

Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico

Isabel Silva

Universidade Fernando Pessoa – Portugal

José Pais-Ribeiro

Helena Cardoso

Universidade do Porto – Portugal

Resumo: Urge perceber se a cirurgia de obesidade (gastrobandoplastia e o *bypass* gástrico) tem repercussões ao nível psicológico, no comportamento alimentar e na qualidade de vida dos doentes com obesidade grave ou mórbida que a ela são submetidos. Nosso objectivo foi comparar a qualidade de vida, ansiedade, depressão, apoio social, tipos de motivação e percepção de competência quanto ao tratamento para emagrecer, percepção do clima dos cuidados de saúde e comportamento alimentar em indivíduos antes e depois de terem sido submetidos a tratamento cirúrgico para a obesidade (nomeadamente a gastrobandoplastia ou *bypass* gástrico). A amostra de conveniência constituída por 24 mulheres foi avaliada, através de uma bateria de questionários, em dois momentos distintos: antes da cirurgia e após o tratamento cirúrgico. As participantes foram avaliadas no contexto de uma entrevista pessoal quando se dirigiam ao hospital para consultas, após o seu consentimento informado. De acordo com os resultados, após a cirurgia, verificam-se uma melhoria de qualidade de vida das doentes e uma diminuição da ansiedade e da depressão. As doentes apresentam ao longo do tratamento (antes e depois da cirurgia) uma boa percepção do apoio social, sentem-se motivadas intrinsecamente e razoavelmente competentes para implementar o tratamento, sentem que o clima dos cuidados de saúde é de apoio e não apresentam comportamentos alimentares não normativos, não havendo diferenças significativas ao nível destas variáveis psicológicas entre os dois momentos de avaliação. A cirurgia de obesidade tem importantes repercussões ao nível da qualidade de vida (geral e específica) e a nível psicológico, nomeadamente no que diz respeito à ansiedade e depressão, sendo importante aprofundar a análise das restantes variáveis psicológicas com um estudo de uma amostra mais ampla.

Palavras-chave: obesidade; qualidade de vida; ansiedade; depressão; tratamento cirúrgico.

OBESITY SURGERY: QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL VARIABLES BEFORE AND AFTER SURGICAL TREATMENT

Abstract: It is urgent to understand if obesity surgery (gastrobandoplasty and gastric bypass) has repercussion in psychological domain, eating behaviour and quality of life of patients submitted to it. The objective answered to compare quality of life, anxiety and depression, social support, type of motivation and perceived competence to engage in weight loss programs, relationship with the health care team and eating behaviour before and after obesity surgery (gastrobandoplasty or gastric bypass). A convenience group of 24 women answered to a set of psychological instruments before being submitted to obesity surgery and after the surgery (gastrobandoplasty or gastric bypass). Participants answered to the questionnaires, after their informed consent, in the context of a personal interview, when they went to the hospital for consultations. Results revealed that after obesity surgery occurs an improvement on quality of life, anxiety and depression. Through out treatment process (before and after the surgery), patients revealed to have a good perception of social support, to present intrinsic motivation to enrol in weight loss treatment, to perceived themselves as competent to do the treatment, to feel the health care as supportive and they did not reported non-normative eating patterns. Data analysis reveals that there are no significant differences between the two assessment moments concerning social support, motivation and perceived competence for weight loss treatment, relationship with the health care team and concerning eating behaviour. Obesity surgery (gastrobandoplasty and gastric bypass) have important repercussion in quality of life (generic and specific) and in psychological domain, namely in what concerns to anxiety and depression symptoms. It will be important to explore more deeply the other psychological variables targeted by the present research, studying a larger group of participants.

Keywords: obesity; quality of life; anxiety; depression; surgical treatment.

CIRURGIA DE OBESIDAD: CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Resumen: Es urgente comprender si la cirugía de obesidad (gastrobandoplastia y *bypass* gástrico) repercute a nivel psicológico en el comportamiento alimentar y en la calidad de vida de los pacientes con obesidad grave o mórbida que son sometidos a ella. El objetivo fue comparar la calidad de vida, ansiedad, depresión, apoyo social, tipos de motivación y percepción de competencia relativamente al tratamiento para adelgazar, percepción del clima de los cuidados de salud y comportamiento alimentar en individuos antes y después de haber sido sometidos a tratamiento quirúrgico para la obesidad (gastrobandoplastia ou *bypass* gástrico). Muestra de conveniencia constituida por 24 mujeres, evaluada a partir de una batería de cuestionarios, en dos momentos distintos: antes da cirugía y después del tratamiento quirúrgico. Las participantes fueron evaluadas en el contexto de una entrevista personal cuando se dirigían al hospital para realizar una consulta, después de obtener su consentimiento informado. Los resultados muestran una mejoría de la calidad de vida después de la cirugía de las pacientes, así como una disminución de la ansiedad y de la depresión. A lo largo del tratamiento (antes y después de la cirugía) las pacientes presentan una buena percepción de apoyo social, se sienten motivadas intrínsecamente y razonablemente competentes para implementar el tratamiento, sienten que un clima de los cuidados de salud de apoyo y no presentan comportamientos alimentares no normativos, no habiendo diferencias significativas en estas variables psicológicas entre los dos momentos de evaluación. La cirugía de obesidad tiene importantes repercusiones en la calidad de vida (general y específica) y a nivel psicológico, más concretamente en lo que se refiere a la ansiedad y depresión, siendo importante analizar más profundamente las restantes variables psicológicas con un estudio utilizando una muestra más amplia.

