

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

# **Aspectos da depressão e da ansiedade em candidatos à cirurgia bariátrica.**

Lucena, Marianna, Andrade De Oliveira, Kamilla Sthefany, Alves Torres, Rayane, Soares Gomes, Francisco Emanuel, Martins, Remerson Russel, Alchieri, Joao Carlos y Sousa, Heloísa Karmelina Carvalho De.

Cita:

Lucena, Marianna, Andrade De Oliveira, Kamilla Sthefany, Alves Torres, Rayane, Soares Gomes, Francisco Emanuel, Martins, Remerson Russel, Alchieri, Joao Carlos y Sousa, Heloísa Karmelina Carvalho De (2011). *Aspectos da depressão e da ansiedade em candidatos à cirurgia bariátrica. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/301>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/F36>

# ASPECTOS DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE EM CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Lucena, Marianna; Andrade De Oliveira, Kamilla Sthefany; Alves Torres, Rayane; Soares Gomes, Francisco Emanuel; Martins, Remerson Russel; Alchieri, Joao Carlos; Sousa, Heloísa Karmelina Carvalho De  
Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. Brasil

## RESUMEN

El documento tiene como objetivo discutir los resultados de la Escala de Beck para la depresión y ansiedad de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Fueron seleccionados 32 protocolos de los pacientes operados. Se observó que las mujeres son predominantes 24, y 8 hombres. El nivel de educación representa personas con bajo nivel de educación, es que 20 no habían asistido a la escuela secundaria. En los resultados de la Escala de Beck, la mayoría de los pacientes en el grupo de obesidad de grado III tenían puntuaciones de Mínima depresión 9 y leve 7. En cuanto al grupo de súper obesos, 6 pacientes tenían una puntuación mínima, 1 puntuación leve, por lo tanto los indicadores de la depresión no son representativos. En la Escala de Ansiedad, se observaron mayores tasas en el grupo con obesidad grado III, 4 tenían una puntuación mínima, 6 puntuación moderada y 11 grave. En el grupo la de puntuación del grupo de súper obesidad fue más frecuente la ansiedad moderada 8 y grave 2. Los resultados sugieren que las puntuaciones de depresión bajas pueden estar relacionadas con una mayor expectativa de curación, mientras que los niveles altos de ansiedad pueden representar la ansiedad de la situación para realizar la cirugía.

## Palabras clave

Cirugía Bariátrica Depresión Ansiedad

## ABSTRACT

### ASPECTS OF DEPRESSION AND ANXIETY ON BARIATRIC SURGERY CANDIDATES

This paper aims to discuss the results of the Beck Scale for Depression and Anxiety on candidates patients for bariatric surgery. Were selected 32 protocols from patients operated between the years 2008/2009. It was observed that women are predominant 24, and 8 men. The education level has increased representation of individuals with low education, not 20 as had attended high school. About the results of the Beck Scale, the majority of patients were in grade III obesity had depression scores of Minimun (9) and Light (7). As for the super obese group, 6 patients had a minimum score, 1 a light score, which indicates that depression is not representative. In the Beck Anxiety Scale, there were higher rates in the group with obesity grade III, 4 patients had a score light, 6 moderate and 6 severe score. On the group of super obesity the prevalence was highest on moderate anxiety (8) and serious (2). The results sug-

gest that low depression scores may be linked to a greater expectation of cure, while high levels of anxiety may represent situational anxiety to perform the surgery, these results are not conclusive.

## Key words

Bariatric Surgery Depression Anxiety

## Introdução

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo excesso de tecido adiposo no organismo, ocasionado pelo desequilíbrio entre a ingestão calórica e o seu gasto energético (Alison, 2008). A cada dia mais pessoas estão tornando-se obesas e as complicações que a obesidade acarreta trazem custos tanto para a vida do indivíduo, que sofre com a doença, quanto para a família. São custos financeiros, emocionais, psicosociais, sendo desgastante para todas as partes envolvidas. A obesidade tem como causa múltiplos fatores e os tratamentos são os mais variados, vão desde dietas de emagrecimento associadas aos exercícios físicos, pilares principais do tratamento, à intervenções cirúrgicas, que se utilizam de diversas técnicas nos casos de obesidade do tipo III (Segal e Fandiño, 2002).

Os que sofrem desse mal são alvos fáceis de preconceitos vindos tanto da população, que não conhece a fundo o problema, quanto daqueles que na prática deveriam ajudar na luta contra a obesidade, que são profissionais de saúde, obviamente não todos. Sociedade e profissionais de saúde mal orientados trazem consigo concepções errôneas e preconceituosas acerca da origem e manutenção da obesidade. Muitas vezes imputando ao paciente obeso características pejorativas como preguiça, gula, descontrole e falta de força de vontade (Puhl & Heuer, 2009).

