

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO**

**RODRIGO DE SOUZA BARCELOS BARROQUEIRO
SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
MULHERES APÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA**

SÃO LUÍS - MA

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RODRIGO DE SOUZA BARCELOS BARROQUEIRO

**SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES APÓS CIRÚRGIA
BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof(a). Dr João Batista Santos Garcia

Orientador: Prof(a). Dr Gutemberg Fernandes de Araujo

SÃO LUÍS - MA

2009

Barroqueiro, Rodrigo de Souza Barcelos

Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica.
Rodrigo de Souza Barcelos Barroqueiro. São Luís, 2009.

53f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientador:, João Batista Santos Garcia, Gutemberg Fernandes de Araujo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de
Pós Graduação em Ciências da Saúde, 2009.

1. Sexualidade – correlação – Obesidade 2. Ansiedade 3. Depressão
4. Cirurgia Bariátrica I. Título

CDU 613.25:612.6.057

(FOLHA DE APROVAÇÃO)

Rodrigo de Souza Barcelos Barroqueiro

**SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES APÓS CIRÚRGIA
BARIÁTRICA**

A Comissão julgadora da Defesa do Trabalho Final de Mestrado
em Ciências da Saúde, em sessão pública realizada no dia / / ,
considerou o(a) candidato(a)

() APROVADA

() REPROVADA

1) Examinador _____

2) Examinador _____

3) Examinador _____

4) Presidente (Orientador) _____

A Elizabeth de Souza Barcelos Barroqueiro e
José Américo da Costa Barroqueiro, minha
força e coragem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu companheiro, que sempre está comigo em todos os momentos.

À Hélida Karla Silva Aragão, namorada e amiga pelo seu apoio e compreensão durante a realização do mestrado.

Ao Prof. Dr. Silvio Monteiro e minha prima Priscila de Sousa Barcellos pelo auxílio dado no tratamento estatístico.

Aos meus orientadores, Prof. Dr Gutemberg Fernandes de Araujo e Prof. Dr João Batista Santos Garcia pelo incentivo, auxílio e orientação na pesquisa.

À Profa. Msc. Francisca Luzia Macieira de Araújo pela ajuda e acompanhamento no ambulatório de obesidade, local de realização do trabalho.

À Terezinha de Jesus Mendes Vieira, secretaria do serviço de Cirurgia Bariátrica do HU-UFMA por disponibilizar os prontuários para a realização deste trabalho.

Quem sabe faz a hora,
não espera acontecer”

(Geraldo Vandré)

RESUMO

A obesidade tem importante efeito no estado psicológico incluindo alterações sexuais, aumento da ansiedade, depressão e baixa auto-estima com impacto negativo na auto-imagem. Este trabalho avaliou sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. Participaram do estudo 31 mulheres obesas grau III, com 6 a 12 meses de pós-operatório, acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. Para avaliação foram utilizados os instrumentos: Index de Função Sexual Feminina (FSFI) e Inventários de Beck para ansiedade e depressão. Após a cirurgia os resultados mostram idade média das pacientes de 40,4 anos e redução no IMC de 62,7%. Ocorreu correlação positiva entre os domínios sexuais (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desconforto/dor) indicando satisfação sexual das mulheres e negativa entre ansiedade/sexualidade e depressão/sexualidade sugerindo que nas pacientes acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA sugerindo que nas mulheres acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA o impacto psicológico subsequente a realização da operação foi positivo.

Palavras-chave: sexualidade; ansiedade; depressão, obesidade; cirurgia bariátrica

ABSTRACT

Obesity has important effect on psychological status including sexual alterations, increased anxiety and depression, low self-esteem with negative impact on self-image. This work evaluated sexuality, anxiety and depression in women after bariatric surgery. In this study participated 31 obese class III women, with 6 the 12 months after operation, followed in the HU-UFMA of January the July of 2008. It was used as instruments for evaluation the Female Sexual Function Index (FSFI) and Beck Inventories for anxiety and depression. The results after the surgery showed that the average age were 40,4 years and BMI reduced 62,7%. Positive correlation indicating sexual satisfaction was detected between sexual domains (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, discomfort/pain) indicating sexual women satisfaction and negative between anxiety/sexuality and depression/sexuality suggesting that patients who followed for the SCB of the HU-UFMA had subsequent psychological impact to accomplishment of operation was positive.

Keywords: sexuality; anxiety; depression; obesity; bariatric surgery

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE FIGURAS	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	6
3 CAPÍTULO I - SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	7
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	34
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS	37
ANEXO A – INDEX DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA	38
ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	42
ANEXO C - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	44
ANEXO D - COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA	46
ANEXO E - INSTRUÇÃO PARA AUTORES	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Correlação linear (Person) entre lubrificação e orgasmo em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. $**P<0,01$	25
FIGURA 2	Ansiedade..... e em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008.....	25
FIGURA 3	Depressão em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008.....	26
FIGURA 4	Correlação linear (Person) entre ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. $**P<0,01$	26
FIGURA 5	Correlação linear (Person) entre ansiedade e respectivamente orgasmo ($*P<0,05$), satisfação ($**P<0,001$) e dor ($**P<0,01$) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008	27
FIGURA 6	Correlação linear (Person) entre depressão e respectivamente desejo ($*P<0,05$), satisfação ($*P<0,05$) e dor ($*P<0,05$) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008.	28

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição complexa relatada como uma epidemia crônica da pós-modernidade, que atinge todas as idades e classes sociais. A prevalência da obesidade tem aumentado rapidamente nas últimas décadas, e está relacionada a redução da expectativa de vida, alta taxa de morbidade e mortalidade, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (ZAMBOLIN, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) afirma que um terço da população adulta mundial está acima do peso e um décimo é obesa em todo o mundo. O número de obesos entre 1995 e 2000 passou de 200 milhões para 300 milhões, correspondendo a quase 15% da população mundial.

