



**Avaliação do Auto-Conceito no Doente Submetido a
Cirurgia Bariátrica**

Evaluation of Self-Concept in Bariatric Patients

Carla Maria Roberto Moraes

Orientado por: Professora Doutora Flora Correia

Tipo de documento: Trabalho de Investigação

Porto, 2010

Agradecimentos

Um Agradecimento Especial,

À Professora Doutora Flora Correia, pelo privilégio que me deu em ser minha orientadora, por todo o conhecimento que me transmitiu, não só a nível profissional mas também pessoal. Por todo o empenho e dedicação com que me ajudou na concretização deste trabalho.

À Mestre Cristina Arteiro, por todo o apoio e simpatia demonstrados ao longo deste período.

À Professora Sílvia Pinhão, por todo o apoio prestado, sempre com grande simplicidade, simpatia e amizade.

Ao Professor Doutor Bruno Oliveira, pela disponibilidade e paciência na execução dos trabalhos de investigação.

Ao Dr. Rui Poínhos, pelo apoio, disponibilidade e, principalmente, pela grande paciência e simpatia com que sempre me ajudou de forma tão desprendida.

Um agradecimento especial a todos os amigos e familiares que me apoiaram, de forma incondicional, em todos os momentos.

Índice

Agradecimentos.....	i
Lista de Abreviaturas	iii
Resumo	iv
Abstract	vi
Introdução.....	1
Material e Métodos	5
Resultados.....	9
Caracterização da Amostra.....	9
Caracterização da Actividade Física na Amostra.....	9
Avaliação Antropométrica	11
Avaliação do Auto-Conceito.....	12
Discussão e Conclusões	17
Referências Bibliográficas	23
Índice de Anexos	25

Lista de Abreviaturas

HSJ EPE, Porto – Hospital de São João, Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PC – Perímetro de Cintura.

PA – Perímetro de Anca.

IMC – Índice de Massa Corporal.

DMNID - Diabetes Mellitus não-insulino-dependente

DP – Desvio padrão

ICAC - Inventário Clínico de Auto-Conceito

Resumo

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública que afecta um número cada vez maior de indivíduos, sendo crescente a prevalência da obesidade mórbida. Os indivíduos obesos apresentam uma maior prevalência de morbilidade psicológica e psiquiátrica, quando comparados com indivíduos normoponderais. Actualmente, a Cirurgia Bariátrica é considerada como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo para esta patologia resultando em melhorias significativas na saúde física, psicológica e social do indivíduo. A investigação nesta área tem prestado mais atenção aos aspectos psicológicos desta doença, no entanto, um determinante psicológico, o Auto-Conceito, tem sido relegado para segundo plano. Ele define-se como a percepção que o indivíduo tem de si próprio.

Objectivo: Avaliar o auto-conceito no indivíduo com obesidade mórbida, prestes a ser submetido a cirurgia bariátrica, e caracterizar a sua variação após a realização do procedimento cirúrgico.

Métodos: O estudo incluiu doentes do HSJ-EPE, submetidos a Gastroplastia de Banda ajustável, avaliados antes e 1 a 3 meses após a cirurgia em consulta de seguimento de Nutrição. A avaliação baseou-se na recolha de dados antropométricos e na avaliação do Auto-Conceito. Para a avaliação do Auto-Conceito, foi utilizado o ICAC.

Resultados: Na amostra estudada verificou-se um aumento, com significado estatístico, dos níveis médios de actividade física entre a avaliação pré e pós-cirúrgica. Verificou-se, após a cirurgia, uma diminuição média, significativa, do peso corporal, IMC e perímetros de cintura e anca.

Verificou-se que a pontuação total do auto-conceito diminuiu em média, 1,5 pontos entre os dois momentos de avaliação. Antes e depois da cirurgia, o IMC

apresentou uma associação negativa com a pontuação total no ICAC. Observou-se uma associação positiva entre a diminuição do IMC e a variação nas pontuações totais obtidas no ICAC.

Houve um aumento da pontuação média em F1 (aceitação/rejeição social), e uma diminuição da pontuação média em todos os outros factores, particularmente em F4 (impulsividade-actividade). A pontuação obtida em F1, antes e depois da cirurgia, relacionou-se negativamente com o IMC. Verificou-se, também, a associação positiva entre a diminuição do IMC e as diferenças da pontuação obtida para F1. A pontuação obtida em F2 (auto-eficácia), antes da cirurgia, relacionou-se negativamente com o IMC e a diferença de IMC relacionou-se positivamente com as diferenças de pontuação em F2 entre as duas avaliações. Em F3 (maturidade psicológica), verificou-se a associação positiva entre a idade e a pontuação deste factor, tanto pré como pós-cirurgicamente. Foi também possível observar uma associação positiva com a escolaridade antes e após a cirurgia. A pontuação obtida em F4, após a cirurgia, associou-se negativamente com o IMC. Verificou-se também que quanto maior a idade melhor a pontuação obtida em F4 após a cirurgia. Nenhuma destas associações foi estatisticamente significativa.

Conclusões: Este trabalho enfatiza a necessidade de avaliar o ICAC no enquadramento clínico específico da obesidade com indicação para cirurgia bariátrica através de estudos com amostra de dimensão adequada e com períodos de *follow-up* superiores.

Palavras-Chave: Auto-Conceito, Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica

Abstract

Evaluation of Self-Concept in Bariatric Patients

Background: Obesity is a public health problem, which is increasing dramatically.

The prevalence of morbid obesity has also risen.

When compared to normal weight subjects, there appears to be a greater prevalence of psychological and psychiatric morbidity among obese. Today, Bariatric Surgery is considered, in the long-term, the most effective therapeutic treatment for obesity, resulting in significant improvements on individual's physical, psychological and social health. Research in this field has focused on the diseases' psychological aspects, however, Self-Concept has been drawn down.

