

Contributos a la compreensão do sucesso da cirurgia da banda gástrica

Susana Silva*, Ângela Maia**, Eugénia Ribeiro**

** Centro de Investigação em Psicologia. Escola de Psicologia, Universidade do Minho. Braga. Portugal

Recebido 2011.05.20 Aceitado 2011.08.13 (2ª Rev)

Resumo

A obesidade mórbida é uma doença crónica associada a elevada morbidade e mortalidade, sendo a cirurgia bariátrica o procedimento de eleição para o seu tratamento. Este estudo pretende aumentar a compreensão dos factores que contribuem para os casos de sucesso e os de insucesso após este procedimento, comparando um caso de sucesso com um caso de insucesso quanto às expectativas existentes antes da cirurgia e o significado atribuído ao tratamento, um ano após a banda gástrica ajustável.

Foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas a duas candidatas a cirurgia bariátrica, a primeira entrevista imediatamente antes e a segunda um ano após a cirurgia. As entrevistas foram transcritas *verbatim* e analisadas de acordo com os procedimentos da *Grounded Theory*.

Antes da cirurgia, as expectativas realistas e a percepção das exigências do processo parecem ser fundamentais para o compromisso com o tratamento e posterior sucesso desta intervenção. Da mesma forma, a modificação de estilo de vida e a utilização de estratégias de *coping* adequadas são

dimensões importantes associadas ao sucesso. No caso de insucesso, a presença de expectativas irrealistas acerca da perda de peso, e a ausência de consciência das dificuldades e das exigências do processo contribuem para uma percepção miraculosa da cirurgia.

O processo de tratamento e as expectativas em relação a ele são temas centrais nestes discursos, ainda que as participantes se coloquem nas dimensões opostas destas categorias. A presença de expectativas realistas e a consciência das exigências parecem contribuir para o compromisso e sucesso do tratamento. O insucesso, por sua vez, surge associado à ausência de compromisso que não permite a modificação comportamental necessária para que o tratamento seja bem sucedido e à expectativa de um momento milagre que iria resolver os problemas de obesidade sem implicação da pessoa.

Estes resultados enfatizam a necessidade de repensar todo o processo que acompanha os sujeitos submetidos à cirurgia da obesidade, reforçando a importância de um processo de avaliação que inclua as crenças e as expectativas, monitorização e intervenção psicológica constantes nos momentos pré e pós-cirurgia.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, estudos qualitativos, insucesso, obesidade sucesso

Susana Silva
Escola de Psicologia – Campus de Gualtar Universidade do Minho
4710-057 Braga - Portugal
susanasofiapsilva@gmail.com ou angelam@psi.uminho.pt

Introdução

A obesidade é um dos principais indicadores de má-nutrição no mundo ocidental. É uma doença crónica em que o excesso de gordura acumulado, com muitos anos de evolução, prejudica gravemente a saúde e a qualidade de vida, contribuindo para uma elevada morbidade e mortalidade. Surge muitas vezes associada à incapacidade física e social ou a problemas graves de saúde, tais como, diabetes, doenças cardiovasculares, asma, cancro, problemas osteoarticulares, que reduzem significativamente a qualidade de vida dos indivíduos¹.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma proliferação desta doença a nível mundial, sendo que Portugal não é excepção a esta realidade. Em 2008 a Direcção Geral de Saúde estimou que 15% da população portuguesa fosse obesa. Ao analisarmos a evolução desta problemática verificamos que a prevalência da obesidade mórbida na idade adulta no nosso país tem vindo a aumentar de forma assustadora nos últimos anos¹. Este aumento representa um conjunto de riscos agravados para a saúde, bem como um aumento da mortalidade precoce e um aumento dos custos com a saúde, estimando-se que 3,5% dos custos com a saúde dos portugueses sejam dedicados ao tratamento da obesidade e comorbilidades associadas [1].

Dada a sua etiologia multifactorial, a investigação tem apontado a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, sendo a cirurgia bariátrica referida como um dos elementos centrais para o tratamento destes casos. A cirurgia bariátrica congrega todas as intervenções cirúrgicas que visam o tratamento da obesidade mórbida. Neste caso, centraremos a nossa atenção na banda gástrica, uma vez que foi o procedimento realizado nos dois casos aqui analisados. Esta é uma técnica restritiva e reversível que não altera o curso normal da digestão e absorção dos alimentos no aparelho

digestivo. O seu objectivo é a diminuição da capacidade de ingestão da comida. Por um lado, as bandas são ajustáveis, o que significa que o estoma pode ser regulado de acordo com as necessidades do paciente². Por outro, as complicações cirúrgicas são pouco frequentes, não colocando em risco a vida dos doentes. Este procedimento exige modificações significativas no comportamento alimentar, sendo fundamental um grande esforço e adesão terapêutica para que o processo seja bem sucedido. Apesar deste procedimento ser apresentado normalmente como uma solução para a obesidade, os resultados nem sempre são os esperados.

Numa revisão da literatura recentemente realizada, o sucesso/insucesso da cirurgia bariátrica é apresentado como um tema controverso, pouco discutido e pouco consensual³. Alguns autores definem insucesso como a incapacidade de perder peso de forma significativa ou ganhar peso após uma perda significativa⁴. Outros autores referem que o insucesso acontece quando não se verifica uma perda de peso, seguida de manutenção, de pelo menos 50% do excesso de peso ou não se verificarem melhorias nas comorbilidades associadas⁵. Actualmente, a taxa de insucesso da cirurgia varia entre 10% a 20%, embora alguns autores refiram que a não manutenção do peso perdido ocorre em 35% das situações⁵. A literatura enfatiza que tende a ocorrer uma diminuição dos ganhos obtidos com o sucesso da cirurgia ao fim de 24 meses⁶. Estudos recentes apontam taxas ainda mais elevadas de insucesso após a cirurgia. Por exemplo o estudo realizado por DeMaria e colaboradores registou um insucesso de 40%, num *segimento* de quatro anos. Dos 37 doentes que colocaram uma banda gástrica, em alguns casos não se observou qualquer alteração significativa em termos de peso e noutros foi necessária a realização de uma segunda cirurgia. Os resultados encontrados por Ray e colaboradores⁸

apontam no mesmo sentido aquando da realização de um *seguimento* com 243 sujeitos submetidos à banda gástrica, tendo sido adoptado como indicador de sucesso a perda de 50% do excesso de peso apresentado. Os resultados apontam para um insucesso de cerca de 40%. Vários estudos realizados na Europa apontam para uma diminuição do sucesso da cirurgia a longo prazo, isto é, as taxas de sucesso num follow-up de 1, 2 ou 3 anos vão diminuindo drasticamente [9-11].

