se veja mais suscetível ao impacto da doença, tendendo por isso a procurar ajuda sob a pressão deste aspecto, enquanto outros obesos funcionalmente ativos não se vejam instados a buscar mudanças.

Não obstante, observou-se que estes obesos profissionalmente inativos apresentaram níveis de IMC superiores, podendo indicar que exista efetivamente uma associação entre o nível de obesidade e a condição ocupacional. Talvez em correspondência com essa ilação, verificou-se que os pacientes de faixa de renda mais elevada tendiam a apresentar IMC mais baixo. Tal aspecto deve ser moderado pelo achado de que também apresentaram menor IMC os pacientes de maior escolaridade.

Os pacientes provenientes do interior do estado demonstraram também IMC mais elevado; nesta condição a distância poderia ser suposta como um obstáculo ao tratamento, pois os pacientes do Grande Recife parecem buscar tratamento com doença em nível menos grave. Este dado enseja a necessidade de políticas de saúde pública voltadas para a interiorização de tratamentos de alta complexidade ou de facilitação do acesso aos mesmos.

Uma proporção de 20% declarou história de transtorno mental, notadamente depressão (15%); apenas 7,5% declarou história de transtornos de ansiedade. Uso de substâncias psicoativas foi relativamente raro na população. Os pacientes com histórico psiquiátrico apresentavam menor tempo relativo de obesidade, podendo assim até se levantar a hipótese de umnexo causal entre ambos os eventos. Não se observou qualquer correlação do IMC com o histórico psiquiátrico, em que pese o fato de que estes antecedentes referidos pelo próprio paciente provavelmente careçam de precisão.

Na literatura, estudos que utilizaram uma entrevista clínica estruturada levantaram que cerca de 50% dos candidatos referiam história de transtornos do humor (incluindo Depressão Maior ou Distímia) ou de transtornos de ansiedade (incluindo Transtorno de Ansiedade Generalizada ou Fobia Social) ao longo da vida [20-22,41,42].

Em contraste com a baixa quantidade de transtornos de ansiedade declarados, uma parcela de 42,5% dos pacientes apresentou níveis significativos de escore na BAI, com 17,5% de ansiedade moderada ou grave. Além da amostra reduzida, tal achado deve ser em parte contrabalançado pelo fato de que muitos dos sintomas físicos de ansiedade previstos na escala BAI podem se confundir com complicações da própria obesidade (por exemplo, "sensação de calor" ou "dificuldade de respirar"). Esta situação suscita a necessidade de desenvolvimento de instrumentos de avaliação mais específicos para a população em questão. Em todo caso, o escore na BAI se correlacionou com o estado civil dos candidatos, sendo maior entre os separados / divorciados, o que pode indicar um efetivo impacto psicopatológico associado a estas circunstâncias.

Por sua vez, a prevalência de 47,5% de sintomatologia depressiva clinicamente significativa no BDI é digna de relevo. Neste caso, houve associação direta com o histórico declarado de transtorno mental, além de alguma correlação com o histórico de transtorno mental na família. Neste âmbito pode-se supor a

influência de fatores tanto genéticos quanto ambientais (interativos) na problemática afetiva da população. A questão nº 19 do BDI levantou que uma maioria dos candidatos à cirurgia bariátrica não estava seguindo dieta para perda de peso, mesmo na presença de comorbidades clínicas como HAS e DM, o que ratifica a idéia de uma postura predominantemente passiva desta população frente ao tratamento.

Wadden e cols. [43] compararam mulheres com obesidade grau III buscando cirurgia bariátrica a outras com obesidade graus I-II em controle comportamental do peso. Reportaram naquelas a presença significativa de mais sintomas de depressão, além de um histórico de complicações psiquiátricas que incluíam abuso sexual e físico e maior estresse relacionado à saúde física e questões financeiras / legais. Face a esta situação, recomenda-se a todos os médicos lidando com obesos mórbidos, no mínimo, rastrear depressão através de uma breve entrevista [43,73,119] ou de um questionário de auto-preenchimento tal como o próprio BDI [116], empregado neste estudo.

Kalarchian e cols. [120] avaliaram 288 indivíduos buscando cirurgia bariátrica e verificaram que aproximadamente 66% dos participantes tinham histórico de ao menos um transtorno de eixo I, sendo que 38% preenchiam critérios diagnósticos no momento da cirurgia, e isto se relacionava positivamente ao IMC. Além disso, 29% preenchiam critérios para um ou mais transtornos do eixo II. Ambos tipos de comprometimento estavam relacionados com escores mais baixos na SF-36, ou seja, com um estado funcional de saúde rebaixado.

Em um estudo brasileiro com 50 obesos procurando tratamento, Matos e cols. [23] observaram uma importante freqüência de sintomas de depressão grave (84%), bem mais elevada do que a registrada nos estudos em países desenvolvidos. Levantou-se a hipótese de que tal diferença resultasse das disparidades sócio-econômicas entre as populações, ou do estresse relacionado à expectativa da cirurgia. Também se verificou elevada freqüência de sintomas de ansiedade, e se observou uma associação positiva dos distúrbios alimentares e a ansiedade enquanto traço, mas não estado. Tal associação está de acordo com outros estudos, alguns dos quais sugerindo que os distúrbios de ansiedade precedem os distúrbios alimentares [121,122].

Os parâmetros levantados pela análise qualitativa geraram informações minuciosas a respeito do perfil psicossocial dos portadores de obesidade mórbida

que buscam tratamento no HC-UFPE. A respeito do impacto geral da doença, encontrou-se uma associação significativa com o perfil psiquiátrico dos sujeitos mas não com os parâmetros clínicos como o próprio IMC. Os achados indicaram que se mostravam subjetivamente mais prejudicados pela obesidade os pacientes deprimidos e ansiosos (ou com histórico de transtorno mental), e não necessariamente os mais obesos por si só. Isto indica que a simples escuta do relato dos pacientes a respeito de sua vida já pode ser o suficiente para sugerir, através deste grau de impacto subjetivo, a necessidade de atenção psiquiátrica específica. De fato, os pacientes com níveis mais elevados de ansiedade e depressão pareciam explicitar francamente a sua condição de conturbação interna. Se a maioria dos candidatos à cirurgia bariátrica expressou contradições, inquietações e angústia em algum nível à entrevista, as escalas apenas corroboraram fielmente o que as palavras já tinham sugerido.

Embora não diretamente aferida pelo presente estudo, a baixa qualidade de vida constitui importante referência a respeito dessa baixa adaptação à obesidade sugerida pela entrevista dos candidatos mais ansiosos e deprimidos. De fato, o comprometimento da qualidade de vida associada ao elevado índice de comorbidade (i.e., DM-II, HAS, apnéia noturna, problemas ósteo-articulares etc.) dos obesos grau III tem sido referida em diversos estudos [24,123-125]. Os pacientes freqüentemente relatam que a abrangência e severidade de seus comprometimentos são seus mais fortes motivadores na busca da cirurgia bariátrica. Prejuízos na qualidade de vida relacionada à saúde podem concorrer para o aumento dos sintomas de depressão entre candidatos à cirurgia bariátrica [48]. Em congruência a este achado, Mauri e cols. [24], em um estudo com 282 candidatos, atestaram pobre qualidade de vida, não relacionada com o gênero ou IMC, porém significativamente pior em indivíduos com transtornos mentais de eixo I ou II associados.