Self-concept is defined as the perception that the subject has of himself.

Objectives: Evaluate 'Self-Concept' of subjects with morbid obesity, about to undergo bariatric surgery, and characterize its variation after the surgical procedure.

Methods: This study included patients from HSJ-EPE (São João Hospital) who have undergone adjustable gastric banding. They were evaluated before, one and three months after surgery during a Nutrition follow-up appointment. Anthropometric data were collected and Self-Concept was evaluated using ICAC (Clinical Inventory of Self-Concept).

Results: In the studied sample a significant increase in the mean physical activity levels was observed between pre and post-surgical evaluations. After surgery, significant reductions of the mean body weight, BMI (Body Mass Index) and waist and hip perimeters were found.

There was a 1,5 points decrease of the mean of Self-concept's total score between the two evaluation moments. Before and after surgery, BMI was

negatively associated with ICAC's total score. A positive association was observed between BMI's reduction and ICAC's total score variation.

There was an increase in F1's (social acceptance/rejection) mean score and a decrease in all other factors' mean scores, particularly on F4 (impulsiveness-activity). F1's score, both before and after surgery, was negatively related to BMI. A positive association was also found between BMI's lowering and F1's score differences. Before surgery, it was noted that F2's (self-efficacy) score was negatively related to BMI and that BMI's difference was positively related to F2's score difference between the two evaluations. F3's (psychological maturity) score was positively associated to age, both pre and post-surgically. After surgery, F4's score was negatively associated to BMI. Moreover it was found that, post-surgically, the older the subject the higher was F4's score. However, none of the above associations were statistically significant.

Conclusions: This study emphasizes the need to evaluate ICAC, in a specific clinical set of obese individuals with surgical indication. This should be done using larger samples and longer follow-up periods.

Keywords: Self-Concept, Morbid Obesity, Bariatric Surgery

Introdução

A obesidade é, sem dúvida, um problema de saúde pública, que afecta um número cada vez maior de indivíduos. Ainda mais alarmante é o facto de se assistir a uma crescente prevalência de obesidade mórbida, classificada segundo a OMS como um $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ⁽¹⁾. A obesidade está associada a um aumento significativo de mortalidade e de co-morbididades, bem descritas e documentadas na literatura, tais como hipertensão, doença cardiovascular, doença pulmonar, incluindo apneia do sono, problemas osteo-articulares, gota, dislipidemia, doença biliar litíásica, DMNID, alguns tipos de neoplasias, entre outras ⁽¹⁻²⁾.

Os problemas psicossociais associados à obesidade estão menos estudados e a sua associação é menos clara e estabelecida ⁽³⁾. Os indivíduos obesos estão sujeitos a intensa discriminação e preconceito, que muitas vezes tem início na infância. Num estudo, em que era pedido a crianças, em idade escolar, para caracterizarem a personalidade de um indivíduo obeso, representado através de uma imagem, estas retratavam-no como sendo “preguiçoso, sujo, estúpido, feio, batoteiro e mentiroso” ⁽⁴⁾. Quando apresentada a imagem de uma criança obesa e de crianças com deficiências físicas como a falta de uma mão ou com a cara desfigurada, tanto adultos como crianças apontavam o obeso como sendo o menos simpático. De facto, mesmo entre os indivíduos obesos é prevalente este tipo de preconceito ⁽⁵⁾. Noutro trabalho de investigação, quando a adultos e crianças, de diferentes idades, etnias, peso e sexo, era pedida a caracterização de imagens de diferentes indivíduos (também com variações na idade, etnia, peso e sexo), aqueles que apresentavam peso normal, em comparação com os com excesso de peso, eram descritos como os que teriam um maior número de

amigos, que seriam mais felizes, inteligentes, bonitos, menos solitários e mesquinhos, esta tendência ocorreu para ambos os sexos, todas as idades, etnias e variações de peso na população de indivíduos testados ⁽⁶⁾.

Mais de 80% dos indivíduos obesos afirmam que se sentem pouco atraentes fisicamente, acreditam que os outros fazem comentários depreciativos acerca do seu peso, não gostam de ser vistos em público e referem que, em algum momento, já sentiram discriminação na candidatura a um emprego ⁽⁷⁾. A um nível mais pessoal, referem escassez ou mesmo ausência de contacto social ⁽³⁾. Entre os indivíduos obesos, naqueles que procuram tratamento, tem sido observada uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos. Comparativamente aos indivíduos de peso normal, parecem ter um maior historial de distúrbios de humor, ansiedade, fobia social, maiores índices de depressão e de baixa auto-estima e ainda uma imagem corporal negativa ⁽⁸⁻⁹⁾ ⁽¹⁰⁾.

Em contraste com a normal tendência para preferir a sua própria incapacidade relativamente a outras, um estudo observou que 47 doentes obesos, que conseguiram com sucesso manter uma perda de, no mínimo, 45 kg por, pelo menos, três anos após cirurgia bariátrica, afirmavam que preferiam ter peso normal e um outro tipo de incapacidade, como surdez, dislexia, diabetes ou acne severa, do que voltarem a ser obesos ⁽¹¹⁾. Uma grande percentagem afirmava que preferia ter uma perna amputada ou ser cega do que novamente obesa (91,5% e 89,4%, respectivamente). Todos os doentes afirmavam que preferiam ser normoponderais do que sofrer de obesidade mórbida e serem multimilionários ^(7, 11). Apesar de, nesse estudo, não serem investigadas as razões por detrás destas preferências, o preconceito poderá ser um forte candidato, e estes resultados mostram claramente o elevado peso relativo da obesidade a nível psicológico ⁽⁷⁾.