Alguns autores, face a estes resultados, têm apontado para o facto de o sucesso depender da capacidade do sujeito em implementar mudanças permanentes no estilo de vida, como aderir a um plano alimentar adequado, praticar regularmente desporto e adoptar estratégias de coping adequadas para diminuir a alimentação emocional [12].

A literatura tem demonstrado que as características da personalidade, como elevada auto-estima e baixa rigidez, são preditores significativos de maior perda de peso após a cirurgia^{9,11}. Por outro lado, a impulsividade, o neuroticismo, a dominância e a hostilidade têm sido apontados como factores correlacionados com menor perda de peso após a cirurgia¹³. Apesar de alguns resultados discrepantes e da necessidade de realizar mais estudos, é consensual entre a comunidade científica que uma forma de funcionamento mais rígida é preditora de uma menor perda de peso após a cirurgia.

No que concerne à psicopatologia, nomeadamente à sua prevalência nos candidatos a cirurgia bariátrica, os dados apresentados pela literatura são pouco consensuais. Por um lado, alguma investigação tem mostrado que a psicopatologia não é mais frequente nos obesos do que na população normal [14]. Por outro, vários estudos apontam para índices de psicopatologia mais elevados nos candidatos à cirurgia bariátrica. Um estudo realizado por Spitzer e colaboradores [15], baseado na população, refere que mulheres com excesso de peso ou obesas apresentam mais perturbação depressiva maior e mais tentativas de suicídio. Os resultados do Swedish

Obese Subjects Study [16] apontam para o facto dos sujeitos com obesidade mórbida apresentarem um risco superior para um funcionamento mental mais deficitário do que aqueles que apresentam obesidade moderada. Silva¹⁷ realizou um estudo com candidatas a cirurgia bariátrica verificando que, nesta população, a prevalência de psicopatologia é de 59%.

Apesar dos resultados poucos conclusivos no que se refere à prevalência da psicopatologia nos candidatos a cirurgia bariátrica, importa perceber qual a relação entre a psicopatologia e o sucesso/insucesso da intervenção cirúrgica. Assim, o sucesso da cirurgia tem sido relacionado com a capacidade do indivíduo alterar o seu estilo de vida que, por sua vez, parece depender de factores como a personalidade, o funcionamento psicológico e o comportamento alimentar¹¹. Neste sentido alguns estudos mostram que a psicopatologia não controlada está associada a maiores dificuldades em atingir e manter a perda de peso¹¹. Por outro lado, alguns estudos mostram que os sujeitos que apresentam baixa rigidez e uma auto-estima mais elevada têm mais facilidade em perder e manter o peso [11].

No que se refere à patologia alimentar, alguma literatura tem mostrado que a presença de patologia alimentar, nomeadamente a compulsão e a alimentação emocional, estão associados ao insucesso da cirurgia bariátrica. No entanto, outros estudos não encontraram qualquer relação entre a patologia alimentar e os resultados pós-operatórios [11].

Pode-se então concluir que a investigação no tratamento da obesidade, não tem apresentado resultados robustos que sustentam a existência de quadros psicopatológicos como preditores do (in)sucesso da cirurgia. A cirurgia parece ter um efeito positivo a curto prazo no funcionamento psicossocial, mas estes ganhos parecem dissipar-se à medida

que a perda de peso vai diminuindo, principalmente nos casos de obesidade mais graves [14].

Os diversos estudos realizados para a compreensão dos factores que explicam o sucesso e o insucesso do tratamento apresentam algumas limitações. Por exemplo, Zwaan [14] sugere que muitos destes estudos se baseiam em análises *post-hoc* com claras lacunas conceptuais e baixo poder estatístico. Por outro lado não se encontra na literatura estudos que procuram compreender, com metodologia longitudinal, a evolução dos casos da fase pré para pós cirurgia e que consideram, nomeadamente, o papel das crenças, expectativas e significados atribuídos ao processo. Torna-se pertinente compreender os factores não cirúrgicos que podem contribuir para o sucesso e o insucesso após a cirurgia bariátrica.

Este estudo insere-se numa investigação mais alargada que procura compreender a história de vida dos sujeitos com obesidade mórbida e o significado do comportamento alimentar e do tratamento desde antes da cirurgia até um ano após a sua realização. O estudo aqui apresentado, pretende compreender, a partir de uma análise qualitativa de dois casos, os factores que contribuem para o sucesso e o insucesso na banda gástrica. Neste sentido, seleccionamos para este estudo um caso de sucesso e um caso de insucesso e comparámo-los acerca da forma como antecipam a cirurgia e como recordam e qual o significado que atribuem ao tratamento, um ano após a realização da cirurgia.

Método

Este estudo tem por base os pressupostos do paradigma construtivista, assumindo o pressuposto de que a realidade é múltipla e os significados construídos pelos sujeitos estão relacionados com a forma como lidam com as experiências de vida¹⁸. Em termos ontológicos esta perspectiva assume que existem diversas realidades que são apreendidas na

forma de construções mentais múltiplas, diversas, experienciais e socialmente baseadas e, por isso, de natureza local e específica. De modo consistente com este modelo conceptual e os objectivos propostos, o estudo aqui relatado é de natureza qualitativa utilizando os procedimentos da *Grounded Theory* [19]. Num estudo prévio, analisou-se um grupo de participantes seleccionados tendo em consideração o critério de diversidade de experiências. Estes sujeitos foram avaliados em dois momentos distintos (M1 – antes da cirurgia; M2 – um ano após a cirurgia). Deste estudo prévio, foram seleccionadas 2 participantes (A e B) sendo que optamos por apresentar dois *casos protótipo* (isto é, casos que tipificam exemplos encontrados), uma vez que se reportam a duas senhoras que foram sujeitas a intervenção cirúrgica em simultâneo e que, um ano depois apresentam características de funcionamento muito diversas.