Vários autores referem diversas complicações psicológicas associadas à obesidade. Por exemplo, Stunkard e Wadden [154] referem a distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, discriminação / hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares / conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade / revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absenteísmo,

psicossomatismo, entre outros. Muitas destas características transpareceram no estudo qualitativo dos relatos dos candidatos à cirurgia bariátrica do HC-UFPE.

O aspecto psicológico que se apresentou mais nítido e comum no perfil dos candidatos à cirurgia bariátrica foi o prejuízo da auto-imagem, demonstrado por 72,5% dos entrevistados. Por sua vez, o sentimento de discriminação perpassou significativamente em muitos depoimentos, relativamente mais entre os homens, que talvez sejam mais suscetíveis ou apenas mais desconfiados quanto ao estigma social. Por outro lado, o sentimento de incapacidade ou aprisionamento expressado estava intimamente relacionado à condição ocupacional; desempregados e donas-de-casa pareceram atribuir grande parcela de suas dificuldades funcionais à própria obesidade. Este estudo, entretanto, não permite discernir se esta incapacidade subjetiva é antes fonte ou conseqüência destes prejuízos funcionais.

Conforme demonstrado, as atribuições dos obesos mórbidos da amostra puderam ser enquadradas em 5 categorias: saúde, ocupação, família, relacionamento e sexo. Os problemas de saúde foram de longe os mais constantemente referidos, talvez em função do próprio contexto da entrevista. Em seguida, foram prevalentes as atribuições espontaneamente declaradas com a situação ocupacional, o que reforça a importância da problemática da inserção sócio-funcional desta população. As atribuições familiares foram relatadas por 20% dos sujeitos, e pareciam ressaltar-se com a proximidade da cirurgia. É possível inferir que a real possibilidade de mudança traga à tona questões mais profundas relacionadas ao foro afetivo mais íntimo dos pacientes, e que talvez uma parcela maior dos candidatos esteja de fato "hibernando" num contexto familiar conturbado.

Outro importante aspecto psicossocial foram as atribuições de relacionamento, que foram referidas por pacientes com níveis mais elevados de depressão, indicando possível correlação causal. Da mesma forma, a explicitação de dificuldades na esfera sexual, embora pouco freqüente na amostra (talvez fosse mais exposta num contexto pessoal mais consistente), demonstrou associação importante com maiores níveis de psicopatologia, tanto depressiva quanto ansiosa. Muitos pacientes se apresentam à cirurgia bariátrica com a expectativa de que a perda ponderal vai melhorar seus relacionamentos maritais e sexuais, ao passo que outros temem que as mudanças no seu peso e formato corporal possam desestabilizar estes relacionamentos [20,22]. Houve poucos estudos empíricos nesta questão, mas a maior parte das evidências sugerem que a qualidade e satisfação

nos relacionamentos estão mais propensas a melhorar do que deteriorar [21,22,41]. Adicionalmente, este impacto da cirurgia parece ser uma função da qualidade do relacionamento pré-existente [104]. Problemas maritais no pós-operatório são mais provavelmente atribuíveis a um pobre relacionamento no pré-operatório do que aos efeitos da cirurgia. Relacionamentos não-problemáticos parecem manter-se estáveis ou melhorar.

Pouco se sabe sobre os efeitos da perda ponderal cirurgicamente induzida sobre a função e satisfação sexual. Pessoas extremamente obesas reportaram maior comprometimento na qualidade de vida sexual do que suas contrapartes menos obesas [126], e os indivíduos obesos – particularmente as mulheres – parecem ser estigmatizados como potenciais parceiros sexuais [127]. Além disso, pesquisadores têm demonstrado que anormalidades metabólicas relacionadas à obesidade estavam associadas à disfunção sexual e que a função erétil melhorou em cerca de um terço dos homens que perderam peso com modificação de estilo de vida [128,129]. Dados estes achados, poder-se-ia esperar melhora na qualidade de vida sexual em homens (e talvez mulheres) extremamente obesos após a cirurgia bariátrica. Estudos controlados são necessários para testar esta hipótese.

A atividade física foi a área mais desfavoravelmente afetada dentro da baixa qualidade de vida encontrada no estudo de Travado e cols. [40]. Analogamente, no presente estudo o comprometimento físico (peso, dores, cansaço) foi mencionado espontaneamente pela ampla maioria dos pacientes, e aqueles com graves queixas físicas apresentavam limitações na situação ocupacional (todos economicamente inativos).

A condição de carregar peso excessivo pode impedir até mesmo as mais básicas funções físicas e tarefas de cuidado pessoal. Numerosas investigações têm verificado que indivíduos extremamente obesos reportam comprometimento significativo na realização de atividades tais como andar, subir escadas, tomar banho e vestir-se [130,131], e que tais dificuldades estão entre os aspectos mais angustiantes de sua obesidade [132]. As grandes perdas ponderais alcançadas com a cirurgia bariátrica parecem normalizar o funcionamento físico e outros aspectos de qualidade de vida. No presente estudo, foram freqüentemente referidas importantes limitações concretas do cotidiano, desde cuidados pessoais até locomoção, porém não demonstrando associação com a psicopatologia dos candidatos. As mais prevalentes, de vestuário e acessibilidade, também pareceram não ter correlação

com parâmetros clínicos. O mesmo não se pode afirmar das dificuldades de locomoção, que foram declaradas sobretudo nos casos de IMC mais elevado e na presença de comorbidades, com inegável impacto na qualidade de vida destes obesos mais graves em geral. Após a cirurgia, perda ponderal e melhoramentos no funcionamento físico podem também associar-se a reduções significativas na dor relacionada ao peso e correção (ou melhora) das anormalidades posturais relacionadas ao peso que limitam a mobilidade [133].

Embora se pudesse esperar que todos os obesos que busquem o tratamento bariátrico estivessem francamente motivados para a mudança, as constatações da entrevista foram heterogêneas a respeito das emoções e sentimentos relacionados à vontade de operar-se. A maioria se mostrou bastante otimista quanto aos resultados da cirurgia, porém nem sempre de uma forma equilibrada pela noção consistente das reais condições de viabilidade de seus projetos, resultando em eventuais idealizações. A maioria também não explicitou qualquer noção prática do que lhes sucederia e, mais importante, alguns pacientes expressaram medo ou insegurança significativos a respeito do procedimento e suas conseqüências, demonstrando conflitos que pareciam enfraquecer o engajamento ao tratamento. Como se sabe, o uso da obesidade como defesa no enfrentamento de situações de vida ou até mesmo como fuga destas pode ser um complicador e fator gerador de ansiedade, justificando a enorme dificuldade de emagrecimento em alguns pacientes [35,134]. No presente estudo, o contexto pessoal do candidato, em que pese sobretudo sua situação afetiva, parecia intimamente relacionado a estes sinais de ansiedade mais explícita no pré-operatório.

