

Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica

LUZIA TRAVADO (*)
RUTE PIRES (*)
VILMA MARTINS (*)
CIDÁLIA VENTURA (*)
SÓNIA CUNHA (*)

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde um problema de saúde pública que tende a aumentar nos países industrializados, sendo que a obesidade mórbida (OM) é uma versão patológica desta. Classifica-se por um Índice de Massa Corporal igual ou superior a 40 Kg/m² (IMC=peso/altura² ≥ 40 Kg/m²) e é considerada uma doença crónica multi-factorial com consequências nefastas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

De um modo geral, o obeso mórbido tem um longo historial 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, estes não são habitualmente satisfatórios, pois que, após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recupera em pouco tempo o peso perdido (Franques, 2003), chegando a níveis ainda mais altos que os anteriores (Garner & Wooley, 1991). 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. Este tipo de insucesso no tratamento desta patologia deve-se em grande parte ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento (Reis, 1998). As variáveis psicológicas, nomeadamente as de personalidade, parecem ter um importante papel nesta patologia (Grana, Coolidge, & Merwin, 1989), pelo que, uma abordagem terapêutica que contemple as dimensões biopsicossociais do indivíduo através de

(*) Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central), Hospital de S. José, Equipa de Psicoterapia.

uma equipa multidisciplinar deve ser privilegiada de modo a assegurar o êxito do tratamento desta patologia 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. Este tipo de abordagem é recomendada pelas sociedades científicas internacionais (e.g., *International Federation for the Surgery of Obesity*, IFSO) no tratamento desta patologia associada à proposta de realização de uma cirurgia e praticada em vários centros (e.g., Centro de Obesidade do Centro Hospitalar Universitário de Liège Ourthe-Amblyve; Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, AMBESO).

Recentemente a cirurgia bariátrica¹ ganhou relevo como uma importante opção terapêutica para esta doença, e é considerada a forma mais eficaz de controlar a longo prazo (Delin & Anderson, 1999). Este facto leva a que muitos doentes a encarem como “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas. No entanto, esta crença excessiva e irrealista no “milagre cirúrgico” (Rabner & Greenstein, 1991) (i.e., parte biológica do tratamento) poderá colocar em risco o êxito do tratamento, pela consequente desresponsabilização que ela poderá implicar por parte do doente neste processo. A isto acresce a tendência dos pacientes obesos em desejarem ser participantes passivos no seu tratamento (Randolph, 1986). Contudo, a cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente aos seus requisitos pós-cirúrgicos (i.e., modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida) para garantir a eficácia do tratamento. Como referem Valley e Grace (1987) 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, é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas.

¹ Designa os diversos tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade mórbida, sendo a gastroplastia com banda insuflável por via laparoscópica, uma das mais recentes.

É sabido que as significações de doença e de tratamento influenciam os processos de adesão dos indivíduos ao tratamento (Turk & Meichenbaum, 1991), ou seja, o modo como eles concebem a sua doença (i.e., identidade, etiologia, evolução, consequências e controlabilidade; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), tratamento, seus efeitos e grau de mudança comportamental exigido, relação com os profissionais de saúde, com o sistema de saúde e com os recursos sociais (Reis, 1999).

Deste modo, devem ser tidas em consideração algumas variáveis psicológicas e sociais do indivíduo com OM que fazem parte do seu processo de doença e que dão lugar à abordagem psicológica enquanto parte integrante do processo de tratamento destes doentes (Kinzl, Traweger, & Biebl, 2003; Valley & Grace, 1987). Vários autores referem a importância da avaliação psicológica e da adequação cognitiva e comportamental do paciente ao tratamento como factores de prognóstico deste (DiGregorio & Moorehead, 1994; Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001; Sannen, Himpens, & Leman, 2001).

Com efeito, a existência de alterações psicopatológicas e/ou de personalidade com significado clínico têm sido descritas como podendo comprometer o tratamento, nomeadamente através da não-adesão. Os estudos sobre as características psicológicas desta população referem como alterações mais frequentes, a nível psicopatológico e de personalidade, a perturbação *borderline* (Black, Goldstein, & Mason, 1992) e a nível emocional, as de tipo depressivo, sendo as de tipo ansioso as segundas mais prevalentes (Black, Goldstein, & Mason, 1992; Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001). O psicoticismo é praticamente inexistente (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001). A compulsão para comer (*binge-eating*) é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras e pervasivas, sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes doentes, por reacções emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva (Lang e col., 2000). Vários autores referem outras complicações psicológicas associadas à obesidade. Por exemplo, Stunkard e Wadden (1992), 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, absentismo, psicossomatismo, entre outros. A baixa qualidade de vida, a que acresce a co-morbilidade mais frequente desta população (i.e., diabetes, hipertensão, apneia noturna, problemas osteo-articulares, etc.) tem sido referida em diversos estudos (Sullivan, Sullivan & Kral, 1987; Larsen, 1990; Kral, Sjöström, & Sullivan, 1992; Favretti, O'Brien, & Dixon, 2002), bem como, a sua melhoria significativa, independentemente da quantidade de peso perdido após a cirurgia (Dixon & O'Brien, 2002; Diniz, Sander, & Almeida, 2003).

Embora exista alguma controvérsia relativamente ao grau de perturbação psicológica desta população, nomeadamente quanto à existência de uma maior prevalência de doença psiquiátrica comparativamente à população geral, esta perspectiva não é corroborada por muitos dos estudos neste domínio (Stunkard, Stinnett, & Smoller, 1986; Grana, Coolidge, & Merwin, 1989). No entanto, os autores são consensuais no que diz respeito à importância do seu despiste prévio à cirurgia (Valley & Grace, 1987; Charles, 1987). A existência de alterações do foro psicológico, contudo, não é por si só impeditivo da realização do tratamento, mas estas deverão ser tidas em consideração nas opções a tomar face ao mesmo (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001; Benotti & Martin, 2004; Segal, 2003), sendo que, o grau de psicopatologia é sugerido em alguns estudos (e.g., Valley & Grace, 1987) como constituindo o “elemento-chave” para o desenvolvimento quer de complicações médicas quer de psicológicas na fase pós-cirurgia.

Neste sentido, têm sido sugeridos por alguns autores critérios de índole psicológica para a selecção dos candidatos a cirurgia, que a contra-indicam ou que os remetem para tratamento prévio. Como contra-indicação absoluta ou critérios de exclusão têm sido referidas as seguintes condições clínicas: as psicoses, alcoolismo e atraso mental (por impedirem uma tomada de decisão informada/consentimento informado), e a bulimia nervosa (Terra, 1997) e nunca ter frequentado um programa de tratamento para perda de peso, considerando a cirurgia como tratamento de primeira escolha, falta de motivação e colaboração na implementação das necessárias mudanças

ao nível do estilo de vida (Freys e col., 2000). Como critérios de suspensão do agendamento de cirurgia têm sido referidas as seguintes condições clínicas: perturbação alimentar de tipo compulsivo (*binge-eating disorder*), bulimia, abusos físicos e/ou sexuais, abuso/dependência de substâncias, estados maníacos, psicoses e ideação e intenção suicida até à sua remissão total, e as perturbações ansiosas e depressivas, problemas conjugais/familiares, perturbações de personalidade e perturbação de stresse pós-traumático até à sua remissão parcial (Ayad, 2004). 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 (e.g., Charles, 1987). No entanto, apesar destas divergências, há fortes evidências de que haja uma melhoria da psicopatologia prévia no período pós-cirúrgico, independentemente da técnica usada e, possivelmente da doença psiquiátrica de base (van Gemert, Severeijns, Greve, Groenman, & Soeters, 1998; Dixon & O'Brien, 2002; Maddi, Fox, Khoshaba, Harvey, Lu, & Persico, 2001).

