

Sintomas de ansiedade em pacientes pré-cirurgia bariátrica: um estudo comparativo

Anxiety symptoms in pre-surgery bariatric patients: a comparative study

Júlia Testa Andric, Cristina Pilla Della Méa, Vinícius Renato Thomé Ferreira,
Juarez Antônio Dal Vesco, Alida Isabel Argenta Dal Vesco

IMED. Curso de Psicologia.

Rua Senador Pinheiro, 304, Vila Rodrigues, Passo Fundo, RS, 99070-220.
juliandric@hotmail.com, cristina.mea@imed.edu.br, vinicius.ferreira@imed.edu.br,
dalvesco@upf.br, alidadalvesco@gmail.com

Resumo. Objetivou-se identificar sintomas de ansiedade em pacientes pré-cirurgia bariátrica e compará-los com o grupo controle e entre gêneros. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional e comparativo com uma amostra de 81 participantes. Utilizou-se: questionário sociodemográfico, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Escala de Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade (LIS-A). No grupo pré-bariátrica (n=31), a média do IDATE das mulheres foi 39,18 e 34,18 no LIS-A, e para os homens 30,67 e 19,33 respectivamente. No grupo controle (n=50), a média das mulheres foi de 37,07 no IDATE e 35,58 no LIS-A, e de 34,60 e 22,53 para os homens. Verificou-se maior prevalência de sintomas ansiosos nas mulheres, mas não houve diferença significativa nos escores médios de ansiedade entre os dois grupos.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, ansiedade, obesidade.

Abstract. The aim of this study was to identify anxiety symptoms in pre-surgery bariatric patients and to compare them with the control group and between genders. It is a quantitative, correlational, comparative study with a sample of 81 participants. A socio-demographic questionnaire, Trait-State Anxiety Inventory (IDATE) and Anxiety Symptom Intensity Scale (LIS-A) were used. In the pre-bariatric group (n=31), the mean of the women's IDATE was 39,18 and 34,18 in the LIS-A, and for the men 30,67 and 19,33 respectively. In the control group (n=50), the mean number of women was 37,07 in IDATE and 35,58 in HIS-A, and 34,60 and 22,53 in men. There was a higher prevalence of anxiety symptoms in women, but there was no significant difference in mean anxiety scores between the two groups.

Keywords: bariatric surgery, anxiety, obesity.

Introdução

A obesidade é considerada uma doença multifatorial causada pelo acúmulo de lipídeos no corpo (World Health Organization [WHO], 2016) e está relacionada a diversas comorbidades médicas, como hipertensão e diabetes, destacando-se entre as doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2014). Também se vincula a comorbidades psiquiátricas, como os transtornos depressivos e de ansiedade, gerando riscos à saúde física e mental do indivíduo (Almeida *et al.*, 2012). Um levantamento realizado pelo

Ministério da Saúde aponta que 52,5% da população adulta do país está acima do peso, sendo que 72% dos óbitos estão relacionados a obesidade (Brasil, 2014).

As primeiras recomendações médicas após o diagnóstico de obesidade são a adoção de exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis. Em muitos casos, a medicação é utilizada para auxiliar no processo de emagrecimento (Weineland *et al.*, 2012). Contudo, existem quadros em que nenhuma das possibilidades atingem os resultados almejados e então a cirurgia bariátrica torna-se a alternativa mais eficaz, apresentando como principais benefícios a perda de peso, melhoria na qualidade de vida, remissão das doenças relacionadas ao excesso de gordura corporal e diminuição do risco de mortalidade (Castro *et al.*, 2013; Moraes *et al.*, 2014).

O Conselho Federal de Medicina [CFM] (2016) considera que a indicação cirúrgica deve ser avaliada sob a análise do IMC, a idade e o tempo da doença. Em relação ao IMC, ocorre a indicação quando estiver acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades, entre 35 e 40 kg/m² na presença de comorbidades e entre 30 e 35 kg/m² na presença de comorbidades com classificação grave. Quanto à idade, a indicação cirúrgica é para maiores de 18 anos, entretanto, com a aprovação dos responsáveis e a devida análise do custo-benefício, podem ser operados adolescentes com 16 anos completos. Ainda, referente ao tempo da doença, é necessário a ocorrência de tratamento clínico insatisfatório de no mínimo dois anos para a indicação da cirurgia.