Palabras clave: obesidad; calidad de vida; ansiedad; depresión; tratamiento quirúrgico.

Introdução

A prevalência da obesidade está a aumentar em todo o mundo, e Portugal não constitui um país de exceção relativamente a este problema de saúde pública (CARMO et al., 2007).

As pessoas com obesidade não só apresentam um risco aumentado de desenvolver consequências médicas, psicológicas, sociais, económicas, para além de apresentarem um maior risco de morte prematura (FINKELSTEIN; RUHM; ROSA, 2005; KEISH, 2005), como esta tem, sem dúvida, um forte impacto adverso em importantes dimensões da sua qualidade de vida, constituindo uma condição médica que tem um amplo impacto no bem-estar físico, social, emocional avaliado subjectivamente pela pessoa (FONTAINE; BARTLETT; BAROFKY, 2000), bem como ao nível do auto-conceito (SIMÕES; MENESES, 2007) e da sua vivência corporal (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002).

Os tratamentos não cirúrgicos da obesidade têm revelado resultados muito modestos, enquanto os tratamentos cirúrgicos (nomeadamente cirurgias de *bypass* e cirurgias restritivas) têm revelado contribuir não só para uma perda de peso significativa, mas também para uma maior manutenção desses resultados ao longo do tempo, pelo que têm sido cada vez mais valorizados pelos doentes e pelos profissionais de saúde (VALLIS; ROSS, 1993).

No presente estudo, iremos debruçar-nos sobre a banda gástrica e o *bypass* gástrico em Y de Roux.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (2009), a gastrobandoplastia é uma cirurgia restritiva que tem como objectivo limitar a ingestão alimentar, consistindo em colocar um anel à volta do estômago na sua parte alta, perto da extremidade proximal gástrica, logo abaixo da junção esogástrica. As bandas insufláveis têm

acopladas um balão que se encontra ligado a um pequeno reservatório, colocado por baixo da pele, quer torácica quer abdominal, através do qual o balão pode ser insuflado, reduzindo o tamanho do estoma, ou desinsuflado, aumentando o tamanho deste estoma, sempre que necessário. Esta cirurgia permite manter o estômago inviolável, assim como variar o calibre do estoma, ajustando-o às necessidades do paciente.

Segundo Martins (2005), o *bypass* gástrico é um tipo de cirurgia que se caracteriza pela criação de uma pequena bolsa gástrica proximal na pequena curvatura, com a reconstrução do trânsito gastro-intestinal fazendo-se através de uma alça jejunal em Y de Roux. Assim, a maior parte do estômago, o duodeno e o jejuno proximal são eliminados do trânsito alimentar. São três os principais motivos pelos quais este tipo de cirurgia resulta na perda de peso: (1) o efeito restritivo de uma pequena bolsa gástrica, que gera sensação de saciedade precocemente; (2) má absorção de nutrientes provocada pela exclusão de parte do tubo digestivo do trânsito alimentar; e (3) o trânsito rápido do alimento até às porções mais distais do intestino delgado.

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida tem revelado contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e do funcionamento psicológico dos indivíduos a ele submetidos – constatação essa que não é recente, pois já no início dos anos 1990 Vallis e Ross (1993) procederam a uma revisão de vários estudos científicos desenvolvidos neste domínio, que permitiu concluir que os diferentes tratamentos cirúrgicos da obesidade realizados estão associados a maior perda do excesso de peso, a menor *distress*, melhor auto-estima, maior assertividade, menor passividade e diagnósticos psiquiátricos menos frequentes do que antes da realização da cirurgia.

Também Guedea et al. (2004) constataram que a cirurgia de obesidade (derivação biliopancreática) é eficaz para uma perda de peso a longo prazo (5 anos), para a melhoria das comorbilidades e da qualidade de vida das pessoas com obesidade mórbida.

No mesmo sentido, vão as conclusões de Sears et al. (no prelo) que mostram que o *bypass* gástrico está associado a uma redução do peso, do índice de massa corporal (IMC), da tensão arterial, do colesterol e do uso de medicação para doenças associadas à obesidade, e a uma melhoria significativa da qualidade de vida um ano após a realização da cirurgia. Schaeffer, Rusnak e Amson (2008) também indicam uma eficaz perda de peso e redução das comorbilidades associadas em doentes submetidos a *bypass* gástrico.

Tolonen, Victorzon e Mäkelä (2004) observaram que indivíduos com obesidade mórbida, 12 meses após a realização de gastrobandoplastia, apresentavam uma melhor qualidade de vida específica para a obesidade e, 28 meses depois, mantinham uma qualidade de vida específica para a doença melhor do que anteriormente à cirurgia. Relativamente à qualidade de vida genérica, esta melhorou nos primeiros 12 meses, mas os autores levantam a hipótese de diminuir após esse período.

Também estudos longitudinais realizados em Portugal demonstram que a gastrobandoplastia realizada por via laparoscópica contribui para uma melhoria da qualidade de vida dos doentes obesos (BERENQUER et al., 2007).