Salientam-se os indicadores de qualidade de vida e de psicopatologia como sendo, do ponto de vista psicossocial, os mais sensíveis aos benefícios do tratamento.

No Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José a OM tem merecido uma maior atenção desde que no início de 2002 se constituiu uma equipa multidisciplinar para o seu tratamento, que envolve as especialidades de Cirurgia Laparoscópica, Psicologia Clínica, Dietética entre outras, com o objectivo de otimizar o êxito do tratamento, a qualidade de vida e bem-estar dos seus doentes. A abordagem psicológica, inserida no contexto desta equipa e seus objectivos, estrutura-se ao longo das três principais fases do processo de tratamento: (1) pré-cirurgia, (2) internamento e (3) pós-cirurgia e *follow-up*. Foi criada uma nova consulta externa designada Consulta de Psicoterapia/Obesidade e desenvolvido um protocolo de avaliação psicológica e de actuação psicoterapêutica (ver Esquema 1) de modo a corresponder às necessidades específicas desta população e às expectativas da equipa.

1.ª Fase: Pré-cirurgia

- Avaliação psicológica (protocolo: entrevista semi-estruturada e questionários clínicos) e emissão de parecer técnico;
- Didácticas para compreensão do tratamento e do seu papel e obtenção de um compromisso esclarecido de participação activa.

2.ª Fase: Internamento

- Preparação psicológica do paciente para o internamento, cirurgia, período pós-cirúrgico imediato e adesão aos seus requisitos.

3.ª Fase: Pós-cirurgia e *Follow-up*

- Psicoterapia cognitivo-comportamental em formato individual e grupal.
 - Reavaliação psicológica.
-

Numa primeira fase e previamente à cirurgia, este protocolo inclui: (1) avaliação e caracterização psicológica de cada paciente, com emissão de *parecer técnico* sobre as condições psicológicas deste para realização de cirurgia, que inclui critérios clínicos de morbidade psicológica e de motivação, colaboração e responsabilidade do paciente face ao processo de tratamento e mudanças associadas; com base nestes foram definidos 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 especialidade prévio ao mesmo; (2) didácticas sobre os requisitos do tratamento nas suas vertentes (i.e., bio-psico-social), com ênfase no papel do doente, e modificação de crenças desadaptativas face à cirurgia e processo de tratamento; (3) obtenção de um *compromisso/contrato* esclarecido de participação activa neste tratamento por parte do doente. Este compromisso é um acréscimo ao tradicional Consentimento Informado e pretende contribuir para uma maior consciencialização, participação activa e responsabilidade do paciente no processo de tratamento e suas decisões, mantendo o seu valor simbólico como “documento” (Rasera & Shiraga, 2003).

A proposta de realização de cirurgia é, assim, coadjuvada por uma abordagem de cariz cogniti-

vo-comportamental que incide na modificação de significações e comportamentos desadaptativos associados à OM.

Neste estudo apresenta-se a caracterização psicológica da população de obesos mórbidos avaliados durante aproximadamente dois anos, entre Fevereiro de 2002 e Maio de 2004. O protocolo de avaliação psicológica que foi desenvolvido e que é actualmente utilizado, os critérios de selecção dos candidatos a cirurgia, e o delineamento da abordagem psicoterapêutica enquadrada num modelo compreensivo de base psico-educacional.

METODOLOGIA

Participantes

Indivíduos com OM avaliados na Consulta de Cirurgia Geral/ Laparoscopia do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José e considerados do ponto de vista médico candidatos a cirurgia bariátrica, foram enviados à consulta de Psicoterapia/Obesidade para avaliação psicológica e parecer técnico prévio à realização da cirurgia. Esta avaliação realiza-se habitualmente em duas consultas.

Instrumentos de Avaliação

A metodologia utilizada inclui uma entrevista clínica semi-estruturada e questionários clínicos de auto-avaliação. A entrevista semi-estruturada foi desenvolvida para esta população, com o objectivo de obter dados qualitativos relativamente a aspectos relevantes da história de obesidade do paciente, sua motivação e expectativas face ao tratamento, conhecimento sobre o procedimento terapêutico, padrão de comportamento alimentar actual e estilo de vida. Os questionários clínicos de auto-avaliação proporcionam dados quantitativos e comparativos e foram seleccionados com o objectivo de obter uma caracterização de cada indivíduo sobre parâmetros considerados pertinentes, tais como: personalidade e psicopatologia (MCMI-II), ansiedade e depressão (HADS), qualidade de vida (MOS-SF/20), e auto-conceito (ICAC), que a seguir se descrevem.

O *Inventário Clínico Multiaxial de Millon (2.ª versão) – MCMI-II* (tradução portuguesa) é um inventário clínico de avaliação da personalidade que permite a identificação de características de personalidade normal, síndromes clínicas e perturbações de personalidade, tendo sido utilizado no nosso estudo para a realização de diagnóstico diferencial e identificação de psicopatologias específicas. É constituído por 175 itens com formato de resposta Verdadeiro/Falso, sendo o tempo de aplicação relativamente breve (15 a 25 minutos). É composto por 26 escalas: 4 escalas de precisão e validade, 10 escalas de personalidade básica: Esquizóide (1), Evitante (2), Dependente (3), Histriónica (4), Narcísica (5), Antisocial (6A), Agressiva (6B), Compulsiva (7), Passiva-Agressiva (8A), e Auto-Derrotista (8B), 3 escalas de perturbação de personalidade: Esquizotípica (S), *Borderline* (C) e Paranóide (P), 6 escalas de síndromes clínicas de gravidade moderada – Eixo I DSM-III-R: Ansiedade (A), Somatoforme (H), Bipolar (N), Distímia (D), Dependência de Álcool (B), Dependência de Drogas (T) e 3 escalas de síndromes clínicas de gravidade elevada – Eixo II DSM-III-R: Perturbação de Pensamento (SS), Depressão Major (CC) e Alucinações (PP), e ainda a avaliação do risco de suicídio. Os resultados são traduzidos num perfil interpretado de acordo com a elevação e co-variância das escalas. Trata-se de um instrumento de avaliação para populações clínicas, cujos resultados, no âmbito da

avaliação psicológica do obeso mórbido na fase pré-cirurgia contribuem para a emissão do parecer psicológico e tomada de decisão relativamente à necessidade de encaminhamento do doente para consultas de especialidade (e.g., Psiquiatria e/ou Psicologia Clínica) de acordo com critérios específicos que contemplam a gravidade da perturbação psicopatológica.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) é uma escala de auto-avaliação, frequentemente utilizada e desenvolvida para uso em contexto hospitalar. Consiste em 14 itens divididos em duas sub-escalas, de Ansiedade (7 itens) e de Depressão (7 itens) que conjuntamente produzem um resultado total. Um resultado entre 8-10 para cada sub-escala é considerado *borderline*, e um resultado igual ou superior a 11 é indicador de presença de ansiedade ou depressão (Carroll et al., 1993). Para a interpretação clínica do resultado total foi proposto que um valor ≥ 19 fosse considerado indicador de perturbação emocional significativa (Razavi et al., 1990). No entanto, de acordo com Ibbotson e col. (1994), um resultado total ≥ 15 já apresenta uma capacidade discriminativa de perturbação emocional com um valor preditivo positivo de 41% para “casos psiquiátricos”.