Por meio da Resolução nº 2.131/15, o CFM (2016) publicou nova lista de doenças que se associadas à obesidade, poderão apresentar indicação à cirurgia nos casos de pacientes com IMC maior que 35 kg/m². Entre as principais destacam-se a diabetes, apneia do sono, colecistopatia calculosa, hipertensão arterial, dislipidemia, esteatose hepática, doenças cardiovasculares, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, asma grave não controlada, osteoartrose, hérnias discais, pancreatite aguda de repetição, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e

depressão. Nestes casos, exige-se um laudo do médico especialista comprovando a classificação grave da doença, bem como é obrigatória a certificação de um endocrinologista confirmando que nenhum tratamento anterior com duração de pelo menos dois anos foi eficaz.

Da mesma forma, a partir da Portaria 390 editada pelo Sistema Único de Saúde [SUS] no ano de 2005 e da Resolução do CFM nº 1.942/2010, torna-se necessária a avaliação psicológica dos pacientes antes da cirurgia (CFM, 2016). Nesta etapa, a função do psicólogo vai além da investigação dos aspectos emocionais e cognitivos para análise da prontidão do paciente para a realização do procedimento (Conselho Federal de Psicologia [CFP], s.d.). Cabe ao profissional da psicologia também psicoeducar e preparar o indivíduo para as mudanças pós-cirurgia (Flores, 2014).

As psicopatologias mais pesquisadas nos quadros de obesidade são a ansiedade e as associadas a quadros depressivos (Martínez e Rentería, 2011; Zancaner, 2012). Conforme os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), a ansiedade é caracterizada pela preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Além disso, são experimentados sintomas físicos como inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”, fadigabilidade, dificuldade de concentração ou sensações de “brancos” na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

Ao investigar níveis de estresse e de sintomas depressivos em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, alguns autores constataram que a perda de peso reflete consideravelmente na redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, sugerindo que estes fatores são significativos no quadro da obesidade (Almeida *et al.*, 2011; Rocha e Costa, 2012). Pesquisas relacionadas à regulação emocional em

indivíduos com diagnóstico de obesidade apontam que o ato de comer ocorre por conta dos sintomas de ansiedade (Gianini *et al.*, 2013; Miller-Matero *et al.*, 2014; Opolski *et al.*, 2015).

Neste sentido, o comportamento de comer em excesso pode estar relacionado com a ansiedade, sendo que a comida é vista como uma forma de diminuir estes sintomas (Franques e Arenales, 2011). Assim sendo, o ato de comer transforma-se em um tranquilizador, uma maneira de diminuir a ansiedade (Oliveira e Silva, 2014).

Para que o paciente obtenha os resultados almejados da intervenção cirúrgica, torna-se indispensável o acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório. Uma das abordagens indicadas é a terapia cognitivo-comportamental, na qual se trabalha questões relacionadas à perda de peso e mudança do estilo de vida (Wilfley *et al.*, 2011). Além disso, o modelo cognitivo beneficia o paciente em aspectos significativos, como adaptação social, redução de ansiedade, aumento da autoestima e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld *et al.*, 2012).

O presente estudo teve como objetivo identificar sintomas de ansiedade em pacientes pré-cirurgia bariátrica, na véspera do procedimento. Além disso, buscou-se levantar o perfil sociodemográfico da amostra, bem como comparar os sintomas de ansiedade de pacientes pré-bariátrica com um grupo controle e entre os gêneros feminino e masculino.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional e comparativo (Sampieri *et al.*, 2013).

Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 81 indivíduos, 31 com indicação para cirurgia bariátrica e 50 sem a indicação cirúrgica. Os critérios de inclusão para os participantes do grupo pré-bariátrica foram homens e mulheres, acima de 18 anos,

alfabetizados e que tinham indicação para a cirurgia bariátrica. Cabe ressaltar que todos os pacientes que iriam realizar o procedimento passaram por uma avaliação psicológica prévia e estavam aptos. Os critérios de exclusão foram indivíduos que não tinham condições físicas ou emocionais para responder os instrumentos e aqueles que não preencheram as escalas de forma correta. No grupo controle, incluíram-se indivíduos da população geral, sem problemas relativos a excesso de peso, que não tinham indicação para realização de cirurgia bariátrica.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram:

Questionário sociodemográfico: Instrumento utilizado para mapear características sociodemográficas da amostra e levantar informações gerais acerca do perfil dos participantes, como idade, escolaridade, estado civil, ocupação e histórico da obesidade.