Tendo isso em vista, a cirurgia bariátrica tem se mostrado como o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. As cirurgias antiobesidade podem ser didaticamente divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica (as chamadas cirurgias restritivas); 2) interferem na digestão (os procedimentos mal-absortivos); e 3) uma combinação de ambos as técnicas. São consideradas uma opção efetiva para o controle da obesidade mórbida em longo prazo (Deitel, 2009). O objetivo dessa cirurgia não é apenas a perda de peso, mas tam-

bém a cura de comorbidades tais como hipertensão, diabetes, entre outros problemas cardiovasculares. São candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com o IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup> associado à comorbidade tais como apnéia do sono, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção, entre outras de difícil manejo clínico (Segal, 1999). A seleção de pacientes requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados (Pereira, 2006).

Apesar de a cirurgia bariátrica funcionar de modo a recuperar no indivíduo um padrão imposto de normalidade relacionado ao próprio corpo, pois “a cultura ocidental enfatiza mais a boa forma e a imagem corporal” (Vagues, 2004), o processo operatório não é tão simples. Na medida em que o paciente se sujeite ao processo operatório, o mesmo não terá garantias de que serão solucionados todos os seus problemas quanto aos aspectos psicológicos, principalmente, tendo em vista que é perceptível que o período após a cirurgia é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis (Greenberg, et.al., 2009). É a fase de recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação a nova dieta. Alguns problemas emocionais são geralmente percebidos como decorrentes da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos possam preceder o desenvolvimento dessa condição, sendo a depressão e a ansiedade sintomas comuns (Vagues, 2004). Dessa forma, se faz imprescindível o papel de um psicólogo a fim avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente, bem como realizar trabalhos de psicoeducação de modo a viabilizar uma melhor adaptação pós-operatória (Van Houg & Van Heck, 2009).

## Método

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa correlacional, realizada junto ao Serviço de Cirurgia Bariátrica e Doenças Correlacionadas do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Foram selecionados 32 protocolos de pacientes pré-operatórios candidatos à cirurgia bariátrica, sendo avaliados aspectos como gênero, idade, escolaridade, Índice de Massa Corporal (IMC), Escalas Beck de Depressão (EBD) e Escalas Beck de Ansiedade (EBA).

## Resultados

Observou-se que os pacientes operados nesse período eram em maioria do sexo feminino, composto por 24 mulheres e 8 homens; o grupo conta com predominância de indivíduos com baixa escolaridade sendo 11 com ensino fundamental incompleto, seguidos por 9 com ensino fundamental completo, 6 com ensino médio completo, 2 com ensino médio incompleto, apenas 2 chegaram a frequentar uma universidade, 1 concluiu o nível superior e 1 cursou uma pós-graduação. Quanto a faixa etária observou-se que 31% dos pacientes estavam entre 19 a 30 anos, 44% entre 31 a 42 anos, 22% entre 43

a 54 anos e 3%, um paciente, acima dos 55 anos.

Quanto ao Índice de Massa Corporal, há predomínio de obesidade grau III, IMC acima de 40Kg/m<sup>2</sup>, com 21 paciente variando entre 40Kg/m<sup>2</sup> a 50Kg/m<sup>2</sup> (grau III), 11 paciente apresentaram IMC acima de 50 Kg/m<sup>2</sup> (grau IV), apresentando super obesidade e apenas 1 com IMC de 39,8 Kg/m<sup>2</sup> representando obesidade grau II. Comparando o IMC dos pacientes com os escores de depressão da escala Beck, observou-se que não houveram diferenças significantes entre os grupos. A maioria dos pacientes do grupo de IMC de 40 Kg/m<sup>2</sup> a 50 Kg/m<sup>2</sup> obtiveram escores de Mínimo (9) a Leve (7), apenas 2 obtiveram escore moderado de depressão e outras 2 escore grave e 1 não respondeu a escala Beck de depressão. Quanto ao grupo de IMC acima de 50 Kg/m<sup>2</sup>, 6 pacientes apresentaram escore mínimo de depressão, 1 escore leve, 1 moderado e 1 grave e 2 não responderam a Escala Beck de depressão.