A escala *Medical Outcome Studies Short-Form Health Survey* (MOS-SF/20) foi construída com o objectivo de avaliar o funcionamento e bem-estar de pessoas que sofrem de doenças crónicas. É uma escala de auto-avaliação, breve, de fácil compreensão e preenchimento, constituída por 20 questões sobre seis dimensões da qualidade de vida: a) actividade física (FF), refere-se à influência do estado de saúde na realização de várias actividades físicas do quotidiano; b) o trabalho (RF), refere-se à influência do estado de saúde em actividades diárias habituais; c) as percepções sobre o estado de saúde (HP), refere-se às auto-avaliações sobre o estado de saúde actual; d) as percepções da dor (D), solicita uma avaliação da intensidade da dor percebida; e) actividade social (FS), refere-se à influência do estado de saúde nas actividades sociais habituais; f) a saúde mental (SM), refere-se ao afecto ou estado de humor em geral, incluindo estados depressivos, ansiosos e bem-estar psicológico. A escala permite obter um resultado global quantitativo da qualidade de vida, resultante do somatório dos quantitativos das seis dimensões referidas. Quan-

to maior é o resultado obtido melhor é a qualidade de vida percebida do paciente (valores totais entre um mínimo de 11 e um máximo de 74). Os estudos sobre a validade da escala revelaram que apresenta bons índices e que é um bom instrumento discriminativo entre pacientes com “mau estado de saúde” e a população geral (Stewart, Hays & Ware, 1988).

O *Inventário Clínico do Auto-Conceito* (Vaz Serra, 1987) é utilizado para medir aspectos sociais e emocionais do auto-conceito. É constituído por 20 itens medidos numa escala tipo Likert (de 1 a 5) e avalia as seguintes dimensões de auto-conceito: aceitação-rejeição social (F1), auto-eficácia (F2), maturidade psicológica (F3) e impulsividade-actividade (F4). No que respeita à cotação, quanto melhor for o auto-conceito do indivíduo, maior a pontuação total obtida. Esta pode variar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 pontos.

Este modelo de avaliação psicológica desenvolvido pelas autoras constitui o actual protocolo de avaliação psicológica para esta população utilizado no Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José.

RESULTADOS

1. *Características Socio-demográficas e Clínicas dos Pacientes*

Foram avaliados 212 pacientes, 29 do sexo masculino (13,7%) e 183 do sexo feminino (86,3%) com OM, com uma média de idade de 41,1±11,76 anos (idades compreendidas entre 16 e 65 anos), com um peso médio de 125,2±23,25 Kg e média de IMC de 46,6±7,86 Kg/m². Apresentam uma escolaridade média de 9,2±4,32 anos (0-17 anos), relativamente ao estado civil, 67% são casados/união de facto, 19,8% solteiros, 7,6% divorciados, 5,7% outros. Quanto à situação profissional 63,7% são empregados, 25,9% desempregados/domésticas, 3,8% estudantes. Relativamente a tentativas anteriores de perda de peso 2,3% nunca fizeram, 33,4% fizeram programas de redução de peso auto-geridos, 84,6% fizeram-no com orientação de especialista.

2. *Análise Quantitativa dos Dados*

Procedeu-se a uma análise estatística dos dados utilizando o SPSS 11.5. Efectuou-se uma análise exploratória dos dados utilizando medidas descritivas e o teste não-paramétrico de Spearman para obter os coeficientes de correlação.

Morbilidade Psicológica: Psicopatologia, alterações da personalidade e emocionais

Os resultados médios e desvio padrão para a população de obesos mórbidos avaliada através da escala de personalidade (MCMI-II) são apresentados no Quadro 1.

Como se pode constatar estes revelam algumas alterações com significado clínico ao nível da personalidade básica, nomeadamente, da personalidade compulsiva (77), e um aumento sugestivo de patologia (ainda que abaixo do valor de corte ≥ 75) nas escalas de personalidade esquizóide (64), evitante (69), dependente (73), histriónica (68), narcísica (70), anti-social (62), agressiva (63), passiva-agressiva (60) e auto-derrotista (68). Os sujeitos tendem a apresentar-se de forma favorável ou com uma personalidade atraente (desejabilidade social=72). Nas escalas de perturbação da personalidade e nas escalas de síndromes clínicas de gravidade moderada e elevada não se registaram alterações significativas. Relativamente ao risco de suicídio verificou-se que em termos médios é de 0,5 (valores entre 0 a 3), ou seja, existe mas é considerado ligeiro, sendo que 138 indivíduos (73,4%) referem não terem ideação ou intenção suicida e 50 (26,6%) referem algum grau da mesma².

Relativamente à presença de alterações emocionais (ver Quadro 2) verificou-se um resultado médio para a ansiedade de 9,1, valor considerado *borderline* o que significa uma tendência para distúrbios de ansiedade, para a depressão um valor médio de 7,0 considerado sem significado clínico, e um valor médio total de 16,1 que indica segundo alguns autores (Ibbotson e col., 1994) a presença de alterações emocionais com significado clínico.

² Os dados sobre este factor só estavam disponíveis para 188 sujeitos.

QUADRO 1

Valores médios e desvios padrão da amostra nas escalas do Inventário Clínico de Personalidade (MCMI-II)

Escalas de Validade	Média	D.P.
V - Validade	0	.28
X - Sinceridade	61,9	17.31
Y - Desejabilidade	71,9	15.47
Z - Alteração	49,0	22.88
Escalas Básicas de Personalidade		
1. Esquizóide	64,2	15.70
2. Evitante	68,6	20.02
3. Dependente	72,5	24.66
4. Histriónica	67,8	17.37
5. Narcísica	69,5	17.90
6A. Antissocial	61,7	13.81
6B. Agressiva	63,4	18.19
7. Compulsiva	77,0	13.86
8A. Passiva-Agressiva	59,8	27.21
8B. Auto-Derrotista	67,5	24.20
Escalas de Perturbação da Personalidade		
S. Esquizotípico	59,6	15.70
C. <i>Borderline</i> ou Estado-Limite	60,7	20.57
P. Paranóide	68,4	13.94
Escalas representativas de Síndromes Clínicas (gravidade moderada)		
A. Ansiedade	63,1	31.80
H. Somatoforme	63,5	17.74
N. Bipolar	55,5	12.81
D. Distímia	50,7	35.38
B. Abuso/dependência de Álcool	47,0	16.44
T. Abuso/dependência de Drogas	54,2	15.08
Escalas representativas de Síndromes Clínicas (gravidade elevada)		
SS. Perturbação de Pensamento	55,9	18.72
CC. Depressão Major	58,3	18.55
PP. Alucinações	59,9	13.36
<i>Factor de Risco (indicador da presença de ideação suicida)</i>	0,5	.44