Participantes

A participante A tem 31 anos, é casada, tem 3 filhos, tem o 6^o ano de escolaridade, está empregada na área dos serviços e, no momento da segunda avaliação pesa 97 Kgs. No momento da cirurgia o seu peso era de 103 Kgs, não tendo comorbilidades médicas associadas nem apresenta níveis clínicos de psicopatologia. Após a cirurgia, o peso mínimo que teve foi de 89 kgs. No momento da segunda avaliação, a participante estava grávida de 3 meses, não apresenta comorbilidades médicas, no entanto, apresenta valores clínicos de depressão.

A participante B tem 44 anos, é casada, tem 2 filhos, tem o 4^o ano de escolaridade, é doméstica nunca tendo exercido qualquer actividade profissional, no momento da segunda avaliação pesa 72 Kgs, sendo este o peso mais baixo que atingiu. No momento da cirurgia o seu peso era de 105 Kg sem comorbilidades médicas associadas não apresentando psicopatologia. Na segunda avaliação não apresenta

comorbilidades médicas associadas e mantém a ausência de diagnóstico psiquiátrico.

Recolha de dados e instrumentos

A recolha de dados consistiu na realização de duas entrevistas semi-estruturadas individuais (M1 e M2) a cada uma das participantes. A entrevista realizada no momento da cirurgia (Silva & Maia, 2008) (M1), centra-se nas questões voltadas para a história de vida, história da obesidade (ainda que estes elementos não sejam apresentados neste artigo) e dos tratamentos anteriores e para a relação com a comida. As questões “como é que foi vivendo com o aumento de peso?”, “Como é a sua relação com a comida?” e “O que espera que aconteça depois da cirurgia”, ilustram o guião utilizado no primeiro momento de avaliação. Um ano após a cirurgia (M2), as questões da entrevista (Silva & Maia, 2009) reportam-se para o momento actual, a relação actual com a comida e a percepção/avaliação de todo o processo. As questões “Como é que descreve o seu comportamento alimentar?”, “até este momento, até que ponto considera que atingiu os seus objectivos?” e “Como é que descreve este processo?” ilustram as questões colocadas no segundo momento de avaliação.

Procedimento

Inicialmente foi pedida a autorização ao Hospital e à Comissão de Ética no sentido de viabilizar a realização do estudo. Seguidamente, foi explicado aos utentes da Avaliação Multidisciplinar do Tratamento da Obesidade os objectivos do estudo e solicitada a sua participação. As entrevistas foram realizadas após assinado o consentimento informado, bem como a autorização para a sua gravação em áudio.

As entrevistas foram transcritas *verbatim* e consecutivamente analisadas de acordo com o método da comparação constante previsto pela *Grounded Theor* [19]. Seguindo estas orientações, o primeiro passo foi realizar a codificação aberta. Os dados foram analisados linha a linha

no sentido de identificar as descrições dos padrões de pensamento, sentimentos e acções relacionadas com os temas mencionados nas entrevistas. As unidades de análise emergentes são semanticamente próximas dos discursos das participantes. Seguidamente, procedeu-se à comparação destas unidades para verificar o seu conteúdo descritivo e para confirmar o enraizamento nos dados. Na fase seguinte, procedeu-se à comparação constante entre as categorias, entre as categorias e as unidades de análise, o que permitiu a reorganização das categorias em eixos. Por fim, realizou-se a codificação selectiva, em que foi seleccionada a categoria central, isto é, o fenómeno à volta do qual todos os outros foram integrados. Neste sentido, a codificação selectiva permitiu a integração de todo o conhecimento e a construção de um modelo contextualizado que o traduz.

A partir da categorização descritiva e da categorização conceptual foi possível identificar relações entre as diferentes categorias emergentes. Esta análise permitiu a construção de categorias centrais hierárquicas mais abrangentes, para o momento da cirurgia (M1) e para o momento um ano após a cirurgia (M2).

No estudo prévio, onde se inserem estas participantes, avaliamos 30 candidatos a cirurgia bariátrica, tendo sido atingida a saturação teórica da análise com o último destes participantes. Ou seja, foram realizadas entrevistas até que as entrevistas subsequentes não acrescentassem nada de novo aos dados já recolhidos¹⁹.

Resultados

Momento da Cirurgia (M1 – caso A e B)

Em relação ao primeiro momento (M1), optamos por apresentar os resultados em conjunto na medida em que obtivemos um único modelo cujas categorias são distintas mas comparáveis para ambos os casos. Assim, ambos os discursos se organizam em torno da categoria central

TRATAMENTO.

O **TRATAMENTO** (Figura 1) é uma categoria central que sintetiza o que as participantes consideram serem as principais formas utilizadas para perder peso englobando as categorias **medicamentos**, **mudança comportamental (estilo de vida)** e **cirurgia** sendo a última a única que é elaborada no discurso das participantes e por isso a mais valorizada e referida como a forma mais eficaz para perder peso (exemplo de A «*desistia sempre, desistia sempre....acho que com as dietas já não vou lá, nem os medicamentos funcionavam, só faziam efeito quando os tomava...depois...disparava. Já a cirurgia...vai ser diferente*», exemplo de B «*o peso ia sem dar conta, tomava aquelas coisas e o peso saía de mim...mas quando as deixava o peso disparava. Foram tudo dietas mal feitas, agora estou a aprender e a cirurgia vai ser uma ajuda*»).

Tal como ilustrado na figura 1, **acirurgia** emerge das categorias decisão,razões para perder peso e construção de significado, sendo as últimas categorias mais valorizadas pelas participantes(exemplo de A «*quero ter um peso ideal, mexer-me melhor, ter mais qualidade de vida, acho que vou ficar mais feliz...quero ser normal, passar e ninguém ficar assim a olhar*»;exemplo de B «*quando vejo na televisão as pessoas a falarem da banda só penso porque é que não me metem uma? A banda tira o apetite e as pessoas ficam magrinhas, jeitosas. É olhar ao espelho e ver que estou melhor, que vou passar na rua e ninguém fica a olhar*»).