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE): A escala estado reflete como o participante se sente “agora, neste momento” em relação a 20 itens apresentados em uma escala *Likert* de 4 pontos: 1- absolutamente não; 2-um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. De maneira semelhante, a escala traço também é composta por 20 itens, entretanto, o participante expressa como “geralmente se sente”, de acordo com uma nova escala *Likert* de 4 pontos: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre. Os pontos de corte são (1) < 33 = sem ansiedade ou ansiedade baixa; (2) 33-49= ansiedade média; (3) >49= ansiedade alta (Fioravanti *et al.*, 2006; Spielberger *et al.*, 1979).

Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade (LIS-A): Instrumento de autorrelato, em forma de questionário, composto por 34 questões organizadas em uma escala *Likert* de 5 pontos (0- ausência de sintomas e 4- máximo de sintomas), que objetiva avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade em adultos ou em indivíduos maiores de 18 anos (em fase de validação). A escala foi desenvolvida no Brasil e está em fase de estudos psicométricos (validade e fidedignidade) (Ferreira, 2014).

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Meridional (CEP/IMED) pelo número do parecer 1.421.049 e CAAE 45557815.5.0000.5319. Em seguida, foi realizado contato com uma clínica médica particular localizada no norte do Estado do Rio Grande do Sul, referência na realização de cirurgia bariátrica, apresentou-se o projeto de pesquisa à psicóloga da clínica e esclareceram-se dúvidas. Com o aceite, a clínica disponibilizou os pacientes para a realização do estudo, que foram convidados a participar sem nenhum tipo de prejuízo ao tratamento ou indicação clínica em andamento. Procedeu-se um contato semanal com a clínica para verificar a agenda e efetuar visitas hospitalares aos pacientes internados um dia antes da cirurgia, no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram convidados a participar do estudo. Na oportunidade, dúvidas foram esclarecidas e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada, coletando a assinatura dos participantes. Foram, então, aplicados os instrumentos de forma individual, no leito do hospital, onde o paciente estava internado aguardando o procedimento cirúrgico.

Os 50 participantes do grupo controle, que não apresentaram indicação para cirurgia bariátrica foram escolhidos de forma intencional oriundos da população geral. Os instrumentos de avaliação foram aplicados na residência dos mesmos. Da mesma maneira, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, coletada a assinatura dos participantes e aplicado os instrumentos.

Análise de dados

Os dados foram analisados e levantados quantitativamente, com descrição e interpretação dos resultados. A análise estatística e inferencial dos escores foi efetuada por meio do teste *Mann-Whitney*, do teste *t* de *Student* e através da correlação de *Spearman* a 5% de probabilidade para as variáveis avaliadas, respeitando o tipo de

dado (paramétrico ou não-paramétrico) e a distribuição (normal ou não-normal) (Dancey e Reidy, 2013).

Resultados

Na caracterização sociodemográfica da amostra, a média de idade foi de 36,39 (DP = 11,16) para o grupo pré-bariátrica e 32,14 (DP = 13,22) para o grupo controle, apresentando diferença significativa de idade entre os dois grupos, sendo que o grupo pré-bariátrica evidenciou pessoas mais velhas ($p=0,04$). Na amostra de pacientes pré-cirurgia bariátrica ($n=31$), observou-se uma prevalência do gênero feminino ($n=22$; 71%), casados ou em união estável ($n=19$; 61,30%), ensino médio completo ($n=12$; 38,70%) e renda familiar variando de 3 até 6 salários mínimos ($n=17$; 54,80%). No grupo controle ($n=50$), também houve predomínio do gênero feminino ($n=33$; 66%) e renda familiar variando de 3 até 6 salários mínimos ($n=19$; 38%). Entretanto, houve maior percentual de solteiros ($n=28$; 56%) e mais participantes com ensino superior incompleto ($n=16$; 32%) no grupo controle. A maioria dos participantes da pesquisa exercia atividade laboral, sendo 74,2% ($n=23$) no grupo pré-bariátrica e 76% ($n=38$) no grupo controle, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra.
Table 1. General characterization of the sample.