As questões psicológicas parecem ser mais urgentes de resolver para o indivíduo, do que a própria morbilidade física, assim, é necessária uma maior atenção para estas questões por parte dos profissionais de saúde.

Actualmente, a Cirurgia Bariátrica (Gastroplastia de Banda ajustável ou Bypass Gástrico) é considerada como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo para a obesidade mórbida. Este facto leva a que muitos doentes encarem a cirurgia como uma “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia expectativas excessivas ⁽¹²⁾. No entanto, esta confiança excessiva e irrealista no “milagre cirúrgico” pode pôr em risco o tratamento, uma vez que o doente tende a desresponsabilizar-se do processo terapêutico, levando a que não adira aos requisitos pós-cirúrgicos do tratamento (alterações alimentares, comportamentais e de estilo de vida), essenciais para garantir a sua eficácia. Estas alterações são ainda mais difíceis já que o doente obeso tem tendência a desejar ser um participante passivo no seu próprio tratamento ⁽¹²⁻¹³⁾.

Por estas e outras razões, o sucesso da cirurgia bariátrica nem sempre se verifica. Muitos doentes perdem peso numa fase inicial mas voltam a recuperá-lo, geralmente, 18 meses a 2 anos após cirurgia bariátrica e, para muitos doentes, o seu peso mantém-se 50% acima do peso de referência ⁽¹⁴⁾. Para este insucesso contribui, em grande parte, o facto de os indivíduos não alterarem os seus estilos de vida, nomeadamente através do aumento da actividade física, e manterem os comportamentos alimentares prévios à intervenção cirúrgica. A cirurgia bariátrica representa, sem dúvida, uma importante arma terapêutica para a perda ponderal, no entanto, não é eficaz sem alterações comportamentais relevantes e permanentes.

Os benefícios, em termos de melhoria da qualidade de vida e diminuição na gravidade da morbilidade física, têm sido muito bem demonstrados. Além da perda de peso *per se*, a cirurgia bariátrica conduz a melhorias significativas no estado geral de saúde (melhoria da pressão arterial, dislipidemia, função respiratória, cardíaca e diabetes), secundárias à perda de peso ⁽¹⁴⁾.

Estão ainda descritas melhorias na auto-estima e bem-estar psicológico (diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade), aumento da qualidade de vida, redução das limitações físicas e diminuição da dor incapacitante ^(3, 9).

Apesar da investigação nesta área começar a prestar um pouco mais de atenção aos aspectos psicológicos desta doença, e às suas alterações com a perda de peso, um determinante psicológico tem sido muitas vezes esquecido, o auto-conceito.

O auto-conceito é uma medida que avalia um traço da personalidade e, como tal, é um fenómeno íntimo e pessoal. Define-se, em termos gerais, pela percepção que o indivíduo tem de si próprio e caracteriza-se, mais especificamente, pela compreensão das próprias atitudes, sentimentos e pelo auto-conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Relaciona-se com o funcionamento geral do indivíduo e resulta das avaliações dos que o rodeiam, das comparações pessoais com grupos de referência e com a observação e atribuições do próprio comportamento ⁽¹⁶⁾.

Sendo o auto-conceito um determinante psicológico tão marcante na caracterização da personalidade, procurarei, neste trabalho de investigação, avaliá-lo no indivíduo com obesidade mórbida, prestes a ser submetido a cirurgia bariátrica, e caracterizar a sua variação após a realização do procedimento cirúrgico.

Material e Métodos

O estudo incluiu doentes do HSJ-EPE, submetidos a Gastroplastia de Banda ajustável. A amostra inicial era constituída por 16 doentes, internados no Hospital de São João, EPE, para serem submetidos a cirurgia bariátrica.

A avaliação dos doentes ocorreu em dois momentos: pré-cirúrgico e pós-cirúrgico. A recolha de dados pré-cirúrgicos ocorreu aquando do internamento no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São João, EPE, entre 10 de Março e 27 de Abril de 2010, e a recolha pós-cirúrgica ocorreu entre um e três meses após a data da alta hospitalar, na consulta de seguimento de Nutrição. A avaliação baseou-se na recolha de dados antropométricos e na avaliação do Auto-Conceito. Assim, foram recolhidos os seguintes dados antropométricos: peso, altura (relatada), perímetro de cintura e perímetro de anca, e ainda determinado o Índice de Massa Corporal (IMC), além de alguns dados pessoais (como idade, escolaridade, e actividade profissional).

Foi avaliada a actividade física dos doentes, de uma forma subjectiva em quatro categorias, (“Nenhuma”; “Leve”; “Moderada” e “Vigorosa”). Esta avaliação foi efectuada tendo em conta os critérios de inclusão sistematizados na tabela 1, baseados no Compêndio de Actividades Físicas⁽¹⁷⁾.

<i>Categorias de Actividade Física</i>				
	<i>Nenhuma</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Vigorosa</i>
Tipo de actividades praticadas	Actividade dispendida apenas nas acções normais do seu quotidiano.	Actividades como caminhada a passo lento, hidroginástica 1 a 2 vezes por semana por cerca de 50min,etc.	Actividades como caminhada a passo acelerado no mínimo durante uma hora, ciclismo estacionário a velocidade moderada, ginástica em casa, etc.	Actividades como corrida, ciclismo, saltar à corda, etc.

Tabela 1. Categorização da Actividade Física da Amostra.

Para a avaliação do Auto-Conceito, foi utilizado o Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)⁽¹⁶⁾ (ver em anexo). Este instrumento consiste numa escala tipo Likert, de auto-administração, constituída por 20 afirmações, cada uma distribuída por cinco categorias, diferenciadas em “não concordo”, “concordo pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito”, e “concordo muitíssimo” com uma pontuação mínima de 1 e uma máxima de 5, apresentando-se a pontuação revertida nas afirmações negativas. Quanto melhor for o auto-conceito do indivíduo, maior a pontuação total obtida, podendo esta variar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 pontos. Esta escala é utilizada para medir aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, já que estes são considerados os mais importantes no ajustamento social⁽¹⁶⁾.