A categoria decisão corresponde aos factores que contribuem para a tomada de decisão acerca da cirurgia, emergindo da **informação disponível, responsabilidade por esta decisão e o poder para tomá-la**. Nos dois casos aqui analisados, nestas três categorias observa-se que quem sabe, quem decide e quem tem poder são os profissionais de saúde (exemplo de A «*a doutora (endocrinologista) estava sempre a dizer que eu precisava de perder peso, que assim não podia ser*»;exemplo de B «*a doutora (nutricionista) é que*

me encaminhou, já andava nas consultas há imenso tempo e não conseguia descer....e às minhas pernas não ajudava»).

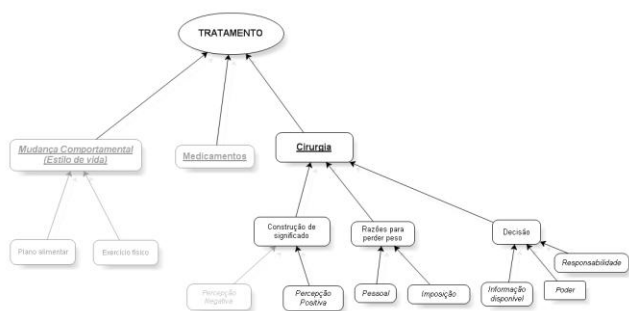
A categoria razões para perder peso diz respeito a todos os motivos que são apresentados para perder peso, sendo associados a questões pessoais, como saúde, estética, auto-estima ou qualidade de vida, ou a uma **imposição** por elementos exteriores, como os profissionais de saúde (exemplo de A «*foi o médico que disse, ainda era muito nova e assim com o tempo...cada vez ia ser muito pior*», B «*por causa das minhas varizes, o médico estava sempre a dizer que precisava de perder peso, e depois...também me gostava de sentir mais jeitosa, de olhar ao espelho e gostar mais...sentir-me melhor*»).

A categoria construção de significado corresponde às expectativas e à percepção que as participantes têm da cirurgia, sintetizando as categorias: **percepção negativa** e **percepção positiva**.

A categoria **percepção negativa** refere-se aos medos e dificuldades que surgem associadas à cirurgia, mas que são consideradas pouco relevantes (exemplo de A «*não vou ter fome nenhuma...não vou ter quaisquer dificuldades*»;B «*acho que não vai correr mal, sei que vai custar mas não deve ser nada de difícil*»).

A categoria **percepção positiva**, refere-se às concepções positivas que são atribuídas à cirurgia, como sendo uma oportunidade, uma forma de renascimento, o início de um estado de felicidade permanente que trará um conjunto de benefícios profissionais, pessoais e interpessoais (exemplo de A «*mexer-me melhor, ter mais qualidade de vida, sentir-me melhor comigo e com os outros. Vestir uma roupa e não ficar nada de fora....às vezes até me dizem há ali uma oportunidade de emprego e eu nem me atrevo a ir...pelo meu aspecto físico*»; exemplo de B «*é mais uma questão de imagem, como as pessoas dizem, são mais questões estéticas*»).

Fig. 1: Categoria central: TRATAMENTO(momento antes da cirurgia – M1)



Um ano após a cirurgia (M2)

No segundo momento de avaliação os casos descritos são assumidos como representantes de grupos contrastantes, ou seja, temos um caso de sucesso e um caso de insucesso, por isso, iremos analisá-los separadamente.

Em relação a este segundo momento de avaliação (M2) obtivemos duas categorias centrais: **EXPECTATIVAS** e **TRATAMENTO**.

Caso A (caso de insucesso)

EXPECTATIVAS

A categoria **EXPECTATIVAS**(Figura 2) é uma categoria central no discurso desta participante, sintetizando as ideias formuladas antes da cirurgia acerca da perda de peso. Esta emerge das categorias: **expectativas anteriores não atingidas** e **mudanças futuras**.

A categoria **expectativas anteriores não atingidas** integra a todos os aspectos que eram expectáveis mas não foram atingidos ao longo do último ano, devido a um conjunto de **dificuldades, motivos e ausência de mudanças** («*ainda não, ainda não...estou à espera para ver como é que fica*»).

A categoria **dificuldades** emerge de **não cumprir o plano alimentar** e **não sabe explicar**. A categoria **não cumprir o plano alimentar** compreende as dificuldades sentidas em respeitar as orientações do profissional de saúde devido a episódios de *compulsão alimentar* que, no entanto, não justificam todas as dificuldades sentidas («*ainda não, ainda não...acho que ainda não está. Não é fácil aceitar. [...] Sofre-se muito psicologicamente, está-se a mastigar a pensar “não quero estar a comer isto, apetecia-me antes outra coisa”...e depois lá se come as asneiras*»). A categoria **não sabe explicar** compreende uma ausência de motivos que caracterizem e justifiquem as dificuldades sentidas ao longo do processo («*não sei, não sei...farto-me de pensar e não consigo explicar...*»).

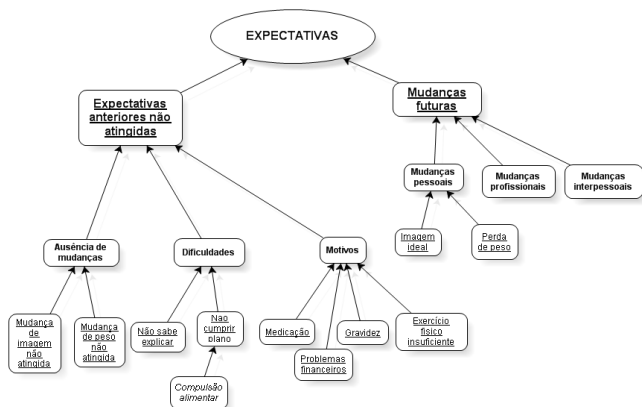
A categoria **motivos** refere-se aos argumentos apresentados para que as expectativas anteriores não tenham sido atingidas, integrando a toma de **medicação, os problemas financeiros, a gravidez** e o **exercício físico insuficiente**(«*a gravidez não veio ajudar mas, mesmo antes, na monotonia do dia-a-dia é muito mais difícil*»).