QUADRO 2
Valores médios e desvios padrão da amostra no ICAC, HADS, MOS-SF/20

Questionário	Resultados médios e DP		Resultados médios e DP nas sub-escalas	
HADS	Total	16,1 ± 7.36	(A) Ansiedade (D) Depressão	9,1 ± 4.02 7,0 ± 4.16
MOS-SF/20	Qualidade de Vida Total	39,0 ± 13.88	(HP) Percepção de saúde (FF) Actividade Física (RF) Trabalho (D) Percepção de Dor (FS) Actividade Social (SM) Saúde Mental	12,5 ± 4.98 1,9 ± 1.81 1,0 ± 0.97 2,3 ± 2.94 4,3 ± 1.80 16,8 ± 7.14
ICAC	Auto-Conceito Total	69,1 ± 10.59	(F1) Aceitação/rejeição social (F2) Auto-eficácia (F3) Maturidade psicológica (F4) Impulsividade/actividade	17,9 ± 3.84 19,0 ± 2.80 15,2 ± 3.22 11,2 ± 2.59

Qualidade de Vida

Como se pode ver no Quadro 2, a qualidade de vida em termos globais é de 39,0, considerada baixa comparativamente com outras populações clínicas, nomeadamente, doentes tratadas a cancro da mama (de 48,5 em Travado & Matos, 2001). A actividade física é a área mais desfavoravelmente afectada (1,9 num máximo de 6), sendo que todas as outras apresentam valores médios baixos indicando um impacto moderadamente negativo na sua percepção sobre estado de saúde e vivência quotidiana (trabalho, percepção de dor, actividade social e saúde mental).

Auto-Conceito

O auto-conceito médio total na nossa população é de 69,1, que segundo Vaz Serra (1986) se pode considerar dentro de valores médios para a população normal (70.4±7.8). Relativamente às dimensões avaliadas de auto-conceito, tal como se pode ver no Quadro 2, e segundo o autor referido encontram-se todos dentro dos valores médios para a população normal.

Correlação entre variáveis

As correlações entre os vários parâmetros são apresentadas no Quadro 3.

Foram encontradas correlações significativas

entre algumas variáveis, que passamos a discriminar: a) O *IMC* correlaciona-se negativamente com a qualidade de vida (MOS-SF/20) e com a escolaridade, e positivamente com o peso, com as alterações emocionais de ansiedade (HADS) e com a maior parte das subescalas do MCMI-II, nomeadamente, validade: sinceridade (X) e alteração (Z); personalidade básica: evitante (2) e auto-derrotista (8B); perturbação de personalidade: esquizotípica (S) e paranóide (P); síndromes clínicas de gravidade moderada: ansiedade (A), distímia (D) e abuso/dependência de álcool (B) e síndromes clínicas de gravidade elevada: perturbação do pensamento (SS), depressão major (CC) e alucinações (PP). Pode dizer-se que quanto maior é o *IMC* menor é a qualidade de vida e maior é o nível de alteração emocional e psicopatologia. b) A *idade* correlaciona-se positivamente com o auto conceito total, aceitação/rejeição social (F1) e auto-eficácia (F2) e com a compulsividade (7). Correlaciona-se negativamente com o peso e qualidade de vida (MOS-SF/20) em todas as suas dimensões. Deste modo, quanto mais idade tem o indivíduo melhor é o seu auto-conceito, mais tendência à compulsividade e menor o seu peso e qualidade de vida. c) A análise da variável *sexo*³, evidencia diferenças signi-

³ Para esta variável foi utilizada uma análise estatística de comparação de médias (T-teste).

QUADRO 3
Correlação entre as variáveis mais relevantes

	Idade	IMC	HADS A	HADS D	AC Total	MCMI 7	Factor Risco
Idade	1.00	-.044	-.046	-.055	.232**	.321**	-.010
Sexo	-.107	.053	-.150	-.036	-.013	-.298**	.009
Escolaridade	-.345**	-.281**	-.169*	-.106	.088	-.374**	-.087
Peso	-.219**	.785**	.063	.050	-.111	-.143	.077
IMC	-.044	1.00	.173*	.096	-.134	.098	.074
HADS A	-.046	.173*	1.00	.591**	-.109	.049	.317**
HADS D	-.055	.096	.591**	1.00	-.203*	.017	.359**
Hads total	-.060	.147	.876**	.899**	-.184*	.044	.382**
MOS QVT	-.148*	-.169*	-.676**	-.673**	.053	-.191*	-.255**
Percep. Saúde	-.170*	-.179*	-.491**	-.513**	.033	-.153*	-.151*
Activ.Física	-.275**	-.101	-.325**	-.306**	-.120	-.256**	.014
Trabalho	-.298**	-.166*	-.344**	-.299**	-.094	-.283**	-.024
Perc. Dor	-.219**	.002	-.415**	-.496**	.111	-.153*	-.098
Activ. Social	-.197**	-.215**	-.377**	-.390**	.158*	-.257**	-.120
Saúde Mental	.015	-.121	-.678**	-.629**	.137	-.094	-.315**
AC total	.232**	-.134	-.109	-.203*	1.00	.099	-.139
Ac/Rej Social	.212**	-.090	-.153	-.274**	.864**	.115	-.117
Auto-eficácia	.256**	-.124	-.057	-.126	.733**	.069	-.127
Matur. Psicol.	.094	-.136	-.042	-.121	.760**	.099	-.095
Impul/Activid	.145	-.017	-.074	-.047	.731**	.115	-.013
Validade	-.013	.012	-.008	.038	-.103	.097	-.073
Sinceridade	.052	.246**	-.511**	.503**	-.040	-.032	.564**
Desejabilid.	.176*	.023	-.060	-.116	.361**	.411**	-.099
Alteração	-.002	.242**	.694**	.674**	-.172*	-.029	.580**
Esquizóide 1	.168*	.181*	.291**	.445**	-.238**	.296**	.190**
Evitante 2	.048	.257**	.526**	.532**	-.234**	.006	.333**
Dependente 3	.186*	.174*	.195*	.189*	-.020	.203**	.065
Histriónica 4	-.034	-.009	-.070	-.162*	.298**	-.143	.048
Narcísica 5	.014	.094	-.062	-.111	.247**	-.016	.110
Antissocia 6 A	-.117	.072	.152	.148	.057	-.197**	.232**
Agressiva 6B	-.026	.048	.058	.049	.143	.057	.208**
Compulsiva 7	.321**	.098	.049	.017	.099	1.00	-.128
Pass/Agrss 8A	-.100	.155	.522**	.455**	-.070	-.168*	.473**
Auto-Derr 8B	.050	.228**	.629**	.592**	-.183*	-.018	.444**
Esquizotípico S	.006	.287**	.464**	.532**	-.167*	.047	.439**
Borderline C	-.068	.187*	.634**	.557**	-.062	-.073	.526**
Paranóide P	.032	.241**	.155	.146	.045	.227**	.206**
Ansiedade A	.067	.230**	.669**	.659**	-.125	.125	.427**
Somatoform H	.151*	.184*	.525**	.525**	.011	.200**	.281**
Bipolar N	-.095	.063	.113	-.074	.263**	-.135	.056
Distímia D	.051	.233**	.649**	.704**	-.187*	.069	.534**
Dep. Álcool B	-.046	.207**	.483**	.470**	-.110	-.075	.322**
Dep. Droga T	-.028	.097	.353**	.260**	.077	-.123	.375**
Pert. Pens. SS	-.024	.237**	.485**	.518**	-.113	-.055	.513**
Dp. Major CC	.018	.234**	.656**	.655**	-.163*	.031	.565**
Alucinação PP	-.034	.217**	.338**	.304**	.073	.223**	.297**
Factor Risco	-.010	.074	.317**	.359**	-.139	-.128	1.00