Assim como a adaptação à obesidade, a atitude quanto ao tratamento provavelmente depende da estrutura de personalidade de cada paciente. O auto-direcionamento é um dos componentes fundamentais do caráter, consistindo na capacidade de conciliar contradições internas e desempenhar-se com autonomia, objetividade e auto-estima. Quando a obesidade assume a forma subjetiva de uma condição crônica de infortúnio martirizante incontornável, pode-se ceder à tentação de comprazer-se em aguardar por uma resolução externa milagrosa para o problema. O auto-direcionamento está na contra-mão deste sentimento de incapacidade ou aprisionamento já estudado, e parece funcionar como um antídoto contra o fatalismo e vitimização que freqüentemente acometem os que sofrem de graves doenças crônicas como a obesidade grau III. Assim sendo, pode vir a ser

fundamental para uma real cumplicidade dos pacientes com o seu tratamento no pós-operatório, essencial para o sucesso na mudança de estilo de vida. De qualquer maneira, o presente estudo ratificou a literatura que sugere a tendência de muitos pacientes obesos em desejarem ser participantes passivos no seu tratamento [135].

Hierarquizando a problemática de todos os pacientes foi possível determinar qual era o problema principal que de fato os conduziu em busca da resolução cirúrgica. A auto-imagem foi o mais prevalente, majoritariamente valorizado pelas mulheres. Talvez isso se explique por simples correspondência com os valores do contexto social, que tende a demandar mais da aparência entre elas. Fatores estéticos, não raro, são os maiores motivadores na busca pela cirurgia bariátrica, reforçados pelos preconceitos típicos [136]. Em concordância com este dado da literatura, neste estudo uma grande parte dos pacientes com esta problemática preponderante parecia de fato buscar a cirurgia no afã de melhorar sua auto-estima ou simplesmente a aparência. A religião foi um fator sócio-cultural curiosamente associado, uma vez que entre os católicos a auto-imagem foi problema principal para a minoria.

A peculiar “repressão da vaidade” explicitada em uma parcela significativa de 20% dos relatos pode indicar uma crença de que seja moralmente reprovável submeter-se à cirurgia bariátrica com interesses plásticos, sendo estes preteridos em função de outros supostamente mais “nobres”, como as preocupações com a saúde. A ambição estética, supostamente fútil numa clientela hospitalar, é porém perfeitamente congruente com os valores de nossa sociedade. Pôde-se constatar que tal desejo pareceu estar arraigado em muitos candidatos de contextos pessoais diversos, mesmo os mais fisicamente doentes, e pode-se supor que represente até uma importante motivação na dedicação às mudanças de vida necessárias. Melhora da imagem corporal está provavelmente associada com progresso no funcionamento social, como verificado no estudo SOS [83]. Numa avaliação de 2 anos, pacientes tratados cirurgicamente reportaram ficar significativamente menos atribulados do que os participantes-controle em eventos como ir a restaurantes ou atividades comunitárias, comprar roupas, ou ser vistos em trajes de banho. Eles também reportaram satisfação significativamente maior com relacionamentos pessoais.

O grupo que teve na saúde o problema central referido tendeu a se concentrar numa faixa etária mais jovem, indicando talvez uma maior necessidade de receber suposta aprovação dos profissionais de saúde, ou simplesmente a

ausência de outros fardos emocionais que se acumulam ao longo da vida (o que se reforça pelo achado de níveis também menores de depressão neste grupo). Estas questões de saúde foram focalizadas predominantemente no grupo de pré-operatório imediato, talvez em função da emergência de fantasias de lesão corporal pela iminência do procedimento cirúrgico. Curiosamente, medo/insegurança quanto ao procedimento foi explicitado com mais freqüência no grupo da lista de espera. Possivelmente este temor foi sublimado em favor de um ideal da cirurgia no grupo em pré-operatório imediato. Por outro lado, aí eventualmente transpareceu um medo velado da morte, reforçado nos casos que denotavam a busca de longevidade como expectativa subjacente central. Não deve ter sido casual o achado de que estes pacientes que sugeriam primordial vontade de prolongar a vida demonstravam níveis mais baixos de depressão.

Pode-se imaginar que pessoas com significativas limitações em suas habilidades funcionais e mobilidade tenham seu funcionamento ocupacional prejudicado. Além disso, o importante estigma relacionado ao peso pode também limitar as oportunidades ocupacionais dos indivíduos extremamente obesos [46]. Os candidatos à cirurgia bariátrica têm reportado significativas melhorias no pós-operatório em atividades relacionadas ao trabalho. Duas revisões encontraram clara evidência de melhorias no status ocupacional, bem como no nível do emprego, desempenho e satisfação após a cirurgia bariátrica [21,41]. No presente estudo, a situação de trabalho foi problema central para um terço dos pacientes, notadamente mais os da lista de espera (talvez por estarem inseridos em sua plena situação corriqueira), naturalmente mais entre os economicamente inativos. Apesar do IMC também tipicamente mais elevado entre estes pacientes tidos como incapazes e dependentes, não se pode deixar de levar em conta a baixa escolaridade (correlacionada, mas não estatisticamente comprovada) como fator de confusão, já que se trata de aspecto sabidamente impactante na empregabilidade. Como conseqüência, uma boa parte dos pacientes obesos mórbidos com estas características parece buscar através da cirurgia uma maior autonomia e liberdade, mas talvez assim estejam estreitando demais o caminho para tanto. Por outro lado, este grupo não apresentou qualquer correlação com a psicopatologia.

Um grupo restrito de pacientes mais nostálgicos centrava sua expectativa subjacente numa fantasia de retorno ao passado, habitualmente sob a idéia de recuperar uma auto-imagem ou senso de capacidade pregressos. Este grupo,

apresentando IMC abaixo da média, constituiu-se de indivíduos separados e divorciados, curiosamente – talvez indicando que o desejo de resgate do passado vai além dos aspectos puramente clínicos da obesidade, sugerindo outra vez a importância das condições afetivas nas expectativas dos candidatos. Alguns estudos indicam que a fase de desenvolvimento na qual tem início a obesidade faz diferença na evolução pós-operatória, isto é, aqueles que eram magros e depois tornaram-se obesos tendem a recuperar uma imagem de seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância têm mais dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem [137].

Os mais jovens predominaram entre aqueles de problemática mais voltada para questões sócio-interativas, talvez em parte pela menor presença de comorbidades clínicas que tipicamente afastavam este foco de atenção. Por outro lado, a carência afetiva de fato deteve peso importante, já que a maioria destes pacientes encontrava-se sem parceiro e atribuía este fato mormente à obesidade, enquanto outros tantos casados se viam às voltas com relacionamentos conturbados. Este grupo talvez mereça especial atenção, uma vez que este foco de dificuldade pode ser mais difícil de resolver apenas com a cirurgia bariátrica.

Finalmente, uma parcela importante de 30% dos pacientes expôs problemas de forma equilibrada em múltiplas esferas e parecia desejar com a cirurgia melhorar sua qualidade de vida como um todo. Esta classe heterogênea demonstrou correlação estatística apenas com a variável grupo: a maioria se encontrava às vésperas da cirurgia.

Ainda merecem atenção alguns aspectos psicológicos de relevo que não foram abordados categoricamente nos resultados da análise qualitativa em função da baixa frequência à entrevista, mas que ilustram condições de interesse clínico.