A categoria **ausência de mudanças** caracteriza as alterações que a participante gostaria de ter alcançado, salientando **as mudanças de peso e de imagem não atingidas**(«*a questão da estética ainda não está! Eu pensei que ia ficar assim magrinha, com 60 kgs logo no dia a seguir...que ia ficar como nunca fui, com um corpinho de modelo...[...] agora já me conformei, só quero é não aumentar*»).

A categoria **mudanças futuras** refere-se às alterações que a participante espera atingir no futuro englobando as **mudanças pessoais, mudanças profissionais e mudanças interpessoais**. As **mudanças pessoais** caracterizam o conjunto de alterações ao nível da pessoa que permitem atingir a **imagem ideal** através da **perda de peso** significativa (exemplo de A «*ainda preciso de perder*

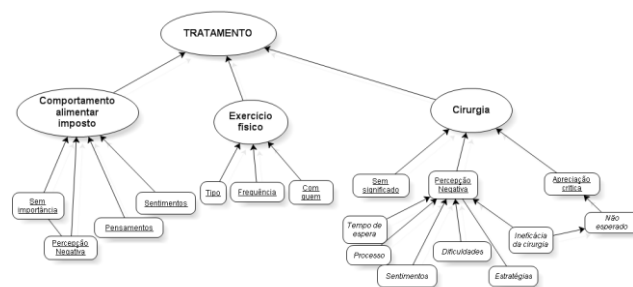
uns 30 kgs...»). As **mudanças profissionais** reportam-se às alterações no estatuto profissional e/ou à melhoria das condições actuais («*eu compreendo porque é que não dão emprego a pessoas gordas, se fosse patrão também não dava...por isso, tenho que emagrecer para ter um emprego melhor*»). As **mudanças interpessoais** aludem às modificações no relacionamento com as outras pessoas tornando-os mais sociáveis naturalmente («*andar na rua e ninguém notar porque não se é diferente, as outras pessoas até gostam mais de nós...não parecemos tão desleixados...somos “normais”*»).

Figura 2: Categoria central: EXPECTATIVAS(Caso A um ano após a cirurgia – M2)



Para além das expectativas, o **TRATAMENTO**(Figura 3) é uma categoria central e emergente que caracteriza os procedimentos e exigências necessárias para a perda de peso. Esta categoria compreende o conjunto de estratégias relevantes para a perda de peso, englobando o **comportamento alimentar imposto, exercício físico e cirurgia**.

Figura 3: Categoria central: TRATAMENTO(Caso A um ano após a cirurgia – M2)



A categoria **comportamento alimentar imposto** incorpora as noções, sentimentos e pensamentos associados à dieta alimentar que os participantes se vêem obrigados a cumprir («*não quero isto, apetecia-me antes outra coisa*»), emergindo desem importância, percepção negativa, pensamentos e sentimentos. A categoria sem importância traduz a noção de que o comportamento alimentar é um elemento do tratamento mas que não é relevante para o objectivo («*tento fazer o que a doutora (nutricionista) diz, mas já antes da cirurgia não conseguia perder peso*»); percepção negativa sintetizando a dificuldade e o sacrifício em cumprir o plano alimentar imposto, obrigando a evitar determinados alimentos e cumprindo um conjunto de regras e rotinas difíceis («*depois já que não ia comer aquilo que queria então também não comia....depois ficava cheia de fome e comia numa sofreguidão*»). A categoria sentimento traduzindo a forma como a participante se sente em relação ao plano alimentar e às dificuldades sentidas, oscilando entre a angústia/mal-estar e a culpa pelo não cumprimento do plano («*ficava triste, revoltada e zangada*»); e pensamentos reportando a incontrolabilidade do plano alimentar, nomeadamente no que se refere à impossibilidade de mudar este comportamento bem como ao facto da própria pessoa não poder fazer nada para o alterar («*...eu tenho fome psicológica...acabei de cumprir o meu plano e está um vazio, vazio, vazio. E tenho a certeza nem que comesse o dobro, o triplo ou o quádruplo daquele plano eu continuara assim [...]e fico nervosa, muito nervosa, a tremer, muito ansiosa*»).

A categoria **exercício físico** refere-se ao papel que este elemento tem no tratamento («*sei que também devia fazer mais exercício porque ajuda a perder...*») integrando as categorias tipo de actividade realizada, *programada* ou *nãoprogramada* («*sei que podia fazer caminhadas ou até ir ao ginásio*»), à sua frequência(«*devia fazer todos os dias, mas...*»), e com quem é realizada, *com companhia* ou *sem companhia* («*às vezes não tenho com quem ir e isso também me aborrece*»).

A categoria **cirurgia** caracteriza a forma como este procedimento é percebido e avaliado pela participante, emergindo desem significado, percepção negativa e apreciação crítica.

A categoria sem significadotraduz a noção de que este procedimento não é relevante («*sei que a cirurgia só é uma ajuda....tudo depende de mim*»). A categoria percepção negativadescreve os aspectos desfavoráveis associados a este procedimento sintetizando *o tempo de espera, processo, sentimentos, dificuldades, estratégias, e ineficácia da cirurgia*. Nesta categoria o excessivo *tempo de espera*, refere-se facto deste procedimento dever ser encarado como um *processo*. Relata ainda as principais *dificuldades* da não mudança pessoal, principalmente em termos de imagem, e a frustração associada a este elemento pelo descontrolo em termos pessoais («*a frustração de que eu é que estava errada, estava na ilusão de que tudo ia ser uma facilidade*»), pela sensação de fome persistente que “obriga” a comer («*fiquei muito com fome psicológica*») e pela não ocorrência das mudanças esperadas («*está tudo muito mudado mas acho que ainda não está*»).