Ao se comparar o IMC com relação aos Escores de Ansiedade da Escala Beck, observaram-se índices mais altos de ansiedade os grupos III e IV. No grupo com IMC variando entre 40 a 50 Kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau III), 4 pacientes obtiveram escore mínimo de ansiedade, 6 escore moderado e 11 escore grave. Já no grupo com IMC acima 50 Kg/m<sup>2</sup> o predomínio maior foi do escore de ansiedade moderada (8) e ansiedade grave (2), 1 paciente não respondeu.

## Discussão

A predominância de pacientes do sexo feminino candidatas ao procedimento é de 24 mulheres para 8 homens. Tal predominância ainda permanece sem explicações concretas para alguns autores (Vasconcelos e Costa Neto, 2008), no entanto outros sugerem a busca maior por mulheres por estas serem mais vítimas de discriminações sociais em decorrência do peso (Puhl & Heuer, 2009). A amostra conta com um público considerado de baixa escolaridade, visto que 20 dos pacientes não chegaram a cursar o Ensino Médio e apenas 4 chegaram a frequentar um curso superior. Tal fato se explica por o Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Correlacionadas ser sediado em um hospital público da cidade de Natal-RN, Brasil.

Quanto ao Índice de Massa Corporal em correlação com os resultados da Escala Beck de depressão, tem-se que não houveram diferenças significantes entre os grupos. Esse resultado é contrário com o de outros estudos que observaram altos índices de depressão em pacientes com obesidade mórbida e super obesidade, diminuindo apenas após a cirurgia (Andersen, Aasprag, Bergsholm, Stletteskog, Vage & Nativig, 2010; Zwaan, Enderlane, Wagner, Mühlhans, Ditzen, Gefeller, Mitchell & Müller, 2011; Sawer & Fabricatore, 2008; Pereira, 2006). No entanto em estudo realizado com população semelhante que também se estava em fase de preparação para a cirurgia, os índices de depressão encontrados foram menos expressivos. O que sugere que nem sempre a obesidade é acompanhada de sintomatologia depressiva severa ou grave. Outro ponto é que esses

pacientes já estavam em tratamento para obesidade já no grupo de preparo, o que nos leva a inferir que os menores indicadores de sintomas depressivos podem estar relacionados com uma maior expectativa de cura por parte dos pacientes (Oliveira & Yoshida, 2009), e que também pelo tratamento pré-operatório eles já tivessem experimentando alguns resultados na perda de peso (Vasconcelos & Costa Neto, 2008).

Ao se comparar o IMC com relação aos Escores de Ansiedadade da Escala Beck, observaram-se índices mais altos de ansiedadade em ambos os grupos III e IV. Esse resultado pode ser reflexo de uma ansiedadade situacional voltada para a realização da cirurgia, comum nessa fase de preparação em que o paciente tem a expectativa de melhora da obesidade e remissão de suas comorbidades mais próxima de si. Entretanto outros estudos sugerem a ansiedadade como característica dessa população, sugerindo a sua tendência de amenizar após a cirurgia (Andersen, et.al., 2010; Zwaan et.al., 2011; Sawer & Fabricatore, 2008; Pereira, 2006).

Convém lembrar que a obesidade muitas vezes está associada a alterações psiquiátricas, podendo atingir prevalência de até 50% dos pacientes obesos mórbidos, assim como estar ligada a maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais (Leal & Baldin, 2007). Em pesquisa realizada por Oliveira & Yoshida (2009) leva a um saber crítico a respeito das sintomatologias psicológicas em pacientes pré e pós operatório da cirurgia bariátrica. Para isso, foi feito um estudo quase experimental do tipo cross- sectional tendo como instrumentos: Escala de Avaliação de Sintomatologia, Escala de alexitimia, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de ansiedadade de Beck, e Defensive Style Questionnaire. Os resultados obtidos revelarem que os índices de depressão e ansiedadade caem no preparo pela expectativa real de cura com a cirurgia. Ou seja, a promoção do emagrecimento pela cirurgia bariátrica faz com que os níveis de sintomas depressivos, de ansiedadade, de sintomas psicopatológicos, por exemplo, diminuam na medida em que os pacientes se apresentam mais otimistas a respeito do resultado cirúrgico. Além disso, os pacientes que possuem tipo de obesidade mais severa se conformam mais com sua condição do que aqueles que o tipo de obesidade é moderado ou leve.