**p*.01
p.05

ficativas ($p < 0,01$) entre os dois sexos para as variáveis, peso e algumas subescalas do MCMI-II, verificando-se uma tendência do sexo masculino para apresentar mais peso (148,35Kg para os homens e 121,20Kg para as mulheres) e resultados mais elevados na escala de personalidade antissocial (68,37 para os homens e 60,63 para as mulheres) (6A) e abuso/dependência de álcool (B) (54,81 para os homens e 45,73 para as mulheres), e uma tendência do sexo feminino para apresentar valores mais elevados na compulsividade (7) (78,86 para as mulheres e 66,00 para os homens). d) A *ideação suicida* surge correlacionada negativamente com a qualidade de vida total e sua dimensão de saúde mental (SM) e positivamente com praticamente todas as subescalas do MCMI-II, à exceção das sub-escalas de compulsividade (7), personalidade histriónica (4), dependente (3), narcísica (5) e distúrbio bipolar (N), bem como, para o auto-conceito em qualquer das suas dimensões. Pode assim dizer-se que a presença de *ideação suicida* sugere uma menor qualidade de vida e uma tendência para o aumento dos níveis de perturbação emocional e mesmo de psicopatologia. e) A sub-escala da *compulsividade* (7) do MCMI-II revela correlações positivas com a idade, a desejabilidade (Y), as personalidades esquizóide (1) e dependente (3), e perturbação da personalidade paranóide (P), distúrbio somatoforme (H) e alucinações (PP). Verificam-se correlações negativas com algumas dimensões da qualidade de vida (FF, RF, FS) e sexo. Os valores de compulsividade (7) aumentam com a idade, com algumas perturbações de personalidade, e são mais evidentes nas mulheres. Ao mesmo tempo o seu aumento é revelador de menor qualidade de vida. f) A variável *auto-conceito* também apresenta correlações significativas com outras variáveis. Está correlacionada positivamente com a idade, a desejabilidade (Y), as personalidades histriónica (4) e narcísica (5), e distúrbio bipolar (N), e correlacionada negativamente com a personalidade esquizóide (1) e evitante (2), depressão major (CC) e dependência de álcool (B), ou seja, quanto maior é o auto-conceito, maior é a idade e maior os valores de alguns tipos de personalidade, e menores os níveis de depressão e dependência de álcool.

3. *Análise Qualitativa dos Dados*

A partir dos dados da entrevista clínica semi-estruturada procedeu-se a uma análise de conteúdo da qual se extraíram categorias de resposta por item, que se apresentam no Quadro 4. Em seguida descrevemos os seus aspectos mais relevantes.

A maioria dos indivíduos com OM seguidos na Consulta Multidisciplinar do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José para tratamento cirúrgico da sua doença, tem história familiar de obesidade, início da obesidade na infância (38.3%) e evolução gradual de peso ao longo do seu ciclo vital associada a acontecimentos de vida, sendo a 1.^a gravidez o mais referenciado (60.7%) como início e factor de agravamento da obesidade. A maioria seguiu programas estruturados de perda de peso orientados por especialistas, sem resultados satisfatórios ao nível da diminuição de peso e, sobretudo, da sua manutenção. Os benefícios que mantêm após serem sujeitos a estes programas, reportam-se essencialmente às regras alimentares. Apontam como causas mais relevantes da sua obesidade, os hábitos alimentares desadequados (57.2%), a compulsão para comer/falta de auto-controlo (31.4%), alterações do seu estado emocional/humor (29.6%) e acontecimentos de vida precipitantes (22.0%). Referem como principais consequências do excesso de peso, sintomas físicos (68.1%), problemas funcionais (62.0%), aparecimento/agravamento de doenças (38.7%) e insatisfação com o corpo/auto-imagem (35.0%). Têm historial de problemas psicológicos/psiquiátricos, sendo na sua maioria acompanhados por especialista.

No que respeita aos principais motivos subjacentes à tomada de decisão face à cirurgia, os pacientes manifestam melhoria dos problemas de saúde (51.7%), eficácia da cirurgia na perda de peso (34.7%) e melhoria da auto-estima (25.2%), sendo o seu grau de motivação bastante elevado (92.5%). Expressam ter apoio por parte dos familiares directos e família alargada no que respeita à realização do tratamento. Apresentam-se bastante expectantes face aos resultados, centrando-se maioritariamente na diminuição de peso (80.0%), bem-estar emocional e psicológico (51.5%), melhoria dos problemas de saúde (40.0%) e da funcionalidade (33.8%). Salientam a importância de assumir um papel activo nas fases pré e

QUADRO 4

Protocolo de Entrevista Semi-Estruturada com categorias de análise de conteúdo de resposta por item e respectivas percentagens na população estudada

ANÁLISE QUALITATIVA		N total = 212
A. HISTORIAL DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS		
- Não		49.6%
- Sim:		50.4%
- Sim, mas nunca teve acompanhamento	7.6%	
- Sim, c/ acompanhamento de médico de família	5.9%	
- Sim, c/ acompanhamento psicoterapêutico	10.9%	
- Sim, c/ acompanhamento psiquiátrico	26.1%	
B. HISTORIAL DA OBESIDADE		
1. a) Evolução ponderal associada a etapas do ciclo de vida:		47.8%
- 1ª infância	38.3%	
- 2ª infância	10.6%	
- Idade escolar	19.1%	
- Puberdade/Adolescência	31.9%	
b) Acontecimentos de vida		67.3%
- Casamento	18.7%	
- Gravidez (1.ª)	60.7%	
- Gravidez (2.ª ou subsequentes)	16.8%	
- Menopausa	3.7%	
c) Evolução ponderal associada a acontecimentos de vida significativos e acidentais		40.3%
d) Modificações no estilo de vida		12.6%
2. Atribuições causais		
- Hábitos alimentares desadequados		57.2%
- Compulsão para comer/falta de auto-controlo		31.4%
- Alterações do estado emocional		29.6%
- Alterações hormonais		13.9%
- Factores metabólicos		11.3%
- Factores hereditários		5.7%
- Acontecimentos de vida		22%
- Sedentarismo		3.8%
- Não sabe		4.9%
- Outros		15.6%
3. Antecedentes familiares de obesidade		
- Sem antecedentes familiares		27.9%
- Parentes em 1.º grau obesos		66.2%
- Parentes em 2.º grau obesos		28.1%
- Não sabe		1%
4. Tentativas anteriores de perda de peso		
- Nunca fez programa de perda de peso		2.3%
- Programa de perda de peso auto-gerido		33.4%
- Programa de perda de peso orientado por especialistas		84.6%

continua na página seguinte

5. Benefícios mantidos após os programas

- Nada	42.4%
- Regras alimentares	44.6%
- Regras de comportamento alimentar (auto-controlo)	27.2%
- Implementação de actividade física	4.3%

6. Apoio de outros significativos

- Sim:		93.4%
- Conjuge/companheiro	42.4%	
- Pais	15.2%	
- Filhos	44.4%	
- Outros familiares/família alargada	33.3%	
- Amigos	19.2%	
- Vizinhos	1%	
- Colegas	3%	
- Médico	1%	
- Mais ou menos		0.9%
- Não		5.7%