O momento mais difícil surgiu quando a alimentação voltou a ser completamente sólida e semelhante à de qualquer outro adulto, por volta do 4º mês, altura em que passou a ser mais difícil cumprir o sacrifício e surgindo sentimentos de tristeza e revolta acompanhados de episódios de frustração, quando

há uma cedência perante uma tentação tão grande («*a partir do 4º mês foi muito difícil. Comecei a ficar com fome, com fome, saudades, lembrar-me das coisas que gostava*»).

A categoria *estratégias* caracteriza os procedimentos utilizados para lidar com as dificuldades que vão surgindo («*às vezes dava uns tiritos na dieta*», «*vou limpar o pó, bebo água, como uma laranja, duas bolachas de água e sal, às vezes, lá vai o pacote todo...faço tudo para me esquecer da comida*»).

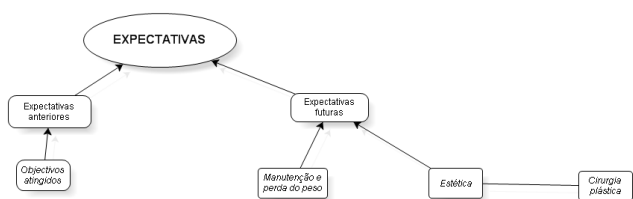
A categoria apreciação crítica caracteriza o conjunto de situações *não esperadas* por parte da participante, ainda se destacam as dificuldades, exigências e sacrifícios associados a este processo bem como a possibilidade da *ineficácia da cirurgia*(«*não foi um processo fácil, pensei que não era necessário sacrifício nenhum da minha parte*», «*criei a ilusão de uma muleta milagrosa que iria resolver tudo, ninguém me enganou, eu é que achei que ia ser diferente*», «*às vezes penso que esta nova cirurgia (a participante está a referir-se à gastrectomia linear), se fosse no meu tempo, era capaz de ser mais eficaz para mim*»).

Caso B (caso de sucesso)

Neste caso, a dimensão **EXPECTATIVAS**(Figura 4) sintetiza duas categorias: **expectativas anteriores e expectativas futuras**. A categoria **expectativas anteriores** integra todas as ideias que a participante tinha formulado previamente e que foram atingidas ao longo deste ano e engloba a categoria *objectivos anteriores*. A categoria **expectativas futuras**, que integra aquilo que a participante ainda espera para o futuro, sendo a *manutenção do peso* e as questões *estéticas* as categorias emergentes. A *manutenção do peso* refere-se às expectativas que a participante tem em relação à capacidade de manter o peso no futuro e não o voltar a aumentar, formulando um conjunto de *estratégias* que poderão contribuir para esta expectativa («*agora quero manter este peso, sei que posso comer de tudo mas com*

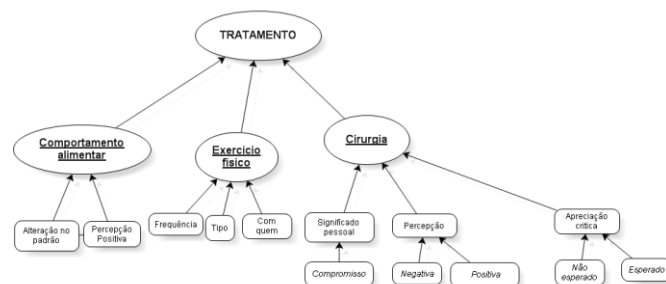
cuidado e se comer mais hoje tenho que fazer mais exercício»). A categoria *estética* refere-se à imagem corporal que a participante gostaria de atingir estando relacionada com a *cirurgia plástica*, que se refere à estratégia primordial para resolver os problemas de estética e atingir a imagem e forma corporal desejada. Esta está também associada a um conjunto de *medos e receios* inerentes a qualquer cirurgia («atingi...agora gosto mais do meu corpo. Ainda há uma parte que gostaria de mudar...mas isso é mais difícil» e «a partir de agora sei que é mais lento [a perda de peso] mas sei o que tenho de fazer, é continuar a cumprir para manter»).

Figura 4: Categoria central: **EXPECTATIVAS**(Caso B um ano após a cirurgia – M2)



O **TRATAMENTO**(Figura 5) é uma categoria central que caracteriza os procedimentos/exigências necessárias para a perda de peso. Esta categoria engloba **comportamento alimentar**, **exercício físico** e **cirurgia**, sendo estes os três pilares fundamentais para a perda de peso uma vez que associam uma mudança de estilo de vida à cirurgia.

Figura 5: Categoria central: **TRATAMENTO**(Caso B um ano após a cirurgia – M2)



O **comportamento alimentar** é uma categoria importante e um elemento fundamental para o tratamento, englobando a alteração no padrão que sintetiza as alterações necessárias para que a alimentação seja saudável; e a percepção positiva que caracteriza a forma como a participante vê as alterações efectuadas e o seu comportamento alimentar no presente. Daqui resulta uma atitude de mais respeito pela alimentação, sendo que todos os alimentos são permitidos, mas é necessário distinguir os alimentos primários e centrais dos secundários e menos frequentes («acho que é o correcto, como de tudo sem exageros. Se for a uma festa como uma fatia de bolo e já chega. Mudou bastante em termos de quantidade, muito menos agora, mas principalmente em termos de qualidade, mais legumes e saladas»).

A categoria **exercício físico** compreende a importância que este elemento tem para o tratamento e engloba o tipo de actividade realizada, *programada* ou *não programada*, a frequência, e com quem é realizado, *com companhia* ou *sem companhia*(«também sei que preciso de fazer algum exercício....apesar de andar bastante por casa, todos os dias faço as minhas caminhadas»).

A categoria **cirurgia** refere-se à forma como a paciente foi vivendo a cirurgia, englobando as subcategorias: significado pessoal, percepção e apreciação crítica.