	Variável	Pré-bariátrica		Grupo controle	
		n	%	n	%
Gênero	Feminino	22	71%	33	66%
	Masculino	9	29%	17	34%
	Total	31	100%	50	100%
Estado civil	Solteiro	12	38%	28	56%
	Casado/União estável	19	61,3%	20	40%
	Separado/Divorciado	0	0%	1	2%
	Viúvo	0	0%	1	2%
Escolaridade	Ensino fundamental completo	0	0%	2	4%
	Ensino médio completo	12	38,7%	10	2%
	Superior incompleto	5	16,1%	16	32%
	Superior completo	10	32,3%	14	28%
	Especialização	3	9,7%	8	16%
Trabalha	Sim	23	74,2%	38	76%
	Não	8	25,8%	12	24%
	Entre 0 e 2 SM	1	3,2%	3	6%
Renda familiar	2 até 3 SM	5	16,1%	17	34%
	3 até 6 SM	17	54,8%	19	38%
	6 até 10 SM	5	16,1%	3	6%
	10 até 15 SM	2	6,5%	7	14%
	Acima de 15 SM	1	3,2%	1	2%

Na amostra de pacientes pré-cirurgia bariátrica (n=31), identificou-se que a maioria possuía histórico familiar de obesidade (n= 22; 71%), sendo os ascendentes de primeiro grau (pai/mãe) em maior extensão (n= 11; 35,5%). Em relação aos tipos de tratamento já realizados dentro do mesmo grupo, percebeu-se que apenas 16,1% (n= 5) já tinham realizado tratamento psiquiátrico, 29% (n= 9) tratamento psicológico e 22,6% (n= 7) cirurgias plásticas

A média do Índice de Massa Corporal (IMC) do grupo pré-bariátrica foi 39,97 kg/m² (DP= 4,89) para as mulheres, indicando obesidade grau II, e 43,67 kg/m² (DP= 3,00) para os homens, classificado como obesidade grau III (mórbida). No grupo controle, encontrou-se a média de 23,91 kg/m² (DP= 4,13) para as mulheres, refletindo classificação normal e 26,96 kg/m² (DP= 5,10) para os homens, indicando sobrepeso. Observou-se que a amostra pré-bariátrica apresentou maior média de IMC nas comparações do grupo feminino, masculino e do total quando comparada ao grupo controle ($p < 0,001$), conforme Tabela 2.

Tabela 2. Média, desvio padrão do IMC e estatística inferencial pelo teste de Mann-Whitney.

Table 2. Mean, standard deviation of the BMI and inferential statistics by the Mann-Whitney test.

Variável	Amostra total		População pré-bariátrica		Grupo controle		Mann-Whitney		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	U	p	
IMC	Feminino	30,34	9,08	39,97	4,89	23,91	4,13	0,0	< 0,001
	Masculino	32,74	9,23	43,67	3,00	26,96	5,10	3,5	< 0,001
	Total	31,11	9,14	41,05	4,69	24,95	4,67	19,5	< 0,001

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o IMC de homens e mulheres na amostra total por meio do teste *t* de Student ($t = -1,10$; $p = 0,28$). Já na amostra do grupo controle, houve diferença estatisticamente significativa entre o IMC de homens e mulheres ($t = -2,13$; $p = 0,04$). Esse dado também foi encontrado na população pré-bariátrica, onde apresentou diferença significativa entre o IMC de homens e mulheres ($t = -2,56$; $p < 0,02$), com maior IMC presente nos homens.

Na avaliação dos sintomas de ansiedade, a média no instrumento IDATE do grupo pré-bariátrica foi de 39,18 (DP= 12,57) para as mulheres e 30,67 (DP= 4,95) para

os homens, e no grupo controle, 37,07 (DP= 7,78) para mulheres e 34,6 (DP= 9,43) para os homens.

A partir dos resultados do LIS-A, verificou-se que as mulheres do grupo pré-bariátrica apresentaram média de 34,18 (DP= 20,94) para os sintomas de ansiedade, enquanto os homens refletem média significativamente menor, de 19,33 (DP= 22,53), e no grupo controle 35,58 (DP= 18,50) para as mulheres e 22,53 (DP= 21,50) para os homens. Não houve diferença estatisticamente significativa de escores de ansiedade do IDATE ($p=0,72$) e do LIS-A ($p=0,83$) entre a amostra do grupo controle e a amostra pré-bariátrica. A comparação entre homens e mulheres quanto aos escores de ansiedade pelo teste de *Mann-Whitney* apontou que também não houve diferença significativa entre os homens da amostra geral e da amostra bariátrica para os escores do IDATE ($p=0,26$) e do LIS-A ($p=0,92$). Comparando mulheres da amostra geral e da amostra pré-bariátrica, não houve diferença estatisticamente significativa para os escores do IDATE ($p=0,83$) e do LIS-A ($p=0,75$), conforme a Tabela 3.