Os resultados da cirurgia de obesidade (restritiva, mal-absortiva ou restritiva e mal-absortiva) têm sido avaliados maioritariamente em termos de peso perdido, excesso de peso perdido, percentagem de índice de massa corporal (IMC) perdido e qualidade de vida (ge-

nérica ou específica para a obesidade), mas pouco se sabe sobre os resultados em termos dos aspectos psicológicos que poderão ser relevantes para a adesão aos cuidados após a cirurgia e para a satisfação e o ajustamento das pessoas submetidas a tratamento cirúrgico.

Assim, o presente estudo tem como objectivo comparar a qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão; satisfação com o apoio social; tipos de motivação/auto-regulação quanto ao tratamento para perder peso (globalmente considerado e especificamente quanto à prática de exercício físico); percepção de competência do próprio indivíduo (quanto à manutenção de uma dieta saudável e de um regime de exercício físico regular); e percepção do clima dos cuidados de saúde (relativos aos cuidados alimentares e exercício físico) em indivíduos antes e depois de terem sido submetidos a cirurgia de obesidade. O presente estudo teve, ainda, como objectivo analisar se existem diferenças significativas entre dois momentos distintos – antes e depois da cirurgia – quanto ao comportamento alimentar (perturbação de ingestão compulsiva, compulsão por gordura, compulsão por doces, petisco contínuo, síndrome de ingestão nocturna, comer rapidamente, percepção de falta de controlo sobre o que se come, comer até se sentir indisposto, percepção de que come em excesso, comer sem se sentir com fome, sentir-se perturbado por comer uma quantidade excessiva de alimentos).

Método

Participantes

Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 24 mulheres que se encontravam em acompanhamento na consulta do Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António por obesidade e a quem foi proposto tratamento cirúrgico para esta doença. Nesta consulta, para serem propostos para cirurgia de obesidade, independentemente do tipo desta, os doentes têm de apresentar, no momento da inscrição em lista de espera para a operação, um IMC superior a 40 ou um IMC igual ou superior a 35 com patologias associadas dependentes da sua obesidade (como diabetes tipo 2, apneia do sono, problemas osteoarticulares, hipertensão arterial, dislipidemias, síndrome de ovário poliquístico, entre outras). Entre as participantes do presente estudo, 83,33% foram submetidas a gastrobandoplastia, e 16,67%, a *bypass* gástrico.

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos para recolha de dados: entrevista clínica, SF-36, Impact of Weight on Quality of Life – Lite Questionnaire; Hospital Anxiety and Depression Scale, Escala de Satisfação com o Suporte Social, e questionários de motivação e auto-regulação.

- *Entrevista clínica*: foi construída uma entrevista semi-estruturada para o presente estudo que pretendia avaliar os seguintes domínios: (1) variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, situação laboral) e (2) características do comportamento alimentar (perturbação de ingestão compulsiva, compulsão por alimentos ricos em gordura, compulsão por doces, petisco contínuo, síndrome de in-

gestão nocturna, comer rapidamente, percepção de falta de controlo sobre o que se come, comer até se sentir indisposto, percepção de que come em excesso, comer sem sentir fome, sentir-se perturbado por comer uma quantidade excessiva de alimentos).

- *SF-36*: questionário de avaliação da percepção de saúde constituído por 36 itens, que avaliam 8 subescalas – funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental – que são organizadas em dois domínios – mental e físico. O instrumento contém, ainda, um item que avalia a transição de saúde. Cada subescala é cotada de 0 a 100, sendo que quanto mais elevado é o valor obtido, maior é a qualidade de vida revelada pelo respondente. A versão do SF-36 validada para Portugal revela apresentar boas qualidades psicométricas (RIBEIRO, 2005).
- *Impact of Weight on Quality of Life – Lite Questionnaire (IWQOL-Lite)*: o IWQOL-Lite é um questionário específico de avaliação da qualidade de vida para indivíduos com diagnóstico de obesidade. Trata-se de um instrumento de auto-resposta constituído por 31 itens. Este instrumento solicita aos respondentes que descrevam os efeitos que o seu peso tem em 5 áreas de funcionamento, incluindo: (1) funcionamento físico, (2) auto-estima, (3) vida sexual, (4) *distress* público e (5) trabalho. Quanto maior o valor obtido neste instrumento, pior revela ser a qualidade de vida do respondente. A versão adaptada para Portugal deste instrumento, desenvolvida por Engel et al. (2005), à semelhança da versão original, revelou apresentar excelentes qualidades psicométricas.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: questionário constituído por duas subescalas, uma que avalia ansiedade (constituída por 7 itens) e outra que avalia depressão (constituída por 7 itens), avaliadas separadamente. Cada item é respondido numa escala com 4 opções de resposta (0-3), sendo que os valores obtidos podem variar entre 0 e 21 para cada uma das subescalas. É um instrumento de rápida resposta (demora 2 a 5 minutos a ser respondida) e cuja versão desenvolvida para Portugal revela boas qualidades psicométricas (PAIS-RIBEIRO et al., 2007).
- *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*: esta escala foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999), especificamente para a população portuguesa, e constitui um instrumento de auto-preenchimento composto por 15 frases em relação às quais o respondente deve assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), de acordo com uma escala de tipo Likert com 5 opções de resposta, que vão de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. A ESSS permite extrair quatro factores: satisfação com amigos/amizades (5 itens), intimidade (4 itens), satisfação com a família (3 itens) e satisfação com actividades sociais (3 itens). Quanto mais elevado for o valor obtido, maior revela ser a satisfação com o suporte social. O valor mais elevado que é possível atingir é 75 e o menor é 15. Esta escala revelou apresentar boas qualidades psicométricas quando utilizada com populações com diferentes doenças.
- *Questionários de motivação e auto-regulação*: este conjunto de instrumentos pretende avaliar diferenças individuais relativamente aos tipos de motivação ou regulação quanto ao tratamento para perder peso globalmente considerado e especificamente

quanto à prática de exercício físico, bem como a percepção de competência do próprio indivíduo quanto à manutenção de uma dieta saudável e de um regime de exercício físico regular, e o clima dos cuidados de saúde relativos a estes dois componentes do tratamento para o excesso de peso (cuidados alimentares e exercício físico) (DECI, 2008; WILLIAMS et al. 1996).