Além da pontuação total, o ICAC permite calcular ainda seis factores de auto-conceito⁽¹⁶⁾ a partir da soma da pontuação de determinadas afirmações:

- Factor 1 – denominado de Factor de Aceitação/Rejeição Social (afirmações 1; 4; 9; 16 e 17), avalia conforme a melhor ou pior pontuação, como o próprio nome indica, a percepção do indivíduo em se sentir aceite ou não socialmente;

- Factor 2 – denominado de Factor de Auto-Eficácia (afirmações 3; 5; 8; 11; 18 e 20), avalia a percepção de capacidade em enfrentar e resolver problemas e dificuldades de forma competente ⁽¹⁸⁾;
- Factor 3 – denominado de Factor de Maturidade Psicológica (afirmações 2; 6; 7 e 13), é considerado um factor de auto-afirmação, que traduz sentido de responsabilidade, de tolerância pelos outros, de franqueza na expressão das opiniões e gosto pela verdade ⁽¹⁹⁾;
- Factor 4 – denominado de Factor de Impulsividade-Actividade (afirmações 10; 15 e 19), de mais difícil caracterização, avalia principalmente a iniciativa do indivíduo para colocar em prática uma ideia ou acção;
- Factor 5 e 6 – de carácter misto, sem qualquer denominação nem classificação, pelo autor.

Foi definido, como critério de exclusão de indivíduos da amostra, a existência de patologia psiquiátrica major diagnosticada previamente.

Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico foi efectuado através do programa SPSS ® for Windows, versão 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago).

Foram calculadas as médias e desvios padrão para as variáveis contínuas, e procurou-se verificar se a distribuição destas mesmas variáveis se aproximava de uma distribuição normal através do teste Kolmogorov-Smirnov. Todas as variáveis apresentaram uma distribuição próxima da normal, por isso foi utilizado o teste t

de Student para testar a diferença entre as médias das variáveis da amostra (amostras emparelhadas).

Calcularam-se modelos de regressão linear para prever o auto-conceito e seus factores a partir da idade, escolaridade e IMC.

Para a comparação de ordens médias de variáveis ordinais foi utilizado o teste de Wilcoxon.

Rejeitou-se a hipótese nula sempre que o nível de significância crítico para a sua rejeição (p) foi inferior a 0,05.

Resultados

Caracterização da Amostra

A amostra final foi constituída por 11 doentes (5 dos doentes avaliados no internamento, não foram avaliados pós-cirurgicamente devido a adiamento da sua cirurgia) do HSJ-EPE, submetidos a Gastroplastia de Banda ajustável. Esta apresentava uma média de idades de 48,5 anos (DP=11,0) variando entre 30 e 62 anos. Do total, 9 eram mulheres (81,8%) e 2 eram homens (18,2%). A escolaridade média da amostra era de 7,5 anos (DP=3,6) sendo que 81,8% dos indivíduos completaram a escolaridade básica.

Caracterização da Actividade Física na Amostra

No que diz respeito à variável actividade física, verificou-se um aumento entre a avaliação pré-cirúrgica e a pós-cirúrgica, aumento este com significado estatístico ($p=0,046$). Dos onze doentes avaliados, em sete não ocorreu qualquer alteração, quatro aumentaram e nenhum diminuiu a prática de actividade física entre as duas avaliações, como se pode observar na tabela 2. Verificou-se que dos quatro indivíduos que aumentaram a prática de actividade física, três passaram da categoria “Nenhuma” para a “Leve” e um indivíduo passou da categoria “Leve” para a “Moderada”, tal como se verifica na tabela 3.

	<i>Número de Indivíduos</i>	<i>p</i>
Diminuição da Prática de Actividade Física	0	
Aumento da Prática de Actividade Física	4	0,046
Sem Alteração na Prática de Actividade Física	7	
Total	11	

Tabela 2. Alterações na actividade física entre as avaliações.

		Actividade física antes da cirurgia		
		<i>Nenhuma</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>
Actividade física após cirurgia	<i>Nenhuma</i>	5	0	0
	<i>Leve</i>	3	2	0
	<i>Moderada</i>	0	1	0

Tabela 3. Caracterização das alterações na prática de actividade física entre as avaliações (n=11).

Avaliação Antropométrica

O gráfico 1 apresenta as variáveis antropométricas peso, perímetros de cintura e anca e a variável calculada IMC da amostra nos dois momentos (já indicados) de avaliação.