Tabela 3. Média, desvio padrão dos sintomas de ansiedade e estatística inferencial Mann-Whitney.
Table 3. Mean, standard deviation of anxiety symptoms and Mann-Whitney inferential statistics.

Variável	Amostra total		População pré-bariátrica		Grupo controle		Mann-Whitney		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	U	p	
IDATE	Feminino	38,45	9,88	39,18	12,57	37,97	7,78	350,5	0,83
	Masculino	32,88	8,21	30,67	4,95	34,06	9,43	55,5	0,26
	Total	36,67	9,69	36,71	11,51	36,64	8,49	737,5	0,72
LIS-A	Feminino	35,02	19,33	34,18	20,94	35,58	18,50	344,5	0,75
	Masculino	21,42	18,45	19,33	11,47	22,53	21,50	74,0	0,92
	Total	30,65	19,99	29,87	19,72	31,14	20,33	753,5	0,83

Na análise da amostra total, comparando homens e mulheres, foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o IDATE ($U=468$; $p=0,01$) e para o LIS-A ($U=384$; $p=0,001$), com mais sintomas de ansiedade para a amostra feminina. Ainda, a comparação dos escores de ansiedade de homens e mulheres da amostra do grupo controle indicou que não houve diferença estatisticamente significativa para o IDATE ($U=195,5$; $p=0,08$), contudo, foi encontrada diferença significativa para o LIS-A ($U=55$; $p=0,05$), demonstrando mais sintomas de ansiedade para a amostra feminina. Por fim, a comparação dos escores de ansiedade de homens e mulheres da amostra da

população pré-bariátrica também indicou que não houve diferença estatisticamente significativa para o IDATE ($U=61; p=0,1$), mas houve para o LIS-A ($U=55; p=0,05$), com mais sintomas de ansiedade nas mulheres.

O teste de correlação de *Spearman* foi realizado com o intuito de verificar associação entre idade, IMC e os instrumentos de ansiedade (IDATE e LIS-A). Os resultados indicaram apenas correlação forte entre o IDATE e o LIS-A, com nível de significância de $p<0,01$, conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Correlação de Spearman entre idade, IMC e instrumentos de ansiedade.
Table 4. Spearman correlation between age, BMI and anxiety instruments.

	Idade	IMC	IDATE
IMC	0,02 (0,08)	1	
IDATE	-0,38 (<0,01)	0,02 (0,88)	1
LISA	-0,16 (0,15)	-0,01 (0,9)	,829 (<0,01)

Discussão

Na amostra pré-bariátrica, o gênero feminino foi mais prevalente, apontando que mulheres procuram mais por cirurgia bariátrica do que os homens. Tal resultado também é apontado na literatura (Almeida *et al.*, 2012; Barros *et al.*, 2015; Harbottle, 2011; Matini *et al.*, 2014; Moraes *et al.*, 2014; Silva e Faro, 2015). Uma das explicações para isso pode ser os padrões de beleza e os modelos impostos pela mídia e sociedade, sendo que a vaidade e a busca pelo corpo perfeito costumam ser comportamentos frequentes do gênero feminino devido a pressões sociais por um corpo magro, e com mais risco de apresentar sofrimento com o excesso de peso do que os homens (Oliveira e Silva, 2014; Porcu *et al.*, 2011).

No que concerne à idade, os resultados dos pacientes pré-cirurgia se assemelham aos de outros estudos, onde a idade média é próxima de 36 anos (Almeida *et al.*, 2012; Ayoub *et al.*, 2011; Barros *et al.*, 2013). Quanto ao estado civil, a maioria encontra-se casada ou em união estável, dado também já verificado na literatura (Barros *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2013). Da mesma forma, há predominância de pacientes que estão inseridos no mercado de trabalho (Almeida *et al.*, 2011).

Ao pesquisar qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, autores encontraram renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (Barros *et al.*, 2015; Silva, 2014), diferente do que se verificou na presente pesquisa, onde a maioria da amostra pré-bariátrica apresentava renda entre 3 a 6 salários mínimos. Porém, este aumento da renda pode estar relacionado ao fato de que 100% das cirurgias realizadas na amostra estudada nesta pesquisa ocorreram por planos de saúde, serviço privado e não pelo SUS, onde os pacientes teoricamente apresentam condições financeiras menos favoráveis.