- a) Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ): a versão portuguesa deste questionário geral pretende avaliar as razões pelas quais as pessoas se envolvem em tratamentos para perder peso. O TSRQ pretende avaliar se o grau de motivação para esse comportamento de saúde é relativamente autónomo (WILLIAMS et al., 1996). Este instrumento é constituído por 18 itens, organizados em 2 subescalas – regulação autónoma (constituída por 5 itens) e regulação controlada (constituída por 12 itens). O valor de cada subescala foi calculado através da média do somatório dos scores obtidos e varia entre 1 (motivação menor) e 7 (motivação maior).
- b) Exercise Self-Regulation Questionnaire (SRQ-E): a versão portuguesa deste instrumento pergunta ao respondente quais as razões pelas quais começará ou continuará a praticar exercício físico de forma regular e oferece-lhe um conjunto de várias razões possíveis que foram pré-seleccionadas para representar diferentes estilos de auto-regulação ou motivação. É constituído por 15 itens, organizados em 3 subescalas – motivação autónoma (6 itens), motivação controlada (6 itens) e amotivação (3 itens). O valor de cada subescala foi calculado através da média do somatório dos scores obtidos e varia entre 1 (menor motivação) e 7 (maior motivação).
- c) The Perceived Competence Scale (PCS) (DECI, 2008):
 - Questionário constituído por 4 itens que avaliam o grau com que cada respondente se sente confiante para iniciar ou manter os cuidados com a alimentação. O valor obtido é calculado através da média do somatório dos scores obtidos e varia entre 1 (menor percepção de competência) e 7 (maior percepção de competência).
 - Questionário constituído por 4 itens que avaliam o grau com que cada respondente se sente confiante para iniciar ou manter os cuidados com o exercício físico. O valor obtido é calculado através da média do somatório dos scores obtidos e varia entre 1 (menor percepção de competência) e 7 (maior percepção de competência).
- d) Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) (DECI, 2008; WILLIAMS et al., 1996):
 - Instrumento constituído por 6 itens que pretendem avaliar a percepção que o indivíduo tem do grau com que os profissionais de saúde apoiam a sua autonomia relativamente aos cuidados alimentares. O valor obtido é calculado através da média do somatório dos scores obtidos e varia entre 1 (menor percepção de autonomia/maior percepção de ser controlado) e 7 (maior percepção de autonomia/menor percepção de ser controlado).
 - Instrumento constituído por 6 itens que pretendem avaliar a percepção que o indivíduo tem do grau com que os profissionais de saúde apoiam a sua autonomia relativamente ao exercício físico. O valor obtido é calculado através da média do somatório

dos scores obtidos e varia entre 1 (menor percepção de autonomia/maior percepção de ser controlado) e 7 (maior percepção de autonomia/menor percepção de ser controlado).

Procedimento

A Comissão de Ética da instituição onde foram recolhidos os dados aprovou todos os procedimentos utilizados no presente estudo.

Os participantes responderam aos questionários no contexto de uma entrevista pessoal, e os dados médicos foram consultados no seu processo clínico, depois do seu consentimento informado. Cada participante respondeu aos mesmos instrumentos de avaliação em dois momentos distintos do tempo: antes e depois da cirurgia de obesidade. Cada uma das entrevistas teve uma duração aproximada de uma hora. Os instrumentos foram bem aceites pelos participantes.

Por razões de ordem administrativa (disponibilidade das instalações), não foi possível a todas as participantes completar a totalidade dos questionários propostos no presente estudo, uma vez que se assegurou que todas as entrevistas de administração dos instrumentos eram realizadas em condições de absoluta privacidade.

Nenhuma das participantes recusou participar nos dois momentos de avaliação, assim como nenhuma pediu para abandonar o estudo quando as entrevistas já se encontravam em curso. As participantes mostraram-se motivadas e interessadas em responder a todas as questões.

Para proceder à análise estatística dos dados recolhidos, optou-se por utilizar o teste de Wilcoxon para comparar o valor de variáveis de intervalo em duas condições (antes e depois da realização da cirurgia de obesidade) e o teste McNemar para comparar os valores de variáveis dicotómicas nessas mesmas duas condições.