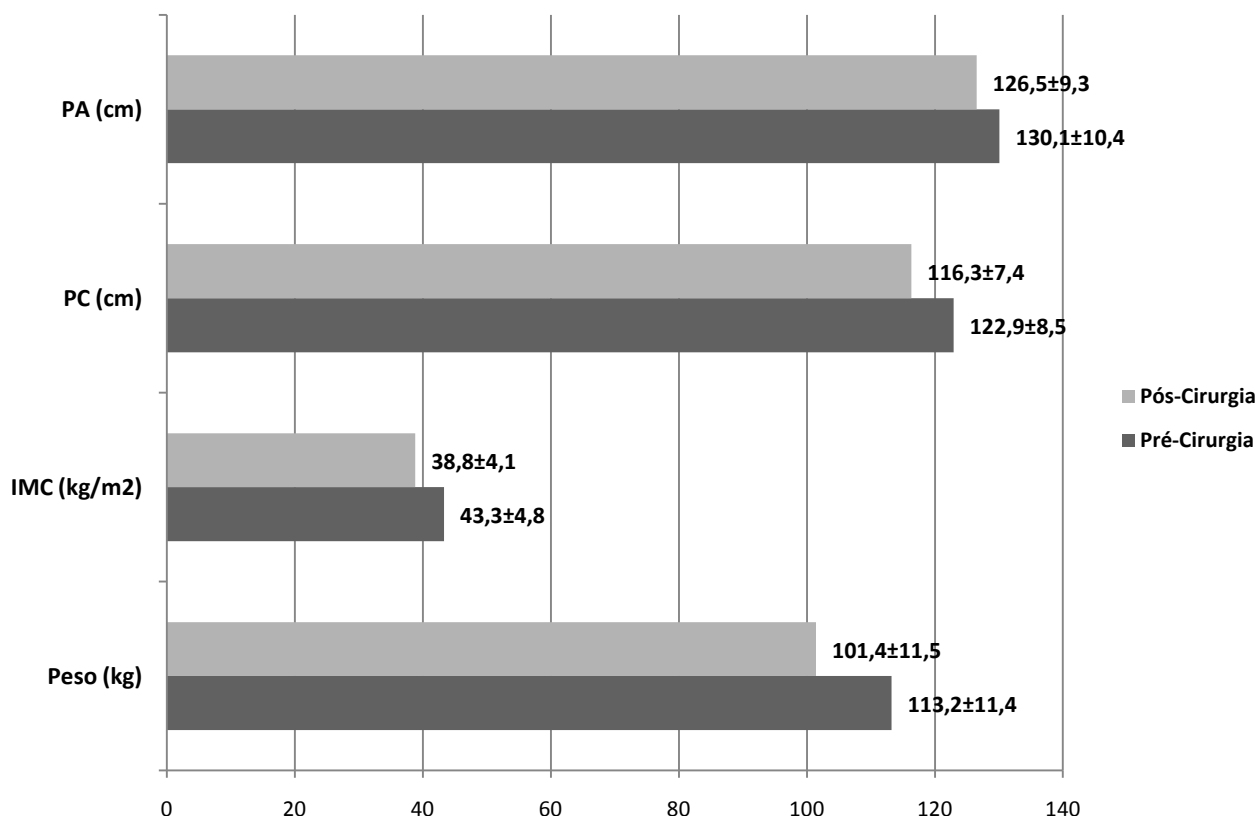


Gráfico 1. Caracterização antropométrica e a variável calculada IMC da amostra (Média ± DP).

A tabela 4 descreve as diferenças entre os dois momentos de avaliação, para as variáveis antropométricas anteriormente referidas. É também apresentado o nível de significância (p).

	<i>Diferença (após cirurgia)</i>	<i>p</i>
Peso (kg)	11,7 ± 3,5	<0,001
IMC (kg/m²)	4,5 ± 1,1	<0,001
Perímetro de cintura (cm)	6,6 ± 5,1	0,001
Perímetro de anca (cm)	3,6 ± 4,1	0,015

Tabela 4. Variação dos parâmetros antropométricos da amostra após realização da cirurgia (média ± DP).

Avaliação do Auto-Conceito

As associações entre as variáveis estudadas estão apresentadas na Tabela 5.

Para a pontuação total do ICAC e cada um dos seus factores foi calculado um modelo de regressão linear a partir da idade, escolaridade e IMC.

Após análise das respostas ao ICAC, verificou-se que a média da pontuação total antes da cirurgia era de 74,2 pontos (DP=9,3) e depois da cirurgia era de 72,6 pontos (DP=9,9). Assim, verifica-se que há, em média, uma diminuição de 1,5 pontos (DP=5,2), no entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,351$).

Observou-se que, antes da cirurgia, o IMC teve associação negativa com pontuação total no ICAC ($\beta=-0,315$) e que após a cirurgia ocorria a mesma associação ($\beta=-0,338$), porém, nenhuma das associações apresenta significância estatística ($p=0,473$ e $p=0,431$, respectivamente). Observou-se uma associação positiva entre a diminuição do IMC, entre os dois momentos de avaliação, e as diferenças nas pontuações totais obtidas no ICAC ($\beta=0,475$), ou seja, a pontuação total ou melhorava ou permanecia próxima da pontuação obtida antes da cirurgia, contudo, esta associação não é significativa ($p=0,253$).

Analisando cada um dos factores possíveis de extrair do ICAC, isoladamente, observou-se que a pontuação obtida em F1 (aceitação/rejeição social), antes da cirurgia, se relacionou negativamente com o IMC ($\beta = -0,568$) e que, após a cirurgia, ocorria a mesma relação ($\beta=-0,317$), estas associações não são, contudo, significativas ($p=0,183$ e $p=0,448$, respectivamente). Foi também possível observar a associação positiva entre a diminuição do IMC e as diferenças da pontuação obtida para F1 ($\beta=0,647$) mas, uma vez mais, esta relação não apresenta significância estatística ($p=0,078$).

A pontuação obtida em F2 (auto-eficácia), antes da cirurgia, relacionou-se negativamente com o IMC ($\beta=-0,330$), sem significado estatístico ($p=0,414$). Observou-se, ainda, que a diferença de IMC se relacionou positivamente, mas sem significado estatístico, com as diferenças de pontuação em F2 entre as duas avaliações ($\beta=0,606$; $p=0,085$). Observou-se uma associação positiva entre este factor e a escolaridade, nos dois momentos de avaliação, sem significado estatístico (pré-cirúrgico: $\beta=0,307$; $p=0,394$ e pós-cirúrgico: $\beta=0,203$; $p=0,606$).