A categoria **significado pessoal** compreende a forma como a paciente viveu este processo e qual a importância atribuída a este momento, sendo definido como um troféu, um marco e uma responsabilidade, que exige um *compromisso* pessoal para toda a vida («foi o ideal, a partir daqui as coisas

começaram a correr bem...é o meu troféu»). A percepção inclui os aspectos positivos e negativos que foram elencados pela participante como elementos relevantes, englobando as categorias *percepção positiva* e *percepção negativa*. A *percepção positiva* engloba os benefícios associados à **cirurgia** no domínio profissional, interpessoal e pessoal (com as alterações ao nível da saúde, mobilidade, auto-estima e estética) bem como os sentimentos de bem-estar associados ao facto de ter alcançado um objectivo («é uma *qualidade de vida invejável*»). Como momento mais positivo é referido o espaço entre o primeiro e o segundo mês, altura em que a perda de peso foi mais acentuada («no primeiro mês, perdi imenso peso»). A *percepção negativa* caracteriza as mudanças corporais não consideradas anteriormente e que afectam a imagem corporal, nomeadamente a existência de pregas e o aumento da flacidez («até nem fiquei com muitas pregas, a parte de cima até está bem...gostava é de mudar aqui nas pernas»).

A categoria apreciação crítica descreve a avaliação pessoal que a participante realiza de todo o processo, abrangendo um conjunto de *elementos esperados* e *elementos não esperados*. As dificuldades sentidas ao longo do processo associadas ao facto deste ser um processo lento decorrem das situações que não foram esperadas pela participante («é um *processo lento, pensei que era mais depressa*»). Por outro lado, os *elementos esperados* reportam-se ao facto de se ter comprometido com estas alterações e, conseqüentemente, ter atingido os objectivos a que se propôs («o grande segredo é a *força de vontade, é meter na cabecinha que eu quero mesmo isto e o meu sucesso só depende de mim*»).

Discussão

A cirurgia bariátrica tem sido referida como o tratamento de eleição na obesidade, mas cada vez mais se reconhece que os casos de insucesso não são raros e que estes são,

frequentemente, atribuídos a factores psicológicos e não a factores técnicos²⁰.

A ausência de compreensão dos factores associados ao sucesso e insucesso da cirurgia bariátrica têm sido apontados como uma das grandes limitações associadas a este procedimento. A importância que este conhecimento tem para melhorar a eficácia da intervenção, torna urgente compreender quais os factores que estão associados e os preditores do sucesso e do insucesso da cirurgia. Este estudo teve como objectivo compreender, a partir de uma análise qualitativa de dois casos, os factores que contribuem para o sucesso e o insucesso na banda gástrica. Assim, pretendeu contribuir para uma melhor compreensão dos processos e das vivências subjectivas que estão presentes num caso de sucesso e num caso de insucesso.

Os dados obtidos permitem identificar padrões e significados no que concerne às expectativas existentes antes da cirurgia, bem como o significado atribuído ao tratamento um ano após a sua realização. Estes dados devem ser tidos em consideração no respeitante a esta problemática.

No momento antes da cirurgia o **tratamento** é uma categoria central no discurso das participantes. Esta categoria integra, em ambos os casos, a necessidade de serem produzidas alterações ao nível do estilo de vida, a utilização de medicamentos e o tratamento cirúrgico. No entanto, a cirurgia é considerada como “o” tratamento. As participantes percebem todo este processo como algo externo às próprias. Num momento é a comida que as controla, não se sentindo capazes de controlarem o seu próprio comportamento alimentar. No que se reporta ao tratamento, verificamos o mesmo princípio de funcionamento. A forma de resolver o problema, a obesidade, é através da realização de um procedimento cirúrgico, algo que “alguém me vai fazer e a partir daqui todos os problemas ficarão resolvidos”. Verificamos assim a presença de um *locus* de controlo

externo, quer pelo poder dado à comida quer pela forma como compreendem a cirurgia e todos os procedimentos associados. Os nossos dados apontam, tal como já tinha sido referido na literatura, para uma maior vulnerabilidade a factores externos bem como alguma propensão para a idealização da cirurgia e a associação dos alimentos a diferentes estados emocionais²⁰.

Um ano após a cirurgia, emergem duas categorias centrais nestes discursos, o “tratamento” e as “expectativas”. A forma como as participantes compreendem esta realidade e a categorizam é semelhante, no entanto, colocam-se nos pólos opostos de cada uma. Tal como já havia sido referido por van Hout¹¹, as diferenças individuais podem afectar o sucesso da cirurgia bariátrica.

Assim, o tratamento integra as alterações de estilo de vida (alimentação e prática de exercício físico) bem como a cirurgia, sendo estes dados consistentes com os apresentados na literatura²⁰.

No caso de insucesso, todo o tratamento é compreendido como negativo, um processo que é imposto e exige um grande sacrifício sendo que, nem sempre, a participante se sente capaz de cumprir as exigências que lhe são colocadas. A cirurgia é “o tipo” de tratamento privilegiado, esta é percebida como um momento milagre, no qual a participante é sujeita a um conjunto de procedimentos médicos e cirúrgicos que iriam eliminar todos os seus problemas. Todas as vivências associadas a este momento foram idealizadas, e não surgem nos discursos consciência das dificuldades e das exigências do processo. Atendendo a que estas são elementares para que haja um maior compromisso com a mudança comportamental que a banda gástrica exige para que os objectivos de perda de peso e diminuição das comorbilidades médicas associadas sejam atingidos, o sucesso fica comprometido. Assim, nesta participante prevaleceu o desejo de que depois da cirurgia tudo seria

diferente, não havendo grande elaboração, compreensão ou comprometimento. A cirurgia foi considerada como um *milagre*, um momento mágico que iria mudar toda a vida estando, por isso, envolta num conjunto de expectativas pouco realistas. A ausência de consciência das dificuldades fez com que a participante não tenha desenvolvido estratégias, mecanismos e um plano de acção que lhe permitisse lidar com as dificuldades depois da cirurgia e que permitisse compreender e aceitar que este seria um processo lento.