Resultados

No momento da primeira avaliação, as participantes encontravam-se em acompanhamento na consulta interdisciplinar de obesidade entre 27 e 88 meses ($M = 60,17$; $DP = 22,83$); tinham uma idade que variava entre 27 e 57 anos ($M = 41,63$; $DP = 8,83$); um nível de escolaridade entre 4 e 17 anos ($M = 6,83$; $DP = 3,53$); 58,3% encontravam-se empregadas, 12,5% desempregadas, 12,5% reformadas e 16,7% eram domésticas; 79,2% casadas ou em união de facto, 16,7% solteiras e 4,2% viúvas; e o IMC variava entre 38,34 e 57,67 ($M = 48,52$; $DP = 5,10$). No momento da segunda avaliação, as participantes haviam sido submetidas a tratamento cirúrgico com uma evolução entre 4 e 36 meses ($M = 14,11$; $DP = 11,54$) e apresentavam um IMC que variava entre 24,83 e 48,86 ($M = 35,66$; $DP = 10,17$).

Qualidade de vida

Os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação, antes e depois da cirurgia de obesidade, em todas as subescalas avaliadas pelo SF-36, com excepção do funcionamento social ($z = -0,095$; $p > 0,05$) e do desempenho emocional ($z = -1,79$; $p > 0,05$), isto é, existem diferenças estatisticamen-

te significativas no que respeita a funcionamento físico ($z = -3,73$; $p < 0,0001$), desempenho físico ($z = -2,92$; $p < 0,01$), dor corporal ($z = -3,09$; $p < 0,01$), saúde geral ($z = -2,55$; $p < 0,05$), vitalidade ($z = -3,38$; $p < 0,01$) e saúde mental ($z = -3,42$; $p < 0,01$), bem como nos domínios físico ($z = -2,31$; $p < 0,05$) e mental ($z = -2,58$; $p < 0,05$). Nos domínios em que se verificaram diferenças significativas, estas foram num sentido que mostra uma melhoria da qualidade de vida após o tratamento cirúrgico, como poderá ser confirmado na Tabela 1.

Tabela 1. Valores médios e de desvio-padrão obtidos no SF-36 antes e depois da realização de cirurgia de obesidade (N = 24)

	Antes da cirurgia de obesidade		Após cirurgia de obesidade	
	M	DP	M	DP
Funcionamento físico	45,87	25,88	75,48	22,74
Desempenho físico	42,05	36,50	81,25	32,32
Dor corporal	36,57	26,84	65,26	34,58
Saúde geral	39,30	22,32	56,09	22,45
Vitalidade	36,36	20,77	57,27	18,17
Funcionamento social	67,61	29,29	66,85	29,82
Desempenho emocional	50,72	43,66	80,95	37,37
Saúde mental	40,00	18,72	57,14	19,56
Domínio físico	41,09	21,48	69,39	22,94
Domínio mental	47,98	20,51	65,89	21,79

Relativamente à qualidade de vida relacionada com a obesidade, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos domínios funcionamento físico ($z = -2,31$; $p < 0,05$), auto-estima ($z = -1,99$; $p < 0,05$) e trabalho ($z = -2,02$; $p < 0,05$), ocorrendo uma melhoria da qualidade de vida após a cirurgia (Tabela 2). Porém, nos domínios vida sexual ($z = -0,95$; $p > 0,05$) e *distress* público ($z = -1,49$; $p > 0,05$), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão obtidos no IWQOL-Lite nos dois momentos de avaliação (N= 10)

	Antes da cirurgia de obesidade		Após cirurgia de obesidade	
	M	DP	M	DP
Funcionamento Físico	65,81	15,66	43,72	18,39
Auto-estima	61,71	21,09	44,29	27,88
Trabalho	35,63	15,45	30,95	21,01
Vida sexual	62,78	29,17	44,09	30,34
<i>Distress</i> público	63,20	18,84	42,36	27,54

Ansiedade e depressão

Os dados revelam que os doentes apresentam uma melhoria significativa dos sintomas de ansiedade ($z = -3,50$; $p < 0,0001$) e de depressão ($z = -2,44$; $p < 0,04$) após serem submetidos a tratamento cirúrgico da obesidade, como pode ser confirmado na Tabela 3.

Tabela 3. Valores das médias e desvios-padrão obtidos na HADS nos dois momentos de avaliação (N = 22)

	Antes da cirurgia de obesidade		Após cirurgia de obesidade	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ansiedade	11,36	4,19	11,08	11,82
Depressão	7,79	4,10	6,54	13,10

Satisfação com o apoio social

Constatou-se que, relativamente à satisfação com os amigos ($z = -0,79$; $p > 0,05$), com a intimidade ($z = -1,13$; $p > 0,05$), com a família ($z = -1,71$; $p > 0,05$) e com as actividades sociais ($z = -0,23$; $p > 0,05$), não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. Os valores das médias e desvios-padrão obtidos em cada subescala nos dois momentos podem ser consultados na Tabela 4.

Tabela 4. Médias e desvios-padrão obtidos na ESSS nos dois momentos de avaliação (N = 22)

	Antes da cirurgia de obesidade		Após cirurgia de obesidade	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com os amigos	18,48	6,42	19,61	5,15
Satisfação com a intimidade	13,14	4,36	14,78	4,69
Satisfação com a família	11,81	3,43	13,17	1,72
Satisfação com as actividades sociais	7,86	3,14	7,96	4,36

Como pode ser observado, há uma razoável percepção de apoio social já antes da realização da cirurgia de obesidade.