7. Consequências

- Sintomas físicos	68.1%
- Problemas funcionais	62%
- Doenças	38.7%
- Dificuldade na aquisição de vestuário	27.6%
- Insatisfação com o corpo/auto-imagem	35%
- Sintomas psicológicos	23.9%
- Problemas sociais/profissionais	23.3%
- Problemas interpessoais/relacionais	11.5%
- Problemas sexuais/conjugais	20.2%
- Outros	4.6%
- Não sabe	0.8%

C. MOTIVAÇÃO E EXPECTATIVAS FACE AO TRATAMENTO

8. Motivos subjacentes à tomada de decisão face à cirurgia

- Melhoria dos problemas de saúde associados	51.7%
- Eficácia da cirurgia na perda de peso	34.7%
- Ineficácia de outros tratamentos	21.8%
- Melhorar a auto-estima	25.2%
- Melhorar a nível estético	21.8%
- Outros	22.4%

9. Grau de motivação face ao tratamento

- 0 a 4 (baixo)	0%
- 5 a 7 (moderado)	7.5%
- 8 a 10 (elevada)	92.5%

10. Expectativas dos resultados do tratamento

- Diminuição de peso	80.0%
- Bem estar emocional e psicológico	51.5%
- Melhorias a nível interpessoal	20.8%
- Melhoria a nível estético	9.2%
- Melhoria a nível funcional	33.8%
- Melhoria dos problemas de saúde	40.0%
- Outros	19.2%

continua na página seguinte

11. Papel do doente

- Antes da cirurgia:		45.4%
- Não sabe	4.5%	
- Activo	70.5%	
- Passivo	25%	
- Depois da cirurgia:		93.8%
- Não sabe	2.2%	
- Activo	60.4%	
- Passivo	37.4%	

D. CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO

12. Dificuldades antecipadas

- Mudança no comportamento alimentar, face às especificidades de cada uma das fases		44.6%
- Auto-controlo		20.5%
- Mudanças no estilo de vida		9.0%
- Procedimentos médicos		5.7%
- Nenhumas		24.1%
- Outros		8.0%
- Não sabe		3.4%

13. Confronto com dificuldades antecipadas

- Reestruturação/reorganização da vida diária		24.7%
- Cirurgia como incentivo/motivação para ultrapassar dificuldades		26.0%
- Apoio dos técnicos de saúde		9.6%
- Auto-controlo		31.5%
- Apoio de familiares/amigos		16.4%
- Não sabe		3.7%

14. Necessidade de Informação médica

- Não		25.5%
- Moderada		20.6%
- Sim		53.9%

15. Dúvidas sobre o procedimento terapêutico

- Alterações alimentares (mudanças específicas a realizar na dieta – conteúdo)		17.9%
- Alterações do comportamento alimentar (modo)		6.0%
- Procedimento cirúrgico		36.9%
- Eficácia do tratamento		4.8%
- Manutenção do peso perdido a longo prazo		1.2%
- Efeitos secundários da cirurgia (físicos e emocionais)		8.3%
- Outros		26.2%
- Sem dúvidas		28.6%

E. PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTILO DE VIDA

16. Padrão do comportamento alimentar actual

- Preferência por alimentos hipercalóricos		84.1%
- Padrão alimentar desregrado:		94.7%
- Come depressa	65.1%	
- Come em pé e/ou frente à televisão	38.1%	
- Mastiga rapidamente	49.2%	

continua na página seguinte

17. Factores precipitantes do comportamento alimentar disfuncional

- Alterações no estado emocional/humor	74.2%
- Gula	19.4%
- Fome	16.1%

18. Perturbações do comportamento alimentar

- Ingestão compulsiva/crises de voracidade alimentar	43.1%
- <i>Sweet-eaters</i>	1.5%
- Comportamento bulímico	1.5%
- Ingestão nocturna	21.5%
- Alteração sazonal afectiva	15.4%
- Petisco contínuo	44.6%
- Indisciplina nas refeições	70.8%
- Outros	12.3%

19. Caracterização do estilo de vida

- Exercício físico estruturado	3.6%
- Exercício físico não estruturado	11.6%
- Sedentarismo	84.1%

pós-cirurgia (70.5% e 60.4%, respectivamente). No entanto, apresentam um estilo de vida caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos hipercalóricos (84.1%), padrão alimentar desregrado (94.7%) e sedentarismo (84.1%), que se traduzem em alterações do comportamento alimentar, sendo as mais significativas a indisciplina nas refeições (70.8%), o petisco contínuo (44.6%), compulsividade/crises de voracidade alimentar (43.1%) e ingestão nocturna (21.5%). Antecipam como dificuldades do tratamento, as mudanças no comportamento alimentar no que respeita às especificidades de cada uma das fases do mesmo (44.6%) e procedimentos médicos (24.1%), e como estratégias para lidar com essas dificuldades, o auto-controlo (31.5%), a motivação face à cirurgia (26.0%) e a reestruturação/reorganização da sua vida diária (24.7%). Referem uma considerável necessidade de informação médica (74.5%) para esclarecer algumas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico (36.9%) e as alterações alimentares associadas (17.9%).

DISCUSSÃO

Neste estudo apresenta-se a caracterização

psicológica dos indivíduos com OM seguidos na Consulta Multidisciplinar do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José efectuada através de medidas clínicas de psicopatologia, alterações de personalidade e emocionais, qualidade de vida e auto-conceito, e de dimensões qualitativas relativamente a aspectos relevantes da história de obesidade do paciente, sua motivação e expectativas face ao tratamento, conhecimento sobre o procedimento terapêutico, e padrão de comportamento alimentar actual e estilo de vida. Apresenta-se também o protocolo de avaliação psicológica do indivíduo com OM e critérios para emissão de parecer técnico sobre os candidatos a cirurgia bariátrica.

Conforme esperado, a população de indivíduos com OM que recorre a tratamento para o referido problema de saúde neste hospital é maioritariamente do sexo feminino, tem um IMC muito elevado, apresenta antecedentes familiares e início de obesidade na infância e um comportamento alimentar disfuncional, o que sugere a presença de factores hereditários e adquiridos, com aprendizagem de comportamentos favoráveis ao desenvolvimento e manutenção da sua doença (Santinho Martins & Soares, 1983). Afirmam a necessidade de assumir um papel activo

no tratamento, embora se verifique um desfaseamento entre esta posição e o seu comportamento alimentar e estilo de vida actuais, extensível à posição assumida por alguns autores que os descrevem como participantes passivos (e.g., Randolph, 1986). Estes dados reforçam a tendência que os indivíduos obesos mórbidos têm para se apresentar socialmente de uma forma favorável, dissimulando dificuldades pessoais e procurando a aceitação e aprovação dos outros, neste caso particular tendo em vista a selecção para a cirurgia.

Apesar de não apresentarem perturbação psicopatológica e de personalidade com significado clínico, em termos de média estatística, revelam contudo, algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade psicológica, entre as quais se salienta a personalidade compulsiva. Acresce a presença de alterações emocionais ligeiras de ansiedade, que estão conforme a observação clínica e o reportado por estes pacientes, como precipitantes do comportamento compulsivo de comer. Estes resultados estão de acordo com a perspectiva de alguns autores (e.g., Glinski, Wetzler & Goodman, 2001) que conceptualizam o *binge eating* como indicador de dificuldade em lidar com emoções negativas.