Sentimento de culpa ou punição a respeito da obesidade pôde ser apontado no depoimento de uma paciente, M.M.F., de 59 anos: “*Se fosse o tempo de hoje, acho que não pegava o corpo que desenvolvi. Hoje tem outros métodos para saber como se deve agir.*” Como uma proporção de 32,5% dos pacientes indicou sofrer de algum nível deste sentimento na questão específica do inventário BDI, é natural presumir que este aspecto seja de fato mais prevalente, podendo talvez revelar-se à luz de uma história de vida mais consistente, num contexto de um acompanhamento psicoterapêutico.

Sentimentos de frustração vital emergiram em alguns relatos que em princípio valorizavam a repercussão física da obesidade, como no caso de L.M.M.S., 49 anos: *“Muita doença. Sem coragem de fazer as coisas. As pernas doem. É tanta coisa! A gente não pode ter coragem de varrer uma casa. Tive uma crise de vesícula esta semana, faz medo de estrangular. Moleza, dor-de-cabeça, mal-estar, queimor, azia”*. Seu sofrimento parecia ter raízes mais profundas pois, embora não tenha denotado ciência da fonte de sua angústia, revelou uma conturbada condição emocional ao falar de suas expectativas pós-cirúrgicas: *“Saúde, né? Só isso mesmo. Ter coragem de viver. Tem dias que só vem coisa ruim na minha cabeça, pensamento de suicidar. Demora muito a cirurgia?”*. Foi o único caso de franca exposição de algum grau de ideação suicida na amostra, e também a condição de mais forte sentimento de culpa ou punição referido no BDI porém não explicitado claramente à entrevista.

Aspectos de negação da doença ou de sua gravidade foram sugeridos no relato de alguns pacientes, como J.P.S., homem, 38 anos: *“A obesidade – no começo não sentia nada, agora está me atrapalhando”*. Em tais situações, a exemplo do que ocorre com outras doenças crônicas, a busca de tratamento para a obesidade parece ter sido procrastinada até que se deparasse com inexoráveis obstáculos: *“No começo não ligava muito, displicente. Quando entrei em crise de hérnia, fiquei inválida – e decidi cuidar de minha saúde. Não quero ser mais assim”* (S.R.A., 32 anos). É possível que tal característica se relacione a uma atitude mais ambivalente face ao tratamento, potencialmente prejudicial no pós-operatório (como ocorre com outras doenças graves de penoso controle). Isso pode ser sugerido pelo relato de M.F.M.S., 50 anos, que descreveu desta maneira a sua condição: *“O peso... Muita gente discrimina. Não ligo não, já fui magra, gorda, mas... as pessoas olham - não me incomoda muito não...”* Logo em seguida, pareceu superestimar os obstáculos ao procedimento quando questionada sobre as expectativas do tratamento: *“Aí é outro problema né... Converso com as pessoas que fizeram... Meu problema é o remédio líquido, fico com ânsia de vomitar (meu Deus!). Tenho que pegar alguém prá fazer os serviços de casa e tomar conta dos netinhos. Não gosto de leite ou chá, dizem que é necessário...”*

Tendo o presente estudo flagrado a complexidade biopsicossocial dos candidatos à cirurgia bariátrica, cumpre reforçar a importância da minuciosa avaliação e abordagem pré-operatória individualizada destes pacientes, visando a uma indicação mais embasada e precisa do momento propício à realização da

cirurgia. Conforme proposto por Travado e cols. [39], o presente estudo permite recomendar um protocolo de abordagem psicológica pré-operatória estruturada em 3 linhas de trabalho: (1) avaliação e caracterização psicológica de cada paciente, com emissão de parecer técnico sobre as condições mentais deste para realização de cirurgia, que inclui critérios clínicos de psicopatologia e de motivação, colaboração e responsabilidade do paciente face ao processo de tratamento e mudanças associadas; com base nestes definem-se graus de prioridade para a realização de cirurgia, tendo em consideração a estabilidade emocional do paciente e sua adesão aos requisitos do tratamento, ou o seu encaminhamento para consulta de especialista prévio ao mesmo; (2) psico-educacional, sobre os requisitos do tratamento nas suas diversas vertentes (biopsicossocial), com ênfase no papel do doente, e modificação de crenças mal-adaptativas face à cirurgia e processo de tratamento; (3) obtenção de um compromisso / contrato esclarecido de participação ativa no tratamento por parte do doente. Este compromisso é um acréscimo ao tradicional “consentimento Informado” e pretende contribuir para uma maior conscientização, participação ativa e responsabilidade do paciente no processo de tratamento e suas decisões, mantendo o seu valor simbólico como “documento” [40]. A proposta de realização de cirurgia seria, assim, coadjuvada por uma abordagem de cunho cognitivo-comportamental que implica a modificação de significações e comportamentos mal-adaptativos associados à obesidade mórbida.

A esta altura, é importante ressaltar o impacto biopsicossocial positivo da cirurgia na ampla maioria dos casos. Diversas áreas de funcionamento parecem ser favoravelmente afetadas pela perda ponderal após a cirurgia bariátrica. No estudo SOS [83], foi encontrada uma melhora da qualidade de vida, dos parâmetros cardíaco-respiratórios (dor torácica, dispnéia, apnéia do sono e HAS) [138] e metabólicos (DM-II e dislipidemias) [139] associados a uma perda substancial de peso induzida pela cirurgia. Em um estudo de acompanhamento de 57 pacientes, Shiri e cols. [140] observaram por sua vez um impacto positivo da cirurgia bariátrica em várias dimensões psicológicas, incluindo maior apreciação de vida, senso aumentado de força pessoal e melhor relacionamento com os outros.

Os resultados promissores não significam que os pacientes não necessitem de correto acompanhamento psicológico e psiquiátrico nas diversas fases do tratamento bariátrico. As características psicológicas dos indivíduos com obesidade mórbida indicam a existência de fatores de risco de saúde mental, que poderão ser

reduzidos com uma abordagem multidisciplinar, prevenindo e atuando sobre a condição biopsicossocial [45]. Com efeito, o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico podem ser decisivos para a adaptação aos novos hábitos fundamentais. Mais do que aliviar sintomas de ansiedade e depressão, os profissionais da saúde mental podem auxiliar o paciente a se conhecer e a se compreender melhor, a aderir de forma mais consciente ao tratamento, estimulando a sua participação efetiva no processo de emagrecimento – em última análise, envolvendo-o e tornando-o responsável pela criação de sua nova identidade [82].