Auto-regulação

A análise dos dados indica não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação quanto aos tipos de motivação/regulação, quanto ao tratamento para perder peso globalmente considerado – motivação autónoma ($z = -0,18$; $p > 0,05$) e motivação controlada ($z = -0,52$; $p > 0,05$) – e especificamente quanto aos tipos de motivação para a prática de exercício físico – motivação autónoma ($z = 0,0001$; $p > 0,05$),

motivação controlada ($z = -0,19$; $p > 0,05$) e amotivação ($z = -0,85$; $p > 0,05$). Também quanto à percepção de competência do próprio indivíduo para manter uma dieta saudável ($z = 0,0001$; $p > 0,05$) e um regime de exercício físico regular ($z = -0,09$; $p > 0,05$), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Finalmente, em relação ao clima dos cuidados de saúde relativos a estes dois componentes do tratamento para o excesso de peso – cuidados alimentares ($z = -0,06$; $p > 0,05$) e exercício físico ($z = -0,18$; $p > 0,05$) –, também não se verificou a existência de diferenças significativas. Os valores médios e desvios-padrão obtidos nos dois momentos de avaliação podem ser consultados na Tabela 5.

Tabela 5. Médias e desvios-padrão obtidos nos questionários de motivação e auto-regulação nos dois momentos de avaliação (N=10)

	Antes da cirurgia de obesidade		Após cirurgia de obesidade	
	M	DP	M	DP
Motivação autónoma para tratamento de perda de peso	6,67	0,53	6,47	1,31
Motivação controlada para tratamento de perda de peso	4,15	1,30	3,61	1,68
Motivação autónoma para exercício físico	6,41	1,04	6,41	1,04
Motivação controlada para exercício físico	3,82	2,04	3,86	1,41
Amotivação para exercício físico	1,70	0,84	1,94	1,14
Competência para dieta	5,20	1,62	5,60	1,62
Competência para exercício físico	5,53	1,42	5,64	1,83
Clima dos cuidados de saúde – dieta	5,80	1,78	5,94	1,49
Clima dos cuidados de saúde – exercício físico	5,93	1,44	5,78	1,89

Já antes da cirurgia, existe uma tendência para que as doentes apresentem uma motivação mais autónoma do que controlada para integrar um programa de tratamento para perda de peso. De uma forma geral, a motivação para a realização de exercício físico como parte do tratamento que lhes é proposto também revela ser mais autónoma do que controlada ou ausente (amotivação). As doentes tendem a sentir-se razoavelmente competentes para a realização e/ou manutenção dos cuidados alimentares e de exercício físico, e também a considerar o clima de cuidados de saúde como sendo razoavelmente de apoio e promotor da sua própria autonomia.

Comportamento alimentar

Relativamente ao comportamento alimentar, não se verificaram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação quanto à perturbação de ingestão compulsiva ($N = 21$; $p > 0,05$); à compulsão por doces ($N = 22$; $p > 0,05$), gordura ($N = 22$; $p > 0,05$) e hidratos de carbono ($N=21$; $p > 0,05$); à síndrome de ingestão nocturna ($N = 22$; $p > 0,05$); e ao petisco contínuo ($N = 22$; $p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Frequências dos comportamentos alimentares estudados antes e depois da realização de cirurgia de obesidade

	Antes da cirurgia de obesidade	Após cirurgia de obesidade
Perturbação de ingestão compulsiva	36,4%	13%
Compulsão por gordura	18,2%	8,3%
Compulsão por doces	22,7%	12,5%
Compulsão por hidratos de carbono	9,5%	0%
Síndrome de ingestão nocturna	9,1%	0%
Petisco contínuo	36,4%	12,5%

No entanto, como podemos verificar na Tabela 6, a maioria destes comportamentos já não era frequente antes da cirurgia e continuaram a não o ser após a realização desta. Distinguem-se como mais frequentes a perturbação de ingestão compulsiva e o petisco contínuo.

Discussão

O presente estudo revela que a cirurgia de obesidade (gastrobandoplastia e *bypass* gástrico) proporciona uma melhoria da qualidade de vida (genérica e específica) percebida pelos doentes na maioria dos domínios estudados. A melhoria da qualidade de vida após o tratamento cirúrgico da obesidade foi já amplamente confirmada pela investigação realizada com distintos procedimentos cirúrgicos e em vários países (GUEDEA et al., 2004; SEARS et al., no prelo; TOLONEN; VICTORZON; MÄKELÄ, 2004), nomeadamente em Portugal (BERENQUER et al., 2007).

Os domínios funcionamento social e desempenho emocional não demonstraram diferir significativamente após a cirurgia, mas constituem dois domínios da qualidade de vida genérica que não pareciam tão negativamente afectados no primeiro momento de avaliação.

Todavia, não nos parece poder adiantar a mesma justificação para os domínios específicos para a obesidade (avaliados pelo IWQOL-Lite), neste caso para a vida sexual e *distress* público.

É possível que a vida sexual das doentes não fosse apenas afectada por limitações de ordem motora, associadas ao seu excesso de peso. Tratando-se de uma amostra apenas do sexo feminino, é provável que os aspectos emocionais e directamente referentes à relação com um companheiro desempenhem aqui um papel de grande importância. A experiência clínica sugere-nos que a expectativa das doentes vai no sentido de considerar que a sua vida sexual, anteriormente à cirurgia, é afectada pelo facto de serem menos desejáveis pelos(as) seus(suas) companheiros(as) devido ao seu peso. No entanto, após a perda de peso consequente à cirurgia, apercebem-se da existência de dificuldades relacionais a outros níveis.