Em relação à escolaridade, a maioria referiu ensino médio completo. Todavia, a literatura apresenta discrepâncias em relação à escolaridade de pacientes pré-cirurgia bariátrica, sendo que foi identificada prevalência de ensino fundamental incompleto (Boscatto *et al.*, 2011), ensino médio completo (Barros *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2013) e ensino superior incompleto/completo (Espíndola *et al.*, 2013). É possível que estas diferenças também possam ser explicadas pela diferença econômico-financeira desta amostra e da amostra dos estudos de comparação.

A maioria dos pacientes apresentou histórico familiar de obesidade e o risco de desenvolver obesidade quando um dos pais é obeso é de 50% e quando os dois progenitores são obesos, este número eleva-se para 80% (ABESO, 2016). Tal resultado ajuda a sustentar a hipótese da etiologia multifatorial da doença, sendo que a hereditariedade contribui para a ocorrência de obesidade (Melo *et al.*, 2014; Segura *et al.*, 2016).

A análise estatística apresentou diferenças significativas entre o IMC dos pacientes pré-bariátrica e do grupo controle, sendo que os achados notoriamente foram mais altos nos pacientes que estavam prestes a realizar a cirurgia. Esse achado era bem previsível, pois a amostra era de pessoas com quadro definido de obesidade e com indicação de cirurgia. Tanto no grupo pré-bariátrica quanto no grupo controle o IMC foi maior no gênero masculino. É possível que a maior resistência dos homens na busca pelo tratamento da obesidade, diferentemente do que ocorre com as mulheres, explique mais prejuízos no IMC ao buscar o tratamento cirúrgico (Carvalho

et al., 2014). Ademais, o estereótipo do homem forte e viril faz com que o gênero masculino por vezes assuma o comportamento de negligenciar as fragilidades do próprio corpo, tendo como consequência o diagnóstico de doenças em nível avançado e maior risco de mortalidade (Botton *et al.*, 2017).

Nos escores dos dois grupos e gêneros encontraram-se sintomas de ansiedade de grau médio (escores de 33- 49 indicam ansiedade média). Este resultado vem ao encontro de outro estudo indicou a ocorrência de sintomas de ansiedade em níveis médios antes da cirurgia (Tae *et al.*, 2014). Quanto ao LIS-A, verificou-se no grupo pré-bariátrica média mais alta no gênero feminino. No grupo controle, também as mulheres pontuaram média mais elevadas quando comparadas aos homens. Não existem dados normativos para o LIS-A, mas a alta correlação positiva com o IDATE ($\rho = 0,829$) presume inicialmente que esta pontuação também possa ser considerada média.

Identificou-se nesse estudo que as médias de ansiedade foram maiores no gênero feminino. A presença de ansiedade em quadros de obesidade já foi identificada em outros estudos (Almeida *et al.*, 2011; Figueiredo *et al.*, 2014). A pesquisa de Barry, Pietrzak e Petry (2008) constatou que os indivíduos obesos, principalmente as mulheres, têm maior prevalência de transtornos ansiosos quando comparados a indivíduos com IMC normal. Nesse sentido, Oliveira e Silva (2014), em investigação com mulheres obesas, complementam que o ato de comer pode ser visto como uma forma de diminuir os sintomas de ansiedade.

Não há na literatura um consenso sobre a presença de sintomas de ansiedade antes da cirurgia bariátrica. Existem publicações que afirmam que pacientes pré-bariátrica não apresentam sintomas de ansiedade (Matini *et al.*, 2014; Rocha e Costa, 2012); outras identificam a presença de ansiedade, mesmo em graus leves (Almeida *et al.*, 2012; Porcu *et al.*, 2011; Rocha e Costa, 2012). Os pacientes avaliados nessa pesquisa já haviam realizado os exames necessários, recebido aprovação psicológica e clínica, todas as dúvidas já haviam sido esclarecidas e inclusive já estavam no hospital, aguardando o procedimento cirúrgico. Normalmente, a decisão para a realização da

cirurgia bariátrica ocorre depois de inúmeras tentativas ineficazes para perder peso, principalmente relacionada a fracasso nas dietas (Nascimento, Bezerra e Angelim, 2013). O fato de realizar a cirurgia e a possibilidade de perda de peso pode ser uma justificativa para não haver diferenças significativas de sintomas de ansiedade entre os grupos. Moliner e Rabuske (2008) referem que o procedimento gera muitas expectativas, ou seja, na melhora da saúde e relacionamento interpessoal, prevenção de doenças, aumento da autoestima, possibilitando uma reorganização para um estilo de vida com mais qualidade.