Essa estruturação adaptativa favorável pode parecer em princípio improvável perante o rol de prejuízos enfrentados cronicamente pelo obeso grau III, como M.P.L., 33 anos: *“É ruim para comprar uma roupa. Fica ruim de contratar a gente, acham que não vai fazer o serviço. Prisão de ventre, pressão alta, diabetes, tudo isso prejudica.”* Vale notar, entretanto, que junto à cirurgia o principal caminho pode repousar no próprio potencial dos pacientes de construir sua vida melhor com iniciativa, pragmatismo e equilíbrio, como já previa a mesma M.P.L.: *“Mais a idéia de andar, ficar na dieta, prá emagrecer melhor. As doenças de pressão alta, diabetes não vão chegar tão cedo na gente depois do tratamento. Trabalho, posso até... pender prá outros lados, prá ter um extra. Conseguir um trabalho de carteira assinada e terminar a faculdade. Sei que não é um milagre, mas vai ajudar 50%. Os outros 50% é por minha conta”.*

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Sumarizando os achados do presente estudo, a respeito dos candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE pôde-se constatar:

- Perfil do paciente típico: mulher adulta (27 a 43 anos de idade), em união estável, católica, economicamente inativa, nível de escolaridade de fundamental a médio, renda *per capita* até 1 SM, IMC médio de 46,6 kg/m², portadora de comorbidade (sobretudo HAS);
- Associação significativa do IMC com a situação ocupacional (inativa), renda mais baixa, menor escolaridade e expressão de limitações de locomoção;
- Nível clinicamente significativo de sintomatologia ansiosa em 42,5% e depressiva em 47,5% dos pacientes, congruente com o impacto da doença sugerido ao discurso;
- Associação da psicopatologia depressivo-ansiosa com atribuições de relacionamento e sexuais espontaneamente referidas;
- Impacto biopsicossocial da obesidade: prejuízo da auto-imagem, sentimento de discriminação, sentimento de incapacidade e aprisionamento, comprometimento físico e limitações concretas no cotidiano;
- Atitude dos candidatos face ao tratamento: otimista, porém predominantemente passiva, eventualmente insegura ou idealizadora, reforçada pela noção geralmente pouco consistente das condições reais;
- Cinco problemas principais do obeso grau III (em ordem de freqüência): auto-imagem, saúde, trabalho, condição sócio-interativa e limitações concretas do cotidiano;
- Seis categorias independentes de expectativas subjacentes do obeso grau III (em ordem de freqüência): melhorar qualidade de vida, melhorar auto-imagem/auto-estima, busca de autonomia/liberdade, longevidade, retorno ao passado e melhorar inserção social. Condições psicossociais nitidamente influentes em todas estas categorias;
- Os pacientes na lista de espera valorizam os problemas de trabalho e esperam melhorar sua qualidade de vida como um todo; a iminência da cirurgia ressalta atribuições familiares, e os pacientes tendem a colocar a saúde como problema central nesta etapa.

Com o esclarecimento em profundidade da real problemática, motivações e perspectivas dos obesos mórbidos face ao tratamento, este estudo pôde colocar em evidência a importância de um preparo minucioso dos candidatos quanto ao reconhecimento de sua problemática pessoal e elaboração de suas noções práticas e participação ativa no processo terapêutico. Ficou patente que a obesidade grau III constitui exemplo de interação mente-corpo-ambiente atrelada dinamicamente ao processo saúde-doença em todas as fases. Sem a abordagem dos aspectos mais intrínsecos da vida e comportamento de cada um dos pacientes, a possibilidade de efetuar as essenciais reformulações no padrão de comportamento alimentar e estilo de vida poderá ficar ameaçada, ou ainda depender de expectativas potencialmente frustráveis pela via cirúrgica pura, nomeadamente as freqüentemente sonhadas alterações da situação ocupacional e afetiva sócio-familiar. Atuando em estreita aliança com a pessoa do paciente obeso mórbido, pode-se efetivamente ajudá-lo a lançar luz sobre a própria situação vital, suas particulares carências, tendências e idiosincrasias não raro ignoradas, porém indissociáveis da complexa e diversificada patologia que se externa como obesidade grau III. Através do reconhecimento do indivíduo por trás da gordura pode-se mais efetivamente tratar as prevalentes alterações psicopatológicas e objetivar mudanças nas suas distorções comportamentais. Assim procedendo, tornar-se-á viável estabelecer metas pós-cirúrgicas realistas e consistentes que impliquem a perene dedicação do agente principal das transformações: o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COUTINHO W. Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999;43:21-67.
2. PÓVOA LC. Custo da obesidade. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. *Obesidade*. São Paulo: Lemos editorial; 1998. p. 55-67.
3. SEGAL A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A, Mancini MC. *Manual de obesidade: para clínicos e outros especialistas*; 2002. p. 121-142.
4. World Health Organization [WHO]. *Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO; 1997.
5. GARRIDO JÚNIOR AB. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. *Obesidade*. São Paulo: Lemos editorial; 1998. p. 331-41.
6. ALLISON DB, FONTAINE KR, MANSON JE, et al. Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA* 1999;282:1530-8.
7. CALLE EE, RODRIGUEZ C, WALKER-THURMOND K, et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003;348:1625-38.
8. DOWLING C. *Compulsive Eating: A Disturbance in the Brain*. In: Dowling C, *You Mean I Don't Have To Feel This Way? New Help for Depression, Anxiety, and Addiction*. Bantan Books, New York, 1993 pp 106-126.
9. VAIDYA V. Psychosocial aspects of obesity. *Adv Psychosom Med*. 2006;27:73-85.
10. SEGAL A, FANDIÑO J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002, 24 (3): 68-72.
11. FANDIÑO J, BENCHIMOL AK, COUTINHO WF. et al. *Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos*. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 2004, 26(1):47-51.
12. ADAMI GF, GANDOLFO P, BAUER B, SCOPINARO N. Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int J of Eat Disords* 1995; 17:45-50.

13. GREENBERG I. Psychological aspects of bariatric surgery. *Nutr Clin Pract*. 2003 Apr;18(2):124-30.
14. DELGADO CALVETE C, MORALES GORRIA MJ, MARURI CHIMENO I, RODRIGUEZ DEL TORO C, BENAVENTE MARTIN JL, NUNEZ BAHAMONTE S. Eating behavior, body attitudes and psychopathology in morbid obesity. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002 Nov-Dec;30(6):376-81.
15. LANG T, HAUSER R, SCHLUMPF R, KLAGHOFER R, BUDDEBERG C. Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding. *Schweiz Med Wochenschr*. 2000 May 20;130(20):739-48.
16. BECK AT, BROWN G, EPSTEIN N, STEER RA. An inventory for measuring clinical anxiety. *J Consult Clin Psychol* 56, 893-7, 1988.
17. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
18. KHAODHIAR L, BLACKBURN GL. Health benefits and risks of weight loss. In: Björntorp P, editor. *International textbook of obesity*. Chichester: John Wiley & Sons; 2001. p. 413-40.
19. SEGAL A. *Obesidade e co-morbidade psiquiátrica: caracterização e eficácia terapêutica de atendimento multidisciplinar na evolução de 34 pacientes Tese Doutorado*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
20. WADDEN TA, SARWER DB, WOMBLE LG, FOSTER GD, MCGUCKIN BG, SCHIMMEL A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Sur Clin North Amer* 2001; 81: 1001-24
21. HERPERTZ S, KIELMANN R, WOLF AM, et al. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes* 2003;27:1300-14.
22. SARWER DB, WADDEN TA, FABRICATORE AF. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005;13:639-48.
23. MATOS MI, ARANHA LS, FARIA AN, FERREIRA SR, BACALTCHUCK J, ZANELLA MT. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Rev Bras Psiquiatr* 2002 Oct 24(4).
24. MAURI M, RUCCI P, CALDERONE A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb;69(2):295-301.
25. Benedetti C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor; 2003.