Quanto ao *distress* público, ainda que a diferença não fosse estatisticamente significativa, há uma tendência para uma melhoria. Mesmo assim, parece ser uma dificuldade não rapidamente ultrapassada com a simples perda de peso.

As doentes-alvo deste estudo apresentam uma melhoria significativa dos sintomas de ansiedade e de depressão após serem submetidas a tratamento cirúrgico da obesidade. Este resultado vai ao encontro das conclusões da revisão da literatura efectuada por Vallis e Ross (1993), que sugeria a diminuição dos diagnósticos psiquiátricos.

Quanto à percepção de apoio social, não se verificou a existência de diferenças significativas em nenhuma das subescalas analisadas, porém esta percepção já era razoável antes da realização da cirurgia, sobretudo no domínio satisfação com os amigos/amizade, e com a satisfação com a família. A experiência clínica sugere-nos que frequentemente a família nuclear desempenha um papel relevante no tratamento, quer antes da cirurgia (sendo usual acompanharem os doentes às consultas e envolvem-se nos cuidados recomendados), quer depois (envolvendo-se activamente nos cuidados pós-cirurgia, sejam eles cuidados alimentares ou de prática de exercício físico).

O presente estudo permitiu também constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação quanto aos tipos de motivação/regulação para integrar o programa de tratamento para perda de peso globalmente considerado, nem quanto à motivação para a prática de exercício físico. O tipo de motivação dominante é a motivação autónoma ou intrínseca, isto é, as doentes são auto-determinadas para investir no tratamento. Uma vez que os hábitos de saúde não mudam apenas porque temos vontade, mas requerem competências de auto-regulação – estabelecimento de objectivos, implementação de estratégias para os alcançar (converter os objectivos em acções produtivas) e manutenção dessas estratégias com vista a manter as mudanças comportamentais – (BANDURA, 2005), consideramos extremamente positivo que as doentes estudadas apresentem uma motivação mais autónoma do que ausência de motivação ou motivação controlada. A intervenção nos cuidados de saúde deverá ser desenvolvida precisamente com o objectivo de reforçar aquele tipo de motivação.

Também se verificou que, em relação à percepção de competência do próprio indivíduo para manter uma dieta saudável e um regime de exercício físico regular, e ao clima dos cuidados de saúde relativos a estes dois componentes do tratamento para o excesso de peso (cuidados alimentares e exercício físico), ainda que as doentes apresentem uma tendência para se sentirem razoavelmente competentes para a realização e/ou manutenção dos cuidados alimentares e de exercício físico e para considerar o clima de cuidados de saúde como sendo razoavelmente de apoio e promotor da sua própria autonomia, parece-nos que nestes domínios ainda poderá haver espaço para um importante investimento.

Pensamos que estes últimos resultados do presente estudo podem, em parte, ser explicados por investigações realizadas por outros autores que provaram que a existência de seminários dirigidos a profissionais de saúde e a doentes permite melhorar, entre outros aspectos, os comportamentos de comunicação por parte dos médicos e promover uma atitude mais favorável dos doentes em relação aos auto-cuidados (MAES; KAROLY,

2005). Este tipo de seminário é realizado por uma equipa multidisciplinar na instituição em que as participantes do presente estudo se encontram em acompanhamento, constituindo uma das etapas pelas quais elas necessariamente passam durante a preparação para a cirurgia de obesidade (cirurgia de *bypass* ou gastrobandoplastia).

É possível que os resultados do primeiro momento de avaliação, quer relativamente à motivação, quer relativamente à competência para cumprir o tratamento para perda de peso e ao clima dos cuidados de saúde, sejam enviesados pela desejabilidade social e por as doentes procurarem dar uma imagem de si como estando “aptas” para o tratamento cirúrgico e como podendo ser consideradas “boas candidatas” para a cirurgia de obesidade. Todos os candidatos a cirurgia de obesidade são integrados em seminários sobre obesidade e tratamento cirúrgico desta doença, etapa indispensável no processo de preparação dos doentes para cirurgia de obesidade, aspecto que pode ter contribuído para estimular a sua motivação autónoma e a sua percepção de competência para aderir ao tratamento para perda de peso.

No que diz respeito ao comportamento alimentar, não se verificaram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação quanto a nenhum dos comportamentos analisados: perturbação de ingestão compulsiva, compulsão por doces, gordura e hidratos de carbono, síndrome de ingestão nocturna e petisco contínuo. Já anteriormente à cirurgia, a maioria destes comportamentos, considerados não normativos (SILVA; RIBEIRO; CARDOSO, 2008), não era comum.

A experiência clínica sugere-nos que o facto de ser recomendado aos doentes que, após a cirurgia, façam refeições pequenas, mas várias vezes ao dia, e o facto das quantidades recomendadas serem mais limitadas no primeiro mês e meio (enquanto os doentes estão sujeitos a dieta líquida e a dieta mole) e aumentarem ligeiramente com a passagem para uma alimentação dita normal os levam a interpretar este tipo de comportamentos como necessidade de estar sempre a comer (petisco contínuo) e com a ingestão de quantidades excessivas de comida, ainda que efectivamente não o sejam.

Ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas no comportamento alimentar antes e depois do tratamento cirúrgico da obesidade, há uma tendência para os comportamentos não normativos diminuírem após cirurgia.