Por fim, os resultados do IDATE indicaram sintomas de ansiedade de grau médio para as mulheres e para os homens, tanto do grupo da amostra pré-bariátrica quanto para a amostra do grupo controle. Mesmo não apresentando diferença entre as médias do grupo de pré-bariátrica com o da população em geral, identifica-se a importância de acompanhamento psicológico no pré-operatório, pois por meio dessa intervenção os pacientes desenvolverão recursos necessários para a realização de mudanças comportamentais exigidas para a eficácia do procedimento.

Como limitação do estudo aponta-se o fato de todos os pacientes virem a realizar o procedimento cirúrgico por algum convênio ou de forma particular. Como perspectivas futuras, identificam-se novos estudos que busquem investigar sintomas de ansiedade em uma população do SUS, bem como realizar pesquisa com número maior de participantes. Além disso, sugere-se a comparação dos dados de sintomas de ansiedade pré e pós-cirurgia bariátrica.

Referências

- ALMEIDA, G. A. N.; GIAMPIETRO, H. B.; BELARMINO, L. B.; MORETTI, L. A.; MARCHINI, J. S.; CENEVIVA, R. 2011. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: A associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, **24**(3):226-231. doi:10.1590/S0102-67202011000300009
- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. 2012. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, **17**(1):153-160. doi:10.1590/S1413-294X2012000100019

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- AYOUB, J. A. S.; ALONSO, P. A.; GUIMARÃES, L. M. V. 2011. Efeitos da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, **24**(2):140-143. doi:10.1590/S0102-67202011000200010
- BARROS, L. M.; MOREIRA, R. A. N.; FROTA, N. M.; ARAÚJO, T. M.; CAETANO, J. A. 2015. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem FEN/UFG*, **17**(2):312-21. doi:10.5216/ree.v17i2.27367
- BARROS, L. M.; MOREIRA, R. A. N.; FROTA, N. M.; CAETANO, J. A. 2013. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, **7**(5):1365-1375. doi:10.5205/reuol.3960-31424-1-sm.0705201315
- BARRY, D; PIETRZAK, R. H.; PETRY, N. M. 2008. Gender differences in associations between body mass index and DSMIV mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Annals of Epidemiology*, **18** (6),458-466. doi:10.1016/j.annepidem.2007.12.009.
- BOSCATTO, E. C.; DUARTE, M. F. S.; GOMES, M. A. 2011. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, **16**(2):43-47. doi:10.12820/RBAFS.V.16N1P43-47
- BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. 2017. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, **25**(1):67-72. doi:10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2014. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Recuperado em 12 de abril, de <http://www.endocrino.org.br/vigitel-e-os-dados-sobre-obesidade-e-sobrepeso/>
- CARVALHO, C. W.; DANI, C.; KAMINSKI, R. S.; LOPES, N. M. C.; BOCK, P. M. 2014. Perfil farmacoterapêutico de pacientes obesos pré-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde SBRAFH*, **5**(3):6-11.
- CASTRO, M. R.; FERREIRA, V. N.; CHINELATO, R. C.; FERREIRA, M. E. 2013. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Universidade Federal de Juiz de Fora*, **9**(3):87-95. doi:10.6063/motricidade.9(3).899
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [CFM]. 2016. *Resolução CFM Nº 2.131/2015*. Publicada no D.O.U. em 13 jan. 2016, Seção I, p. 66. Recuperado em 22 de abril de 2017, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. (s.d.). *Avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica: Orientações aos profissionais*. Recuperado em 19 de abril de 2017, de <http://www.portal.crppr.org.br/download/256.pdf>
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. 2013. *Estatística sem matemática para psicologia*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Editora Penso.