No que se refere às “expectativas” relativamente ao futuro, existem um conjunto de objectivos que ainda não foram atingidos, sendo que a participante continua a procurar explicações externas que justifiquem estas não mudanças e identifica um conjunto de dificuldades que não esperava ao longo deste processo. Este discurso é marcado por um *locus* de controlo externo, a comida adopta um papel central face à qual a participante se sente incapaz de ter poder para decidir. O comportamento da participante é passivo e desresponsabilizante perante a situação, justificando que «é mais forte do que eu». A participante reconhece que o tratamento compreende as alterações alimentares, o exercício físico e a cirurgia, mas esta última é mais valorizada do que as anteriores. Por isso, após um ano, a cirurgia é percebida de forma negativa pelas dificuldades, exigências e insucesso atingido. Por outro lado, existe a esperança de uma solução e o desejo de uma nova cirurgia de tipo diferente que possa resolver a situação. Aparece assim a expectativa e o desejo de uma nova cirurgia mais adequada às suas características e dificuldades, que iria resolver todos os problemas. Parece tratar-se da idealização de um “novo milagre” que permitiria atingir todas as mudanças que até aqui não foram atingidas. Este pode ser conceptualizado como um caso de *insucesso*, na medida em que a perda de excesso de peso não foi atingido, mas também

porque a participante, mesmo perante as dificuldades, não aprendeu ou desenvolveu estratégias adequadas e pró-activas que lhe permitam lidar adequadamente com a situação e assim atingir os objectivos, continuando na expectativa de que algo ou alguém, que nós aqui designamos por “milagre” resolva os seus problemas de vida¹¹.

Por sua vez, no caso B, existiam antes da cirurgia um conjunto de expectativas muito semelhantes às da participante A, mas passado um ano verificamos que os objectivos foram largamente atingidos. O papel pró-activo da participante, a percepção de que existem várias dimensões do tratamento e que este é um processo longo, permitiram-lhe atingir os seus objectivos, sendo por isso um caso de sucesso. Nesta situação verificamos um grande compromisso com as alterações do estilo de vida, quer em termos alimentares quer na realização de exercício físico, a centralidade do papel pessoal e a necessidade de se comprometer com estas alterações. O sucesso do processo centra-se nas aprendizagens adquiridas, que permitiram à participante alterar o seu estilo de vida e manter estas alterações¹⁶.

Assim, concluímos que as expectativas acerca do tratamento e do papel do obeso ao longo do processo são fundamentais para o seu compromisso com as modificações comportamentais necessárias para que este processo seja bem sucedido. Por um lado, é fundamental uma preparação adequada para a cirurgia, por outro, é necessário um acompanhamento sistemático depois da cirurgia, comprometendo o obeso com o tratamento e desenvolvendo estratégias pró-activas que lhe permitam atingir e manter o sucesso terapêutico.

Os dados deste estudo enfatizam a necessidade das diferentes dimensões serem trabalhadas ao longo de todo o processo de perda de peso, bem como de promover estratégias e recursos alternativos que possam ser implementadas ao longo do tempo. Mais, importa

desenvolver mecanismos adequados às diferentes fases do processo, bem como adequar as expectativas de todos os intervenientes.

No entanto, e apesar de terem sido melhor compreendidos alguns factores que contribuem para o (in)sucesso da cirurgia bariátrica, não podemos deixar de apontar algumas limitações do nosso estudo. Por um lado, as participantes, apesar de terem sido submetidas ao mesmo tipo de tratamento apresentavam um historial diferente no que se reportam às tentativas anteriores de perda de peso e uma das participantes já apresentava uma condição médica relevante associada à sua obesidade. Por outro lado, durante o ano de follow-up, uma das participantes engravidou, experiência que pode ter condicionado a sua adesão ao tratamento.

Apesar das limitações, este estudo sugere a importância de compreender como é que os obesos reagem às diferentes experiências associadas à cirurgia bariátrica e como as integram na sua história de vida e no seu tratamento.

Agradecimentos. À Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo suporte financeiro (SFRH/BD/37069/2007) para a realização do estudo. À Dra. Aline Fernandes, Dra. Maria Lopes Pereira e Dr. Maia da Costa, membros da Avaliação Multidisciplinar do Tratamento da Obesidade, e ao Hospital de Braga pela sua colaboração.

Bibliografia

1. Camo I, Santos O, Camolas J, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2009; 9:11-19.
2. Saber A, Elgamal M, McLeod M. Bariatric surgery: the past, present and future. *Obes Surg.* 2008; 18: 120-128.
3. Teixeira F, Maia A. O insucesso da gastrobandoplastia: factores preditores. (em preparação).

4. Kalarchian M, Marcus M, Levine M, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry.* 2007; 164:328-334.
5. Guimarães J, Rodrigues D, Campos M, et al. Factores preditivos da perda de peso após a cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.* 2006; 2:7-11.
6. Berenguer A, Celso S, Coelho C, et al. Gastrobandoplastia por via laparoscópica: follow-up de 24 meses. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2007;1(8):3-12.
7. DeMaria E, Sugerman H, Meador J, et al. High Failure Rate After Laparoscopic Adjustable Silicone Gastric Banding For Treatment of Morbid Obesity. *Annals of Surg.* 2000;233(6): 809-818;
8. Ray E, Nickels M, Sayeed S, et al. Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surg.* 2003;134(4): 555-563.
9. van Hout G, Verschure S, van Heck G. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2005; 15: 552-560.
10. van Hout G, Fourtuin F, Pelle A, et al. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2008; 18: 115-120.
11. van Hout G, Hadengoren C, Verschure S, et al. Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2009; 19:701-707.
12. Bauchowitz A, Gonder-Frederick L, Olbrisch M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med.* 2005; 85: 825-832.
13. Larsen J, Geene R, Maas C, et al. Personality as predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obes Res.* 2004;12(4): 1830-1834.
14. Mitchell J, Zwaan M. *Bariatric surgery: a guide for mental health professional.* Nova York: Routledge 2005.
15. Spitzer R, Yanovski S, Wadden T, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J of Eat Dis.* 1993; 13: 137-153.
16. Mittermair R, Aigner F, Obermuller S. High complication rate after Swedish adjustable gastric banding in younger patients <25 years. *Obes Surg.* 2009; 19: 446-450.
17. Silva S. *Experiências adversas na infância e psicopatologia em sujeitos com obesidade mórbida.* Braga: Universidade do Minho 2006.
18. Richards L. *Handling qualitative data: a practical guide.* London: Sage Publications; 2008.
19. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research.* New York: Aldine de Gruyter; 1967.
20. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010; 20: 161-167.