26. BLACK DW, GOLDSTEIN RB, MASON EE (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), 227-234.
27. GLINSKI J, WETZLER S, GOODMAN E (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
28. SARWER DB, COHN NI, GIBBONS LM, MAGEE L, CRERAND CE, RAPER SE, ROSATO EF, WILLIAMS NN, WADDEN TA. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2004 Oct;14(9):1148-56.
29. LANG T, HAUSER R, SCHLUMPF R, KLAGHOFER R, BUDDEBER C (2000). Psychische komorbidität und lebensqualität von patienten mit morbider adipositas und wunsch nach gastric banding. *Schweiz Med Wochenschr*, 130, 739-748.
30. FLAHERTY D, JANICAK PG. *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
31. FRANQUES A. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor; 2006.
32. HELLER DCL, KERBAUY RR. Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimento com uma população de baixa escolaridade. *Rev Bras Ter Comp Cog*. 2000;2(1):31-52.
33. CORMILLOT AF. *Obesidade*. Buenos Aires: Médica Panamericana;1977.
34. CHIMICATI E. *Obesidade: uma doença do afeto*. 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 2005.
35. KAHTALIAN A. *Obesidade: um desafio*. In: Mello Filho J, org. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed; 1992. p. 273-8.
36. ABREU CN, ROSO M, et al. *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista, novas fronteiras da prática clínica*. Artmed, Porto Alegre, 2003.
37. STUNKARD A, MENDELSON M. Obesity and the body image: characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *Am J Psychiatry* 1967;123:1296-300.
38. SARWER DB, WADDEN TA, FOSTER GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:651-4.
39. SARWER DB, THOMPSON JK, CASH TF. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:69-87.

40. TRAVADO L, PIRES R, MARTINS V, VENTURA C, CUNHA C. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica* 2004;3(XXII):533-550
41. BOCCHIERI LE, MEANA M, FISHER BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res* 2002;52(3):155-65.
42. VAN HOUT GC, BOEKENSTEIN P, FORTUIN FA, et al. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg* 2006;16:787-94.
43. WADDEN TA, UTRYN ML, SARWER DB, et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Obesity* 2006;14(Suppl 2):90S-8S.
44. SWENSON WM, PEARSON JS, OSBORNE D. An MMPI source book: basic item, scale and pattern data on 50,000 medical patients. Minneapolis (MN): University of Minnesota Press;1973.
45. ONYIKE CU, CRUM RM, LEE HB, LYKETSOS CG, EATON, WW. Is Obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey *Am J Epidemiol*. 2003;158(12):1139-47.
46. PUHL R, BROWNELL KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 2001;9:788-805.
47. WADDEN TA, STUNKARD AJ. Social and psychological consequences of obesity. *Ann Intern Med* 1985;103:1062-7.
48. FABRICATORE AN, WADDEN TA, SARWER DB, FAITH MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005 Mar;15(3):304-9.
49. ALLISON KC, STUNKARD AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:55-67.
50. YANOVSKI SZ, NELSON JE, DUBBERT BK, et al. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150:1472-9.
51. PETRIBU K, RIBEIRO ES, OLIVEIRA FM, et al. Binge eating disorder in a population of morbid obese candidates to bariatric surgery at the Oswaldo Cruz University Hospital in Recife, PE. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006 Oct;50(5):901-8.
52. RIBEIRO ES, OLIVEIRA FM, BRAZ CI, et al. Transtorno de compulsão alimentar periódica e perfil sociodemográfico dos obesos mórbidos à espera de Cirurgia

Bariátrica. Apresentado como Tema Livre na XXII Jornada Pernambucana de Psiquiatria. Recife-PE, Agosto de 2005.b

53. MAGGARD MA, SHUGARMAN LR, SUTTORP M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005;142:547-59.

54. BENOTTI PN, FORSE RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg* 1995;169:361-7.

55. BROLIN RE, KENLER HA, GORMAN RC, et al. The dilemma of outcome assessment after operations for morbid obesity. *Surgery* 1989;105:337-46.

56. MACLEAN LD, RHODE BM, SAMPALIS J, et al. Results of the surgical treatment of obesity. *Am J Surg* 1993;165:155-9.

57. SUGERMAN HJ, LONDREY GL, KELLUM JM. Weight loss with vertical banded gastroplasty and Roux-Y gastric bypass for morbid obesity with selective vs. random assignment. *Am J Surg* 1989;157:93-102.

58. SUGERMAN HJ, STARKEY JV, BIRKENHAUER R. A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. *Ann Surg* 1987;205:613-24.

59. SJOSTROM L, LINDROOS AK, PELTONEN M, et al. Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-93.

60. FRANQUES ARM (2003). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: Participação do psicólogo. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 75-79). São Paulo: Editora Atheneu.

61. GARNER DM, & WOOLEY, SC (1991). Confronting the failures of behavioral and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-780.

62. DELIN CR, ANDERSON PG (1999). A preliminary comparison of the psychological impact of laparoscopic gastric banding and gastric bypass surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 9, 155-160.

63. RABNER JG, GREENSTEIN RJ (1991). Obesity surgery: Expectation and reality. *International Journal of Obesity*, 15, 841-845.

64. VALLEY V, GRACE DM (1987). Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: Identifying guidelines for screening. *International Journal of Obesity*, 11, 105-113.

65. DIGREGORIO JM, MOOREHEAD MK (1994). The psychology of bariatric surgery patients: A clinical report. *Obesity Surgery*, 4, 361-369.

66. SANNEN I, HIMPENS J, LEMAN G (2001). Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 11, 605-608.
67. BENNOTI P, MARTIN L (2004). Preoperative evaluation and preparation of bariatric surgery candidates. In L. F. Martin (Ed.), *Obesity Surgery* (pp. 95-109). New York: McGraw-Hill.
68. SEGAL A (2003). Seguimento dos aspectos psíquicos. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp.287-292). São Paulo: Editora Atheneu.
69. ZIMMERMAN M, FRANCIONE-WITT C, CHELMINSKI I, et al. Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psychiatry*. 2007 Oct;68(10):1557-62.
70. CHARLES SC (1987). Psychiatric evaluation of morbidly obese patients. *Gastroenterology Clinics of North America*, 16 (3), 415-432.
71. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. (DSM-V-TR), Washington, 2002.
72. FABRICATORE AN, CRERAND CE, WADDEN TA, et al. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006;16:567-73.
73. WADDEN TA, SARWER DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity* 2006;14(Suppl 2):53S-62S.
74. HERPERTZ S, KIELMANN R, WOLF AM, et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res* 2004;12:1554-69.
75. WALFISH S, VANCE D, FABRICATORE AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg*. 2007 Dec;17(12):1578-83. Epub 2007 Nov 14.
76. ASBS - American Society for Bariatric Surgery. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity. <http://www.asbs.org/html/ration.html> Updated 04/06/98, Reviewed 04/08/98.
77. CORDÁS TA. Participação do Psiquiatra na Fase Perioperatória. In: *Obesidade Mórbida e Afecções Associadas*. In: Garrido Junior AB. *Cirurgia da Obesidade*, São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.73
78. SEGAL A, LIBANORI HT, AZEVEDO A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg* 2002;12(4):598-601.
79. NIH Consensus Statements. *Gastrointestinal surgery for severe obesity*, 1991.