- ESPÍNDOLA, C. B.; FORTALEZA, M. C.; MENEZES, C. N. B. 2013. Condições afetivo/emocionais entre pacientes obesos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Humanidades*, **28**(1):60-69. doi:10.5020/23180714.2013.28.1.60-69
- FERREIRA, V. R. T. 2014. *Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade – LIS-A*. Passo Fundo, RS: Não publicado.
- FIGUEIREDO, M.; CUNHA, D.; ARAUJO, A.; SANTOS, C.; SUPPLY, H.; BOGUSZEWSKI, C., & RADOMINSKI, R. 2014. Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, **3**(1), 43-54.
- FIORAVANTI, A. C. M.; SANTOS, L. F.; MAISSONETTE, S.; CRUZ, A. P. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. 2006. Avaliação da Estrutura Fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, **5**(2):217-224.
- FLORES, C. A. 2014. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: Práticas atuais. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, **27**(1):59-62.
- FRANQUES, A. R. M.; ARENALES, M. S. 2011. *Novos corpos, novas realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- GIANINI, L. M.; WHITE, M. A.; MASHEB, R. M. 2013. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav.*, **14**(3):309-313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- HARBOTTLE, L. 2011. Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. *Obesity Reviews*, **12**(3):198-204. doi:10.1111/j.1467-789x.2010.00737.x
- MARTÍNEZ, B. P. R.; RENTERÍA, M. S. 2011. Acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica. In: A. R. M. FRANQUES; M. S. ARENALES-LODI (eds.), *Novos corpos, novas realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo, SP: Vetor Editora, p. 155-170.
- MATINI, D.; JOLFAEI, A. G.; PAZOUKI, A.; PISHGAHROUDSARI, M.; EHTESHAM, M. 2014. The comparison of severity and prevalence of major depressive disorder, general anxiety disorder and eating disorders before and after bariatric surgery. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, **28**(109):1-7.
- MELO, W. V.; BERGMANN, C.; NEUFELD, C. B.; MACHADO, P. P.; CONCEIÇÃO, E. 2014. A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **10**(2):84-92. doi:10.5935/1808-5687.20140014
- MILLER-MATERO, L. R.; ARMSTRONG, R.; McCULLOCH, K.; HYDE-NOLAN, M.; ESHELMAN, A.; GENAW, J. 2014. To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord*, **19**(3):377-382. doi:10.1007/s40519-014-0118-3
- MOLINER, J. de; RABUSKE, M. M. 2008. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, **10**(2): 44-60.

- MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHENIDER, D. S. 2014. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, **27**(2):157-164. doi:10.1590/1982-0194201400028
- NASCIMENTO, C. D. do; BEZERRA, S. M. da S.; ANGELIM, E.M.S. 2013. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, **18**(2):193-101.
- NEUFELD, C. B.; MOREIRA, C. A. M.; XAVIER, G. S. 2012. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: O relato de uma experiência. *Psico*, **43**(1):93-100.
- OLIVEIRA, A. P. S. V.; SILVA, M. M. 2014. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Psicologia e Saúde*, **6**(1):74-82.
- OLIVEIRA, M. S.; LIMA, E. F. A.; LEITE, F. M. C.; PRIMO, C. C. 2013. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. *Cogitare Enfermagem*, **18**(1):90-94. doi:10.5380/ce.v18i1.31312
- OPOLSKI, M.; CHUR-HANSEN, A.; WITTERT, G. 2015. The eating related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*, **5**(4):165-197. doi:10.1111/cob.12104
- PORCU, M.; FRANZIN, R.; ABREU, P. B.; PREVIDELI, I. T. S.; ASTOLFI, M. 2011. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum Health Sciences*, **33**(2):165-171. doi:10.4025/actascihealthsci.v33i2.7653
- ROCHA, C.; COSTA, E. 2012. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, **30**(4):451-466.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. 2013. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo, SP: Editora Penso.
- SEGURA, D. C.; CORRAL, J. P.; WOZNIAC, S. D.; SCARAVONATTO, A.; VANDRESEN, E. P. 2016. Análise da imagem corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, **17**(3):170-174.
- SILVA, C.; FARO, A. 2015. Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: Estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*, **6**(2):156-169.
- SILVA, N. G. 2014. *Suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes sob tratamento para obesidade*. Campina Grande, PB. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 28p.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. 1979. *Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE*. Rio de Janeiro, RJ: CEPA.
- TAE, B.; PELAGGI, E. R.; MOREIRA, J. G.; WAISBERG, J.; MATOS, L. L.; D'ELIA, G. 2014. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, **41**(3):155-160. doi:10.1590/S0100-69912014000300004

- WEINELAND, S.; ARVIDSSON, D.; KAKOULIDIS, T.; DAHL, J. 2012. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, **6**(1):21-30. doi:10.1016/j.orcp.2011.04.004
- WILFLEY, D. E.; KOLKO, R. P.; KASS, A. E. 2011. Cognitive behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, **20**(2):271-285. doi:10.1016/j.chc.2011.01.002
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. 2016. *Obesity and overweight*. Recuperado em 12 de março de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- ZANCANER, M. S. 2012. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In: A. R. M. FRANQUES; M. S. ARENALES-LOLI (orgs.), *Novos corpos, novas realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo, SP: Vetor Editora, p. 13-30.

Recebido em: 05.06.2018

Aceito em: 22.02.2019