Para o F3 (maturidade psicológica), observou-se a associação positiva entre a idade dos indivíduos e a pontuação deste factor, tanto no momento pré como pós-cirúrgico, apesar de não existir significância estatística ($\beta=0,247$; $p=0,506$; $\beta=0,526$; $p=0,156$, respectivamente). Foi também possível observar uma associação positiva, mas sem significado estatístico, com a escolaridade antes ($\beta=0,474$; $p=0,189$) e após a cirurgia ($\beta=0,370$; $p=0,254$).

Observou-se que a pontuação obtida em F4 (impulsividade-actividade), antes da cirurgia, se associou negativamente com a escolaridade ($\beta=-0,482$), no entanto, esta relação não apresenta significado estatístico ($p=0,207$). Após a cirurgia, a pontuação de F4 associou-se negativamente com o IMC ($\beta=-0,682$), sem significado estatístico ($p=0,069$). Foi também possível observar que quanto maior a idade dos indivíduos melhor a pontuação obtida em F4 após a cirurgia ($\beta=0,667$), no entanto, uma vez mais, esta relação não tem significado estatístico ($p=0,070$).

		<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>IMC*†</i>
Auto-conceito pré-cirurgia	β	0,108	0,133	-0,315
	<i>p</i>	0,795	0,730	0,473
Auto-conceito pós-cirurgia	β	0,208	0,170	-0,338
	<i>p</i>	0,616	0,649	0,431
Diferença de Auto-Conceito	β	0,048	0,253	0,475
	<i>p</i>	0,893	0,517	0,253
F1 pré-cirurgia	β	0,178	-0,200	-0,568
	<i>p</i>	0,647	0,578	0,183
F1 pós-cirurgia	β	-0,181	-0,039	-0,317
	<i>p</i>	0,654	0,915	0,448
Diferença de F1	β	-0,497	0,379	0,647
	<i>p</i>	0,126	0,253	0,078
F2 pré-cirurgia	β	-0,027	0,307	-0,330
	<i>p</i>	0,943	0,394	0,414
F2 pós-cirurgia	β	0,104	0,203	-0,052
	<i>p</i>	0,810	0,606	0,907
Diferença de F2	β	0,210	-0,056	0,606
	<i>p</i>	0,471	0,854	0,085
F3 pré-cirurgia	β	0,247	0,474	0,201
	<i>p</i>	0,506	0,189	0,600
F3 pós-cirurgia	β	0,526	0,370	-0,014
	<i>p</i>	0,156	0,254	0,967
Diferença de F3	β	0,289	-0,265	-0,281
	<i>p</i>	0,452	0,514	0,502
F4 pré-cirurgia	β	-0,040	-0,482	-0,028
	<i>p</i>	0,917	0,207	0,944
F4 pós-cirurgia	β	0,667	-0,129	-0,682
	<i>p</i>	0,070	0,661	0,069
Diferença de F4	β	0,357	0,317	-0,123
	<i>p</i>	0,326	0,407	0,750

* As diferenças são calculadas sempre para a melhoria.

† Na análise da associação entre IMC e variáveis que quantificam diferenças (pré e pós-cirurgia) é utilizada também a diferença de IMC entre os dois momentos de avaliação. Na análise das

variáveis que quantificam o pré e pós-cirúrgico é utilizado o respectivo valor de IMC (pré e pós-cirúrgico).

Tabela 5. Associação entre as variáveis estudadas.

A caracterização das pontuações médias com o respectivo desvio padrão do auto-conceito, e dos factores possíveis de individualizar no ICAC, encontram-se discriminadas na tabela 6.

Na análise das variações entre os factores nos dois momentos de avaliação, podemos verificar que houve um aumento da pontuação média no factor aceitação/rejeição social, e uma diminuição da pontuação média em todos os outros factores, mas mais marcada no factor impulsividade-actividade.

	Auto-				
	Conceito	F1	F2	F3	F4
	(Max: 100)	(Max: 25)	(Max: 30)	(Max: 20)	(Max: 15)
Amostra pré-cirurgia	74,2 ± 9,3	16,6 ± 3,5	22,1 ± 4,3	15,2 ± 2,9	11,7 ± 1,4
Amostra pós-cirurgia	72,6 ± 9,9	17,7 ± 3,1	21,6 ± 3,6	15,1 ± 2,7	10,6 ± 1,5
Diferença entre pré e pós cirurgia	-1,5 ± 5,2	1,1 ± 2,7	-0,6 ± 2,9	-0,1 ± 1,7	-1,2 ± 1,8
p para a diferença	0,351	0,126	0,557	0,863	0,058

Tabela 6. Caracterização das pontuações da amostra em estudo (média ± DP).

Discussão e Conclusões

Sintetizando os resultados encontrados, podemos concluir que o IMC tende a influenciar o auto-conceito e a aceitação/rejeição social, tanto antes como após a cirurgia, a auto-eficácia, antes da cirurgia, e a impulsividade-atividade, após a cirurgia. A variável idade demonstra uma influência sobre a maturidade psicológica, nos dois momentos de avaliação, e sobre a impulsividade-atividade, após a cirurgia. Por último, a variável escolaridade demonstrou maior influência sobre a auto-eficácia e maturidade psicológica dos indivíduos, antes e após a cirurgia, e sobre a impulsividade-atividade, antes da cirurgia. No entanto, nenhum dos resultados apresentou significado estatístico.

A pontuação do factor que mede a aceitação/rejeição social, antes e depois da cirurgia, estava inversamente associada ao IMC, e a variação de IMC (a sua diminuição) conduziu a alterações positivas neste factor, o que pressupõe que um indivíduo com IMC mais alto, sentirá uma menor aceitação social, e que a diminuição de peso permitirá um melhor ajustamento social. Estes resultados vão de encontro ao esperado, e apresentado na diversa bibliografia, pois, como foi já referido, a obesidade acarreta uma inquestionável morbilidade psicológica sobre os indivíduos, levando a que estes se sintam excluídos socialmente, e, consequentemente, a perda de peso traz melhorias inequívocas sobre esta realidade ⁽²⁰⁾.