## Conclusões

Os resultados obtidos por esse estudo levantam algumas questões. Em primeiro lugar os elementos que envolvem as expectativas e crenças do paciente acerca da cirurgia. A obesidade é vista por alguns pacientes como uma doença que pode ser curada, sendo a cirurgia bariátrica uma das grandes alternativas para isso (Pinto & Bosi, 2010). Nesse sentido as expectativas do paciente acerca de sua "cura" tanto poderiam se refletir em aumento de seu sentimento de esperança e diminuição dos sentimentos de depressão, quanto também contribuiria para acentuar preocupações e ansiedades relacionadas à realização da cirurgia e seu sucesso. Se por um lado o paciente se sentiria mais feliz diante da

"cura" de sua obesidade, também se sentiria mais ansioso acerca da realização de uma cirurgia e das possíveis complicações pós-operatórias.

Um outro elemento também deve ser considerado para compreender os dados apresentados. Os pacientes avaliados estavam sendo submetidos ao processo de preparação, envolvendo uma série de consultas, exames e avaliações podendo ser liberado ou não para a realização da cirurgia conforme seus resultados. Considerando-se o psicólogo como parte da equipe multiprofissional que realiza essa avaliação e sendo também responsável pela avaliação de aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais do paciente, a observância de escores elevados de ansiedadade ou depressão poderiam levar ao adiamento da cirurgia. Desse modo, pode não ser do interesse do paciente transparecer seus sentimentos e pensamentos acerca desses aspectos avaliados. A intenção do paciente em driblar resultados não é suficiente para ludibriar um processo de avaliação e intervenção psicológica criteriosamente realizados, contudo pode levar à distorção de resultados, observando-se disparidades entre os escores obtidos.

Desse questionamento leva-se a um terceiro ponto, a estruturação das técnicas psicológicas utilizadas para avaliação desse tipo de paciente. Aos procedimentos estruturados com base em inventários ou escalas, importantes pela possibilidade de um dado objetivo, traz-se a necessidade de associar procedimentos menos estruturados como entrevistas semi-dirigidas e/ou técnicas projetivas. Não sendo as escalas Beck isoladamente capazes de avaliar esse perfil de paciente, submetidos a tantas demandas. O que revela a necessidade de pesquisas nessa área, não sendo este um resultado conclusivo.

## REFERÊNCIAS

Alisson, D.B., Downey, M. Atkinson, R., Billington, C., Bray, G.A & Heckel, R.H (2008) Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the council of obesity society. *Obesity*, 16(1), 1161- 1177.

Andersen, J.R., Aasprag A., Bergsholm P., Vage, V. & Nativig G. (2010) Anxiety and Depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and quality of life outcomes*. 8(52), 1-7.

Costa A. C. C; Ivo M. L; Cantero, W. B & Tognini, J. R. F. (2009) Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(1):55-9.

Deitel, M (2009) From Bariatric to metabolic surgery in non-obese subjects: time for some caution. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 53(2), 246-252.

Greenberg, I., Sogg, S & Perna, F. (2009) Behavioral and Psychological Care in weight loss surgery: best practice an updates. *Obesity*, 18(5), 880-884.

Leal, W. C & Baldin, N. (2007) Impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 324-327.

Oliveira, V. M., Linardi, R. C. & Azevedo, A. P. (2004) Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de psiquiatria clínica*, 31(4), 199-201.

Oliveira, J; Yoshida, E. (2009) Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois da Cirurgia Bariátrica. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.

Pinto, M. S., & Bosi, M. L. M. (2010). Muito mais do que percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 443-457.

Pereira, E. (2006) Prática interdisciplinar na Cirurgia Bariátrica. São Borja: editora conceito.

Puhl, R.M & Heuer, C.A. (2009) The stigma of Obesity. *Obesity*, 17(5), 941-965.

Sawer, D & Fabricatore, A. (2008) Psychiatric Considerations of the massive weight loss patient. *Clinical Plastic Surgery*, 35(1), 1-10.

Segal, A & Fandiño, J. (2002) Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 68-72.

Sotelo, Y. O. M; Colugnati F. A. B. & Taddei, J. A. A. C. (2004) Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. *Caderno de Saúde Pública*, 20(1):233-240.

Tinoco, R. C. (2002) Cirurgia da obesidade mórbida por videolaparoscopia. *Revista Brasileira de Cirurgia*, 29 (3), 138-144.

Van Hout, G & Van Heck, G. (2009) Bariatric Psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity facts*, 2(1), 10-15.

Varques, F. M. & Azevedo, A. (2004) Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.

Vasconcelos, P.O. & Costa Neto, S.B. (2008) Qualidade de vida em pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*, 39(1), 58-65.

Zwaan, M., Enderlane, G., Wagner, S., Mühlhans, B., Dizen, B., Gefeller, O., Mitchell, J & Müller, A (2011) Anxiety and Depression in bariatric surgery patients: a prospect follow up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 23(1), 67-75.