Não se verificou a existência de psicoticismo, como esperado. A ideação suicida está presente em cerca de 1/4 dos casos, associada a uma elevação significativa da morbilidade psicológica, servindo como factor discriminativo desta e indicador para despiste de psicopatologia nesta população (Travado e col., 2004). No entanto, é de referir que os elevados desvios padrão nas escalas de avaliação de personalidade, psicopatologia (MCMI-II) e de alterações emocionais (HADS), indicam uma grande heterogeneidade da população nos parâmetros avaliados. Salvaguardamos que estes resultados facultam uma leitura global e reducionista destas dimensões, ocultando os dados individuais de cada paciente. Isto é, embora haja uma grande parte da população que não revela psicopatologia nem alterações da personalidade, outros há que apresentam alterações bastante significativas. Este facto comprova a necessidade da avaliação psicológica prévia à realização da cirurgia, como forma de seleccionar os candidatos que reúnem as melhores condições para o êxito do tratamento, e do adiamento desta nos casos que têm alterações significativas. Quan-

do esta situação se verifica, encaminha-se o paciente para tratamento especializado (Psiquiatria/Psicologia Clínica) ou, em caso de acompanhamento já estabelecido, remete-se para o especialista até indicação do melhor momento para realização da cirurgia atendendo à estabilização do seu quadro clínico. Nesta fase procede-se à reavaliação psicológica e emissão de parecer técnico. Pelo acima exposto, o parecer técnico é, pois, temporal na medida em que o seu objectivo não é a exclusão de pacientes, mas sim assegurar a melhor adesão e colaboração destes face aos pressupostos do tratamento global.

Apesar de não apresentarem um grau de perturbação emocional marcadamente superior ao da população normal, as características psicológicas dos indivíduos com OM indicam a existência de factores de risco de saúde mental, que poderão ser reduzidos com um tratamento multidisciplinar deste tipo, prevenindo e actuando sobre a psicopatologia. A equipa está ciente de que o tratamento da OM é benéfico para os doentes em termos da sua saúde global, ou seja, a nível físico/biológico, psicológico e social e procura gerir o melhor momento para a realização do mesmo, atendendo aos custos pessoais para o sujeito e para a sociedade.

Os resultados referentes à qualidade de vida são corroborados por outros estudos que avaliam este parâmetro (Sullivan, Sullivan, & Kral, 1987; Larsen, 1990; Kral, Sjöström, & Sullivan, 1992). Eram esperados resultados baixos, atendendo às dificuldades com que estes doentes se deparam, do ponto de vista funcional, social e psicológico que têm um impacto negativo ao nível da qualidade de vida. Consideramos pois, fundamental que esta dimensão seja contemplada num protocolo como o que apresentamos, para uma adequada caracterização desta população.

Relativamente ao auto-conceito os resultados não foram de encontro ao esperado por se enquadrarem nos parâmetros normais para a população geral, o que contraria os dados de alguns estudos que referem uma pobre auto-eficácia, auto-confiança (Tanco et al., 1998) e auto-estima por parte destes pacientes (Glinski et al., 2001). Uma vez que esta população tem tendência à desajustabilidade social (i.e., apresentar uma imagem favorável de si próprio) e esta variável se encontrar correlacionada positivamente com o auto-conceito total, sugere a existência de um enviesamento no

sentido positivo. Por outro lado, o auto-conceito não apresenta correlações significativas com perturbações da personalidade, nem com outros aspectos psicopatológicos, nomeadamente, ideação suicida (Travado e col., 2004). Deste modo, consideramos que esta escala não será a mais indicada para avaliar o referido parâmetro nesta população, sendo menos relevante no protocolo de avaliação desta patologia.

O protocolo de avaliação que aqui se apresenta permite-nos obter resultados quantitativos e qualitativos das dimensões anteriormente descritas. Consideramos que a avaliação objectiva através de questionários estandardizados é importante, uma vez que permite obter dados objectivos, do ponto de vista clínico e comparativo, para emissão dum parecer técnico. Por seu turno, a entrevista clínica semi-estruturada sugere-nos dados pertinentes para a abordagem psicológica, sobretudo na vertente psico-educativa. Permite conhecer melhor o historial de obesidade, motivação e expectativas face ao tratamento, informação sobre o processo terapêutico, padrão de comportamento alimentar e estilo de vida do paciente, fornecendo elementos úteis para o parecer técnico em termos do momento adequado para a realização da cirurgia, essenciais para a definição de objectivos psicoterapêuticos específicos. Assim, a entrevista clínica é um instrumento crítico na recolha de informação necessária para o delineamento da abordagem psicológica personalizada em cada fase do processo de tratamento, quer em formato individual, quer grupal.

Preconiza-se este modo de actuação como forma de maximizar as capacidades do indivíduo no seu processo de tratamento, promovendo a sua *autonomia conceitual-afectiva* (Reis, 1998), ou seja, a reflexão e construção de significações adaptativas de doença e tratamento. Este modelo centrado no paciente e nas suas competências de mudança, pode constituir em nossa opinião, uma mais valia no tratamento destes doentes com vantagens acrescidas para a manutenção dos benefícios pessoais a longo prazo, ao invés de um modelo centrado na doença.

Neste sentido foi desenvolvida uma intervenção psicoterapêutica adequada às características e necessidades desta população e fases do processo de tratamento que se encontra em curso e

da qual apresentaremos em breve os resultados preliminares.

Em resumo, a abordagem psicológica é uma vertente imprescindível no tratamento desta patologia, numa concepção biopsicossocial de saúde que contribui para assegurar o êxito do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayad, F. (2004). Psychological factors contributing to the development of obesity and the conditions that must be treated preoperatively. In L. F. Martin (Ed.), *Obesity surgery* (pp. 67-93). New York: McGraw-Hill.
- 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.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, *149* (2), 227-234.
- Carroll B. T., Kathol R. G., Noyes R. et al. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, *15*, 69-74.
- Charles, S. C. (1987). Psychiatric evaluation of morbidly obese patients. *Gastroenterology Clinics of North America*, *16* (3), 415-432.
- Delin, C. R., & Anderson, P. G. (1999). A preliminary comparison of the psychological impact of laparoscopic gastric banding and gastric bypass surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, *9*, 155-160.
- DiGregorio, J. M., & Moorehead, M. K. (1994). The psychology of bariatric surgery patients: A clinical report. *Obesity Surgery*, *4*, 361-369.
- Diniz, M. T., Sander, M. F., & Almeida, S. R. (2003). Critérios de eficácia do tratamento cirúrgico e avaliação da qualidade de vida. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 309-316). São Paulo: Editora Atheneu.
- Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2002). Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, *184*, 51S-54S.
- Favretti, F., O'Brien, P. E., & Dixon, J. B. (2002). Patient management after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, *184*, 38S-41S.
- Franques, A. R. M. (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.