Verificou-se que quanto maior o IMC do indivíduo, pior a sua percepção de auto-eficácia, e que esta melhora com a perda de peso. Considerando, como foi já exposto, que a auto-eficácia apresenta como definição a confiança nas

capacidades individuais para executar uma tarefa de forma competente, ultrapassando possíveis obstáculos e situações desafiadoras ⁽¹⁸⁾, estes resultados podem ser explicados pela característica distinta da população estudada, a obesidade. Grande parte dos doentes, antes de recorrerem à cirurgia, tentam combater a obesidade através de dietas muitas vezes não fundamentadas ou então prescritas por Nutricionistas. No entanto, como também foi referido, estes doentes não costumam aderir facilmente às alterações de estilo de vida, a que o cumprimento de um plano alimentar estruturado obriga. Assim, tendem a ser indivíduos que se acham incapazes de ultrapassar e resolver os próprios problemas, ou seja, menos “auto-eficazes”.

Verificou-se que quanto maior a diferença de IMC entre os dois momentos de avaliação, maior a diferença na pontuação obtida para este factor. Isto pode advir do facto de, após a cirurgia, os doentes seguirem um plano alimentar rigoroso e, geralmente, introduzirem alterações no seu estilo de vida; assim, ao atingirem perdas sensíveis de peso, os doentes podem sentir que, tal como obtiveram esse sucesso relativamente ao problema da obesidade, serão capazes de resolver outros problemas, aumentando assim a sua auto-eficácia. Esta é uma hipótese plausível já que a perda de peso tem sido associada a uma melhoria das pontuações de auto-eficácia ⁽²¹⁾.

O factor que mede a maturidade psicológica é considerado um factor de auto-afirmação, que traduz sentido de responsabilidade, de tolerância pelos outros, de franqueza na expressão das opiniões e gosto pela verdade ⁽¹⁹⁾. Observou-se que quanto maior a idade e escolaridade dos indivíduos, maior a pontuação obtida nesta dimensão, em ambos momentos de avaliação. Estes resultados vão ao encontro do que se espera, ou seja, que a idade é um factor de consolidação da

maturidade psicológica, nas suas diversas dimensões. O mesmo pode ser inferido para a escolaridade uma vez que a escola, além de um local de transmissão e troca de saberes, tem um importante papel na formação de cidadãos, responsáveis, tolerantes e francos.

Os resultados obtidos para o factor que avalia a impulsividade-actividade são, numa primeira análise, aparentemente pouco consistentes pois na avaliação antes da cirurgia verificou-se que quanto maior a idade dos indivíduos menor foi a pontuação obtida neste factor, enquanto que, após a cirurgia, esta associação inverteu-se, ou seja, quanto maior a idade maior a pontuação neste factor. Estes resultados poderão ter explicação, tendo em conta os argumentos já utilizados para o factor auto-eficácia. Devido às várias tentativas frustradas de perda ponderal, é de esperar que quanto maior a idade do individuo maior o número de tentativas de perda peso, consequentemente, a mínima perda de peso após a cirurgia conduz a que estes indivíduos demonstrem uma maior iniciativa para pôr em prática as suas ideias e acções, tornando-se mais activos.

Analisando as médias da amostra e as estimadas para a população geral⁽¹⁶⁾, possíveis de observar na tabela 7, observamos que estas são semelhantes, o mesmo se verificando quando se analisa cada um dos factores individualmente.

Auto-Conceito (Max: 100)	F1 (Max: 25)	F2 (Max: 30)	F3 (Max: 20)	F4 (Max: 15)
72,1 ±7,2	15,8 ±2,9	22,2 ±3,3	14,5 ±2,3	11,7 ±1,9

Tabela 7. Caracterização do auto-conceito e seus factores na população geral.
(média ± DP)⁽¹⁶⁾.

O presente trabalho apresenta como principal limitação, o reduzido tamanho da amostra, o que retira poder estatístico, podendo explicar a ausência de significância estatística nos resultados encontrados.

Um estudo realizado no hospital de S. José, em Lisboa, com uma população de 212 doentes com a mesma patologia (Obesidade), e características semelhantes no que diz respeito a IMC, idades e proporções de sexo, onde foram testados, em consulta pré-cirúrgica, diversos instrumentos de avaliação psicológica, entre os quais o ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito), concluiu que a idade se correlaciona positivamente com o auto-conceito total, com o factor aceitação/rejeição social e com o factor auto-eficácia ⁽²²⁾. Os nossos resultados vão ao encontro dos resultados deste trabalho pois em ambos se verificou uma associação positiva entre a idade e a pontuação total do auto-conceito (nos dois momentos de avaliação). No entanto, esse estudo não observou associação significativa entre a variável IMC, o auto-conceito total ou os outros factores individualmente enquanto na nossa investigação essa é a variável que apresenta associações mais fortes (apesar de nenhuma delas ser significativa) com o auto-conceito e os seus diversos factores. As diferenças entre os dois estudos poderão dever-se, a diferenças no tamanho da amostra.

Tem sido reportada a melhoria do auto-conceito em cerca de 85% dos doentes após realização de cirurgia bariátrica ⁽²³⁾. Estes resultados contrariam os do presente trabalho, já que se verificou uma diminuição do auto-conceito entre os dois momentos de avaliação, apesar de esta diminuição não apresentar significado estatístico.