Conclusão

O presente estudo, apesar de se ter analisado uma pequena amostra, permitiu verificar que a cirurgia de obesidade (cirurgia de *bypass* e gastrobandoplastia) tem um importante impacto na maioria das dimensões da qualidade de vida (sejam elas genéricas ou específicas) das pessoas com obesidade grave ou mórbida, bem como no seu bem-estar psicológico (ansiedade e depressão). Consideramos que tal deve ser encarado como um importante resultado do tratamento cirúrgico da obesidade para as doentes portuguesas que foram alvo deste estudo, para além do excesso de peso que perderam.

Procuramos adiantar várias explicações possíveis para o facto das doentes avaliadas apresentarem uma motivação essencialmente autónoma, boa percepção do apoio social, de competência e do clima dos cuidados de saúde, hipóteses que acreditamos merecer serem testadas empiricamente em estudos futuros.

O presente estudo apresenta algumas limitações, das quais se destaca claramente o pequeno efectivo da amostra, que não nos permite generalizar conclusões a outros doentes submetidos aos mesmos tipos de cirurgia de obesidade, a doentes do sexo masculino, nem a doentes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade.

Pensamos que, em estudos futuros, com amostras mais amplas, seria importante proceder à avaliação em momentos que têm mostrado ser mais relevantes para estes doentes, quer em termos de adaptação aos cuidados pós-cirurgia propostos, quer do ponto de vista emocional – 15 dias após a cirurgia, 6 semanas após a cirurgia, 3º mês, 1 ano, 2 anos e 3 anos após o tratamento cirúrgico.

Pretende-se, num estudo posterior, explorar de que forma as variáveis psicológicas (qualidade de vida, motivação, percepção de competência, clima dos cuidados de saúde, apoio social, ansiedade e depressão) permitem prever os resultados da cirurgia não só ao nível do excesso de peso perdido, mas também ao nível da adesão aos auto-cuidados após a cirurgia e da satisfação com o tratamento cirúrgico da obesidade.

Referências

- ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, 2002.
- BANDURA, A. The primacy of self-regulation in health promotion. **Applied Psychology**, v. 54, n. 2, 2005.
- BERENQUER, A. et al. Gastrobandoplastia por via laparoscópica: *follow up* de 24 meses. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 8, n. 1, 2007.
- CARMO, I. do et al. Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. **Obesity Reviews**, v. 9, 2007.
- DECI, E. L. Self-determination theory: an approach to human motivation & personality. Disponível em: <<http://www.psych.rochester.edu/SDT/measures/selfreg.html>>. Acesso em: 23 nov. 2008.
- ENGEL, S. G. et al. Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life – Lite (IWQOL-Lite) Questionnaire. **European Eating Disorders Review**, v. 13, 2005.
- FINKELSTEIN, E. A.; RUHM, C. J.; KOSA, K. M. Economic causes and consequences of obesity. **Annual Reviews of Public Health**, v. 26, 2005.
- FONTAINE, K. R.; BARTLETT, S. J.; BAROFSKY, I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. **International Journal of Eating Disorders**, v. 27, 2000.
- GUEDEA, M. et al. Results of biliopancreatic diversion after five years. **Obesity Surgery**, v. 14, 2004.
- KEISH, J. F. **A phenomenological analysis of the lived experiences of adult females undergoing rapid weight loss due to Roux-En-Y, weight loss surgery**. 2005. Dissertation (Master's Degree)–St. Mary's University, San Antonio, Texas, 2005.

- MAES, S.; KAROLY, P. Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. **Applied Psychology**, v. 54, n. 2, 2005.
- MARTINS, M. V. D. C. Why Roux-em-Y Gastric bypass is nowadays the best surgery to treat obesity. **Revista Brasileira de Videocirurgia**, v. 3, n. 2, 2005.
- PAIS-RIBEIRO, J. et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychology, Health & Medicine**, v. 12, n. 2, 2007.
- RIBEIRO, J. L. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**, v. 3, n. 17, 1999.
- _____. **O importante é a saúde**. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36. Portugal: Fundação Merck Sharp & Dohme, 2005.
- SCHAEFFER, D. F.; RUSNAK, C. H.; AMSON, B. J. Laparoscopic Roux-en Y gastric bypass surgery: initial results of 120 consecutive patients at a single British Columbia surgical center. **The American Journal of Surgery**, v. 195, 2008.
- SEARS, D. et al. Evaluation of gastric bypass patients 1 year after surgery: changes in quality of life and obesity-related conditions. No prelo.
- SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Quality of life and general health perception in women with obesity: Do eating patterns make a difference? **Applied Research in Quality of Life**, v. 3, n. 2, 2008.
- SIMÕES, D.; MENESES, R. F. Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, 2007.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA DE OBESIDADE. Tipos de cirurgias: bandas. Disponível em: <www.spco.pt>. Acesso em: 1º jul. 2009.
- TOLONEN, P.; VICTORZON, M.; MÄKELÄ, J. Impact of laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity on disease-specific and health-related quality of life. **Obesity Surgery**, v. 14, 2004.
- VALLIS, T. M.; ROSS, M. A. The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. **Obesity Surgery**, v. 3, 1993.
- WILLIAMS, G. C. et al. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, n. 1, 1996.

Contato

Isabel Silva
Praça 9 de Abril, 349
Universidade Fernando Pessoa
Porto – Portugal
4249-004
e-mail: isabels@ufp.edu.pt; ilopessilva@hotmail.com

Tramitação

Recebido em fevereiro de 2009
Aceito em agosto de 2009