- Freys, S. M., Tigges, H., Heimbucher, J., Fuchs, K. H., Fein, M., & Thiede, A. (2001). Quality of life following laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity. *Journal of Gastrointestinal Surgery, 5*, 401-407.
- Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failures of behavioral and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychology Review, 11*, 729-780.
- Gliniski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery, 11*, 581-588.
- Grana, A. S., Coolidge, F. L., & Merwin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology, 45* (5), 762-765.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer, 30*, 37-40.
- International Federation for the Surgery of Obesity. Statement on morbid obesity and its treatment (1997). *Obesity Surgery, 7*, 40-41.
- International Federation for the Surgery of Obesity. The Cancun IFSO statement on bariatric surgeon qualifications (1998). *Obesity Surgery, 8*, 36.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery, 13* (1), 105-110.
- Kral, J. G., Sjöström, L. V., & Sullivan, M. B. E. (1992). Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition, 55*, 611S-614S.
- Lang, T., Hauser, R., Schlumpf, R., Klaghofer, R., & Buddeber, C. (2000). Psychische komorbidität und lebensqualität von patienten mit morbidem adipositas und wunsch nach gastric banding. *Schweiz Med Wochenschr, 130*, 739-748.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity: A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl 356* (82), 1-57.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maddi, S., Fox, S. R., Khoshaba, D., Harvey, R., Lu, J., & Persico, M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obese. *Obesity Surgery, 11* (6), 680-685.
- Mahoney, H. J., & Mahoney, K. (1970). *Permanent weight control*. New York: W. W. Norton.
- Millon, T. (1999). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II – MCMI-II* (2.^a ed. rev.) (adaptação espanhola de A. Ávila-Espada, & F. J. Gómez). Madrid: TEA Ediciones (Original publicado em 1987).
- Rabner, J. G., & Greenstein, R. J. (1991). Obesity surgery: Expectation and reality. *International Journal of Obesity, 15*, 841-845.
- Randolph, J. (1986). Enhancing psychosocial adaptation to gastric portioning for morbid obesity. *CMAJ, 134* (15), 1359-1361.
- Rasera, I., & Shiraga, E. C. (2003). Informações ao paciente e seu consentimento. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 47-52). São Paulo: Editora Atheneu.
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da psicologia da saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica, 17* (3), 415-433.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal of Psychiatry, 156*, 79-83.
- Sannen, I., Himpens, J., & Leman, G. (2001). Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery, 11*, 605-608.
- Santinho Martins, A., & Soares, C. (1983). *A terapia comportamental na obesidade*. Comunicação apresentada no III Encontro Nacional de Psicoterapia Comportamental, Lisboa.
- Scheen, A. J., Rorive, M., Letiexhe, M., Devoitille, L., & Jandrain, B. (2001). Comment je traite... Un sujet obèse par une approche multidisciplinaire: L'exemple du Centre de l'Obésité du CHU Ourthe-Ambève. *Revue Médecine Liège, 56* (7), 474-479.
- Segal, A. (2003). Seguimento dos aspectos psíquicos. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 287-292). São Paulo: Editora Atheneu.
- Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1988). The MOS short-form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care, 26* (7), 724-735.
- Stunkard, A. J., Stinnett, J. L., & Smoller, J. W. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *American Journal of Psychiatry, 143* (4), 417-429.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of morbid obesity. *American Journal of Clinical Nutrition, 55* (suppl 2), 524S-532S.
- Sullivan, M. B., Sullivan, L. G., & Kral, J. G. (1987). Quality of life assessment in obesity: Physical, psychological, and social function. *Gastroenterology Clinics of North America, 16* (3), 433-442.
- Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: a controlled therapy evaluation. *Journal of Eating Disorders, 23* (8), 325-339.
- Terra, J. L. (1997). Le point de vue du psychiatre sur le traitement de l'obésité morbide par gastroplastie. *Annales de Chirurgie, 51* (2), 177-182.

- Travado, L., Cunha, S., Pires, R., & Ventura, C. (2003). *Caracterização psicológica da população de obesidade mórbida seguida na consulta multidisciplinar do Hospital de São José*. Trabalho apresentado nas XVI Jornadas Médicas dos Hospitais S. José e Desterro, Lisboa.
- Travado, L., & Matos, J. N. (2001). Who lives longer and better? A study with treated breast cancer women. *Liberdade, Anais Científicos da Universidade Independente*, 2 (4), 145-153.
- Travado, L., Ventura, C., Martins, V., Pires, R., & Martins, C. (2004). *Obesidade mórbida: Ideação suicida, o fiel da balança?* Comunicação apresentada nas 5as Jornadas sobre Comportamentos Suicidários, Luso.
- 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.
- Valley, V., & Grace, D. M. (1987). Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: Identifying guidelines for screening. *International Journal of Obesity*, 11, 105-113.
- van Gemert, W. G., Severijns, R. M., Greve, J. W., Groenman, N., & Soeters, P. B. (1998). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *International Journal of Obesity*, 22, 393-398.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1987). Auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 143-146.
- Zigmond, S. A., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

RESUMO

A obesidade mórbida (OM) é uma versão patológica de obesidade considerada um grave problema de saúde para os indivíduos que dela sofrem. O seu tratamento deve ser baseado numa abordagem biopsicossocial do indivíduo e do seu processo de doença que assegure o êxito do tratamento, a curto e longo prazo. A abordagem psicológica de cariz cognitivo-comportamental estrutura-se ao longo das 3 principais fases do processo de tratamento: (1) pré-cirurgia, (2) internamento e (3) pós-cirurgia e *follow-up*. A primeira fase desta abordagem corresponde à avaliação psi-

cológica dos doentes candidatos a cirurgia. Neste estudo apresenta-se a caracterização psicológica da população com OM, avaliada entre Fevereiro de 2002 e Maio de 2004, numa consulta de especialidade hospitalar. A metodologia desenvolvida inclui uma entrevista clínica semi-estruturada e questionários de auto-avaliação das dimensões de personalidade (MCMI-II), ansiedade e depressão (HADS), qualidade de vida (MOS-SF/20) e auto-conceito (ICAC). Foram avaliados 212 pacientes com uma média de idades de 41,1 anos e um IMC de 46,6Kg/m². Apresentam-se os resultados obtidos e o protocolo de avaliação psicológica desenvolvido. Salienta-se a importância da avaliação psicológica para parecer técnico e os seus dados qualitativos para delineamento dos objetivos psicoterapêuticos e psico-educativos, como modo imprescindível ao sucesso deste processo de tratamento.

Palavras-chave: Obesidade mórbida, caracterização psicológica, protocolo de avaliação.

ABSTRACT

Morbid obesity (MO) is a pathological type of obesity considered a serious health problem to the individuals who have it. Its treatment should be based on a biopsychosocial model of the individual and his/her illness process for assuring short and long term treatment success. The psychological approach, cognitive-behaviour based, is structured along the 3 main phases of the treatment process: (1) pre-surgery; (2) inpatient; (3) post-surgery and follow-up. The first phase of this approach corresponds to the psychological assessment of the patients that are candidates to surgery. This study presents the psychological characterization of the MO population, assessed between February 2002 and May 2004, of a hospital specialized consultation. The developed methodology includes a semi-structured interview and self-assessment questionnaires of personality (MCMI-II), anxiety and depression (HADS), quality of life (MOS-SF/20) and self-concept (ICAC). 212 patients were assessed with a mean age of 41.1 years old, and a BMI of 46.6Kg/m². We present the data and the protocol we developed for psychological assessment. We emphasize the importance of the psychological assessment for technical advice before surgery and its qualitative data for designing the psycho-educational and psychotherapeutic objectives, as fundamental to the success of the treatment process.

Key words: Morbid obesity, psychological characterization, protocol for psychological assessment.