80. Patient selection for bariatric surgery, International Federation of Surgery for Obesity (IFSO) <http://www.obesity-online.com/ifso>
81. DAVIDSON T, ROHDE P, WASTELL C. Psychological Profile and Outcome in Patients Undergoing Gastroplasty for Morbid Obesity. *Obes Surg*. 1991 Jun;1(2):177-180.
82. FRANQUES AR. Sobre o Comportamento e cognição. In: Arruda RTC (ed) *Obesidade mórbida e intervenção*, ESETEC Editores Associados, pp. 335, 2003
83. KARLSSON J, SJOSTROM L, SULLIVAN M. Swedish obese subjects (SOS): an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22(2):113-26.
84. POWERS PS, ROSEMURGY A, BOYD F, PEREZ A. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg* Dec 1997;7(6):471-7.
85. KALARCHIAN MA, WILSON GT, BROLIN RE, BRADLEY L. Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eat Weight Disord* 1999;4(1):1-5.
86. WEINER R, DATZ M, WAGNER D et al.. Quality-of-life outcome after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg* 1999;9(6):539-45.
87. MADDI SR, FOX SR, KHOSHABA DM, HARVEY RH, LU JL, PERSICO M. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 2001;11(6):680-5.
88. VALLIS TM, BUTLER GS, PEREY B, VAN ZANTEN SJV, MACDONALD AS, KONOK G. The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty. *Obes Surg* 2001;11(6):716-25.
89. DIXON JB, DIXON ME, O'BRIEN PE. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. *Obes Surg* 2002;12(1):65-71.
90. MAMPLEKOU E, KOMESIDOU V, BISSIAS Ch, PAPAKONSTANTINOOU A, MELISSAS J. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg*. 2005 Sep;15(8):1177-84.
91. ANDERSON T, LARSEN U. Dietary outcomes in obese patients treated with a gastroplasty program. *Am J Clin Nutr* 1989;50:1328-40.

92. MACLEAN LD, RHODE BM, SHIZGAL HM. Nutrition following gastric operations for morbid obesity. *Ann Surg* 1983;198:347-55.
93. MISKOWIAK J, HONORE K, LARSEN L, et al. Food intake before and after gastroplasty for morbid obesity. *Scand J Gastroenterol* 1985;20:925-8.
94. NASLUND I, JARNMARK I, ANDERSON H. Dietary intake before and after gastric bypass and gastroplasty for morbid obesity in women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1988;12:503-13.
95. KENLER HA, BROLIN RE, CODY RC. Changes in eating behavior after horizontal gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Am J Clin Nutr* 1990;52:87-92.
96. LINDROOS AK, LISSNER L, SJOSTROM L. Weight change in relation to intake of sugar and sweet foods before and after weight reducing gastric surgery. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20:634-43.
97. MOIZE V, GELIEBTER A, GLUCK ME, et al. Obese patients have inadequate protein intake related to protein intolerance up to 1 year following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2003;13:23-8.
98. ELKINS G, WHITFIELD P, MARCUS J, SYMMONDS R, RODRIGUEZ J, COOK T. Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005 Apr;15(4):546-51.
99. LEAL CW, BALDIN N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2007;29(3), Porto Alegre.
100. SULLIVAN M, KARLSSON J, SJOSTROM L, et al. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with obesity. In: Bjorntrop P, editor. *International textbook of obesity*. London: John Wiley and Sons; 2001. p. 485-510.
101. DIXON JB, DIXON ME, O'BRIEN PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med* 2003;163:2058-65.
102. WATERS G, PORIES W, SWANSON M, et al. Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *Am J Surg* 1991;161:154-7.
103. KODAMA K, NODA S, MURAKAMI A, et al. Depressive disorders as psychiatric complications after obesity surgery. *Psych and Clin Neurosc* 1998;52:471-476.
104. RAND CS, KULDAU JM, ROBBINS L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA* 1982;247:1419-22.
105. LARSEN F. Psychological function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. *Acta Psychiatric Scand Suppl*. 1999;359:1-57.

106. RYDEN O, HEDENBRO J, FREDERIKSEN S. Weight Loss After Vertical Banded Gastroplasty Can Be Predicted: A Prospective Psychological Study. *Obes Surg*. 1996 Jun;6(3):237-243.
107. AVERBUKH Y, HESHKA S, EL-SHOREYA H, FLANCAUM L, GELIEBTER A, KAMEL S, PI-SUNYER FX, LAFERRERE B. Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2003 Dec;13(6):833-6.
108. VAN HOUT GC, VERSCHURE SK, VAN HECK GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005;15:552-60.
109. CLARK MM, BALSIGER BM, SLETTEN CD, et al. Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. *Obes Surg* 2003;13:739-45.
110. HSU LK, BENOTTI PN, DWYER J, ROBERTS SB, SALTZMAN E, SHIKORA S et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med* 1998;60(3):338-46.
111. HIGA KD, BOONE KB, HO T. Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1,040 patients ? what have we learned? *Obes Surg* 2000;10:509-13.
112. ADAMS TD, GRESS RE, Smith SC. Mortalidade em longo prazo após cirurgia de bypass gástrico. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):753-61.
113. DONG C, LI W-D, Li D, et al. Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *Int J Obes* 2006;30:388-90.
114. CARPENTER KM, HASIN DS, ALLISON DB, et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000;90:251-7.
115. TURK D, MEICHENBAUM D (1991). Adherence to self-care regimens: The patient's perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 249-267). New York: Plenum Press.
116. LEVENTHAL H, NERENZ DR, STEELE DJ (1984). Illness representations and coping with health threats. In Baum, Taylor, & Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp.219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
117. REIS J. Modelo metateórico da psicologia da saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*. 1999;17(3):415-433.
118. KINZL JF, TRAWEGER C, TREFALT E, BIEBL W (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 13 (1), 105-110.

119. WADDEN TA, FOSTER GD. Weight and lifestyle inventory (WALI). *Obesity* 2006;14(Suppl2):99S-118S.
120. KALARCHIAN MA, MARCUS MD, LEVINE MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):328-34.
121. THORNTON C, RUSSEL J. Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J Eat Disord* 1997;21(1):83-7.
122. TSIVIL'KO MA, KORKINA MV, BRIUKHIN AE, BUSHENINA SD, LINEVA T. Obsessive phobic disorders in anorexia and bulimia nervosa. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1997;97(3):16-9.
123. SULLIVAN MB, SULLIVAN LG, KRAL JG (1987). Quality of life assessment in obesity: Physical, psychological, and social function. *Gastroenterology Clinics of North America*, 16 (3), 433-442.
124. LARSEN F. Psychological function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. *Acta Psychiatric Scand Suppl*. 1999;359:1-57.
125. FAVRETTI F, O'BRIEN PE, DIXON JB (2002). Patient management after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, 184, 38S-41S.
126. KOLOTKIN RL, BINKS M, CROSBY RD, et al. Obesity and sexual quality of life. *Obesity* 2006;14:472-9.
127. CHEN EY, BROWN M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obes Res* 2005;13:1393-7.
128. ESPOSITO K, GIUGLIANO D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res* 2005;17:391-8.
129. ESPOSITO K, GIUGLIANO F, DI PALO C, et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978-84.
130. LARSSON UE, MATTSSON E. Perceived disability and observed functional limitations in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1705-12.
131. LARSSON UE, MATTSSON E. Functional limitations linked to high body mass index, age and current pain in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:893-9.
132. DUVAL K, MARCEAU P, LESCELLEUR O, et al. Health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Surg* 2006;16:574-9.