Se, por um lado, o auto-conceito, como traço de personalidade influenciado pelas relações interpessoais que o indivíduo estabelece e o modo como se relaciona

com os outros, é considerado uma dimensão estável, por outro, também se pode modificar ao longo da vida devido às diversas experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive ^(16, 24). O pouco tempo de seguimento constitui outra limitação a este trabalho, uma vez que as duas avaliações realizadas não serão suficientes para apreender todas as alterações psicossociais, nomeadamente, no auto-conceito ocorridas nestes doentes.

Em simultâneo com as profundas alterações na aparência física, consequentes à perda de peso, os doentes experimentam mudanças na sua saúde e humor, na relação com os outros e mudanças comportamentais importantes da parte dos que os rodeiam. Estas transformações levam muitos doentes a questionar-se quem são exactamente. Para alguns indivíduos pode-se tornar perturbador aperceberem-se do impacto que o peso exercia tanto na sua auto-percepção, como na forma como os outros o viam. Esta instabilidade no auto-conceito requer um ajustamento, até mesmo quando resulta numa melhoria deste ⁽²⁵⁾.

Estes argumentos poderão explicar a diminuição da pontuação do auto-conceito entre as duas avaliações uma vez que o tempo passado entre as avaliações é tão próximo e as alterações de peso na fase inicial pós-cirurgia tão drásticas que os indivíduos ainda estão numa fase muito precoce do seu ajuste a uma nova auto-imagem e, por extensão, auto-conceito. Por outro lado, essa tendência para a obtenção de uma pior classificação no ICAC após a cirurgia poderá ser explicada pela reduzida dimensão da própria amostra que sobrevaloriza pequenas flutuações nas pontuações obtidas no Inquérito. Além disto, o facto de a variação no auto-conceito não ser uniforme entre os seus diversos componentes releva a importância de uma avaliação mais longa que permitisse clarificar e caracterizar essas diferenças.

Este trabalho enfatiza a necessidade de avaliar este instrumento (ICAC) neste enquadramento clínico específico, obesidade com indicação para cirurgia bariátrica, nomeadamente avaliando separadamente os correlatos dos diferentes factores, através de estudos com amostra de dimensão adequada e com períodos de *follow-up* superiores.

Referências Bibliográficas

1. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:i-xii, 1-253.
2. Berg F. Health risks of obesity. Hettinger, ND: Healthy Living Institute 1993;
3. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. J Psychosom Res. 2002; 52(3):155-65.
4. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. J Pers Soc Psychol. 1967; 7(1):101-4.
5. Maddox GL, Back KW, Liederman WR. Overweight as social deviance and disability. J Health Soc Behav. 1968; 9(4):287-98.
6. Harris MB, Smith SD. The relationships of age, sex, ethnicity, and weight to stereotypes of obesity and self perception. Int J Obes. 1983; 7(4):361-71.
7. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. Am J Clin Nutr. 1992; 55(2 Suppl):524S-32S.
8. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. Am J Psychiatry. 1992; 149(2):227-34.
9. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. Obes Res. 2005; 13(4):639-48.
10. van Hout GC, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. Obes Surg. 2008; 18(1):115-20. 2226018.
11. Rand CS, Macgregor AM. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. Int J Obes. 1991; 15(9):577-9.
12. Rabner JG, Greenstein RJ. Obesity surgery: expectation and reality. Int J Obes. 1991; 15(12):841-5.
13. Randolph J. Enhancing psychosocial adaptation to gastric portioning for morbid obesity. . CMAJ. 1986; 134 (15)
14. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. Psychosom Med. 1998; 60(3):338-46.

15. Faria L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica* 2005;361:71.
16. Serra AV. O "Inventário Clínico de Auto-Conceito". *Psiquiatria Clínica*. 1986; 7 (2):67-84.
17. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR, Jr., Montoye HJ, Sallis JF, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc*. 1993; 25(1):71-80.
18. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2):191-215.
19. Serra AV. O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*. 1986; 7 (2):91-96.
20. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003; 27(11):1300-14.
21. Batsis JA, Clark MM, Grothe K, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML, Somers VK, et al. Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study. *Appetite*. 2009; 52(3):637-45.
22. Luzia Travado RP, Vilma Martins, Cidália Ventura, Sónia cunha. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Anál Psicológica*; 2004; 22(3) (Anál. psicol):533 - 50.
23. Saltzstein EC, Gutmann MC. Gastric bypass for morbid obesity: preoperative and postoperative psychological evaluation of patients. *Arch Surg*. 1980; 115(1):21-8.
24. Serra AV. A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*. 1986 Vol.7 nº2: p.57-66.
25. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. 2002; 12(6):781-8.

Índice de Anexos

Anexo A: Inventário Clínico de Auto-Conceito.....	27
---	----

Anexo A

Inventário Clínico de Auto-Conceito

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(A. VAZ SERRA — 1985)

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____ Data ____/____/____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1 (1+4+9+16+17)= _____ F2 (3+5+8+11+18+20)= _____ F3 (2+6+7+13)= _____ F4 (10+15+19)= _____ Total= _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 — Sei que sou uma pessoa simpática	☐	☐	☐	☐	☐
2 — Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	☐	☐	☐	☐	☐
3 — Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
4 — No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	☐	☐	☐	☐	☐
5 — Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	☐	☐	☐	☐	☐
6 — Considero-me tolerante para com as outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
7 — Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	☐	☐	☐	☐	☐
8 — De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
9 — Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	☐	☐	☐	☐	☐
10 — Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	☐	☐	☐	☐	☐
11 — Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
12 — Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	☐	☐	☐	☐	☐
13 — Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	☐	☐	☐	☐	☐
14 — Considero-me competente naquilo que faço	☐	☐	☐	☐	☐
15 — Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	☐	☐	☐	☐	☐
16 — A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	☐	☐	☐	☐	☐
17 — Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	☐	☐	☐	☐	☐
18 — Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	☐	☐	☐	☐	☐
19 — Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	☐	☐	☐	☐	☐
20 — Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