133. PELTONEN M, LINDROOS AK, TORGERSON JS. Musculoskeletal pain in the obese: a comparison with a general population and long-term changes after conventional and surgical obesity treatment. *Pain* 2003;104:549-57.
134. MELLO FILHO JA. Winnicott: psicanálise em transicionalidade em Donald Winnicott estudos. Porto Alegre: Artmed; 1991.
135. RANDOLPH, J (1986). Enhancing psychosocial adaptation to gastric portioning for morbid obesity. *CMAJ*, 134 (15), 1359-1361.
136. WOOLEY SC, WOOLEY OW, Dyrenforth S. The case against radical interventions. *Am J Clin Nutr*. 1980;33 Suppl 2:465-71.
137. NUNES, APOLINARIO, ABUCHAIM, et al. Transtornos alimentares e obesidade, ArtMed, Porto Alegre, 1998.
138. KARASON K, LINDROOS AK, STENLÖF K, SJÖSTRÖM L Relief of Cardiorespiratory symptoms and increased physical activity after surgically induced weight loss: result from the SOS Study. *Arch Intern Med* 2000;160:1797-802.
139. SJÖSTRÖM CD, LISSNER L, WEDEL H, SJÖSTRÖM L . Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obes Res* 1999; 7:477- 84.
140. SHIRI S, GUREVICH T, FEINTUCH U, BEGLAIBTER N. Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007 May;17(5):663-8.

ANEXOS

10. ANEXOS

Anexo 1 – Ofício nº 104 do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Ficha de Identificação Biopsicossocial

Anexo 4 – Ficha de Avaliação Subjetiva (mini-entrevista semi-estruturada)

Anexo 5 – Inventário de Ansiedade de Beck

Anexo 6 – Inventário de Depressão de Beck



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 104/2007 - CEP/CCS

Recife, 15 de maio de 2007

Registro do SISNEP FR – 123422

CAAE – 0022.0.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 024/07

Título: “Associação da ansiedade e depressão com o prognóstico pós-cirúrgico em obesidade”

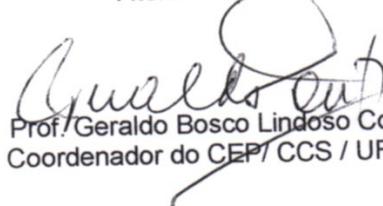
Pesquisador Responsável: José Vieira de Lima Filho

Senhor Pesquisador:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 15 de maio de 2007.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (30/03/2008).

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao
Mestrando José Vieira de Lima Filho
Dep. de Neuropsiquiatria – CCS/UFPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa:

1. Título do protocolo de pesquisa: **Associação da Ansiedade e Depressão com o Prognóstico Pós-Cirúrgico em Obesidade**
2. Pesquisador: José Vieira de Lima Filho
3. Cargo/Função: Médico Psiquiatra
4. Inscrição no conselho regional: 14.527 / PE
5. Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

RISCO MÍNIMO

6. Duração da pesquisa: 1 ano.

II – Explicações ao paciente ou seu representante legal sobre a pesquisa:

O objetivo deste trabalho é estudar o quanto a ansiedade e depressão podem afetar a melhoria da saúde após a cirurgia da Obesidade. Você está sendo convidado a participar da pesquisa. Sua participação é de livre e espontânea vontade. Caso aceite participar deste estudo, será perguntado sobre informações gerais de sua vida e saúde e preencherá fichas sobre seu estado emocional, durante aproximadamente 30 minutos. Prestarei esclarecimentos se você tiver dificuldade no entendimento das perguntas em qualquer momento.

- **Riscos** da Pesquisa: Como se trata de assuntos pessoais, é possível que aconteça algum tipo de desconforto ou mal-estar para você. Se após esta entrevista você entender que gostaria de receber algum atendimento psicológico ou psiquiátrico, será prontamente encaminhado para profissional responsável. De todo modo, devemos esclarecer que seu tratamento completo neste hospital não será afetado por sua decisão de participar ou não desta pesquisa.

- **Benefícios** da Pesquisa: Através de suas respostas pessoais você poderá ajudar a ciência a desenvolver conhecimento e beneficiar a sociedade com um melhor entendimento sobre a Obesidade, doença tão frequente em todo o mundo, e sua relação com o estado mental dos pacientes.

III – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre direitos do sujeito da pesquisa:

Em qualquer momento durante o estudo poderemos tirar dúvidas que você venha a ter. Eu garanto que as informações produzidas serão mantidas em lugar seguro e a identificação das pessoas só poderá ser feita pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades de ensino, não serão mostradas informações que possam vir a identificá-lo. Você poderá solicitar seu desligamento do presente projeto a qualquer momento.

IV- Observações complementares:

Eu entendo que poderei obter mais informações com Dr. José Vieira Filho, que está apto a solucionar minhas dúvidas, através do telefone 8828-2606. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto, que poderá afetar a minha participação na sua continuidade.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa.

Como tenho dificuldade para ler o escrito acima (SIM / NÃO), atesto também que o entrevistador, durante a leitura cuidadosa desse documento, esclareceu as minhas dúvidas e concordei em participar do estudo.

Recife, ____ de _____ de 2007

Assinatura do voluntário

Testemunhas

Assinatura do pesquisador / Carimbo / CRM

Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM O
PROGNÓSTICO PÓS-CIRÚRGICO EM OBESIDADE

I – IDENTIFICAÇÃO

Ficha n.º _____ Data ___/___/___ Reg. N.º (HC/PE): _____
Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Fone: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

II – DADOS PESSOAIS

- Sexo: (1) M (2) F
- Idade: _____ anos (Data de nascimento ___/___/___)
- Cor: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Outra _____
- Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado/União Estável (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo
- Escolaridade: (1) Analfabeto (2) EFC (3) EFI (4) EMC (5) EMI (6) ESC (7) ESI
- Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Nenhuma (5) Outra _____
- Atividade profissional atual: (1) Sim (2) Não Tipo de atividade: _____
- Renda familiar: R\$ _____ N.º de dependentes: _____ Renda per capita: _____
- Biometria: Altura (m): _____ Peso (kg): _____ IMC (kg/m²): _____

III – ANTECEDENTES

- Tempo de Obesidade: _____
- Tempo de tratamento clínico para Obesidade: _____
- Comorbidades clínicas? (1) Sim (2) Não Quais: _____
- Possui antecedente de transtorno psiquiátrico? (1) Sim (2) Não Qual: _____
- Alguém na família com algum transtorno psiquiátrico? (1) Sim (2) Não Qual: _____
- Uso de Substâncias: (1) tabagismo (2) álcool (3) outra droga (_____) (4) não utilizou

ASSOCIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM O PROGNÓSTICO PÓS-
CIRÚRGICO EM OBESIDADE- AVALIAÇÃO SUBJETIVA

1. O que a Obesidade representa para você?

2. O que prevê após a Cirurgia da Obesidade?



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trêmulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensação de desmaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rosto afogueado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suor (não devido ao calor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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.**

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total.