Só no Brasil, a prevalência de obesidade é de 8,9% em homens e de 13,1% em mulheres. No Maranhão essa prevalência varia entre 4,4% e 10,2%, considerando homens e mulheres, respectivamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O homem não é algo pronto ou definido, mas algo dinâmico que se modifica, altera e justifica pela influência de estados emocionais, conflitos psíquicos, contato com o mundo e com os outros, ou ainda por conta de processos cognitivos como crenças, valores e atitudes. No contato com os outros, as pessoas se percebem a partir do olhar do outro, que combinado às experiências pessoais, vão construir a imagem corporal. (PIRES, 2004).

O obeso é mais inclinado a distorcer seu tamanho corporal, apresenta-se mais insatisfeito e preocupado com sua aparência pessoal, o que gera alteração na percepção e comprometimento da imagem corporal, pensamento afetivo e comportamento (CORDAS; ASCENCIO, 2006).

Pessoas obesas sofrem discriminação em inúmeros aspectos da vida cotidiana, incluído no trabalho, meio social e nas relações românticas. Esta discriminação social possui efeito adverso sobre a saúde mental do obeso. A consequência é uma baixa auto-estima, rejeição e impotência (ZOTTIS; LABRONICE, 2003; MAMPLEKOU et. al., 2005).

Ainda, a obesidade mórbida faz com que essas pessoas apresentem limitações quanto à higiene, à realização de exercícios físicos e ao desempenho sexual, gerando insatisfação e preocupação com a aparência física, comprometimento da auto-imagem, que fica distorcida, tornando-os mais suscetíveis à depressão e ao suicídio, pois, a questão é a dificuldade em lidar com o próprio corpo e reconhecer as próprias dimensões. (DIXON et al, 2003).

A sexualidade como parte central da vida de um indivíduo, está ligada à própria percepção da imagem corporal, dessa forma, a inadequação dos padrões de peso e medidas provoca também freqüente queda na auto-estima do obeso, promovendo exclusão social e distúrbios na saúde mental (CAMPS et al., 1996).

Pouca atenção tem sido prestada aos problemas sexuais femininos, pois, segundo estudos de Kinzl et al (2007) e Serpa, (2008), as mulheres apresentam uma variedade de problemas: hormonais, psicológicos, físicos e/ou genéticos que alteram a sexualidade e concorrem para o prejuízo de sua função sexual.

Quando comparadas aos indivíduos do sexo masculino, as mulheres também parecem encarar os problemas relacionados à obesidade de forma mais intensa (MAMPLEKOU et al., 2005) e inúmeras pesquisas têm demonstrado níveis significativos de sintomas psiquiátricos em mulheres obesas, como: disfunção sexual (Kinzl et al., 2001; Serpa, 2008) depressão, ansiedade e fobia (ROSIK, 2005), compulsão (GUISADO; VAZ, 2003) e transtorno obsessivo compulsivo (ROSIK, 2005). O obeso sofre além da dor física, a

dor pela imagem do corpo, fazendo com que essa pessoa apresente um forte desejo de mudanças (PIRES, 2004).

Em geral, o tratamento adequado para a correção da obesidade é aquele que não promove apenas uma redução de peso condizente com uma vida saudável, mas também a sua manutenção em longo prazo. Assim, tanto os protocolos de tratamento que utilizam terapêutica medicamentosa, re-educação alimentar, aumento de atividades físicas, quanto modificação do estilo de vida, têm apresentado resultados limitados, sendo comum ocorrer o “efeito sanfona”, onde o indivíduo retorna e até mesmo supera o peso inicial, acabando inclusive por se tornar ainda mais obeso. Uma possibilidade é que por conta da demora em obter os resultados esses pacientes simplesmente abandonam o tratamento (CORDAS; ASCÊNCIO, 2006). Entretanto, a obesidade grau III (obesidade mórbida) tem como primeira opção o tratamento cirúrgico (SERPA, 2008).

Dessa forma, a cirurgia bariátrica se configura hoje, como o procedimento mais efetivo no tratamento de obesidade mórbida, pois pode proporcionar perda de peso em longo prazo e aumento da qualidade de vida do indivíduo. (Conferência de Consenso ASBS, 2002 – ABESO, 2008).

Os candidatos a esse tratamento são portadores de obesidade de grande proporção, com duração superior a dois anos e Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior que 40 kg/m². Também se incluem como candidatos os pacientes resistentes aos tratamentos conservadores – dietas, medicamentos, exercícios físicos e psicoterapias – ou obesos com IMC igual ou superior a 35 kg/m², portadores de doenças associadas como diabetes, hipertensão arterial, apnéia do sono, artropatias e hérnia de disco, já que todas essas doenças são agravadas pela obesidade. Além disso estão incluídos ainda nesses casos pacientes com alterações psicológicas, como insatisfação com a imagem corporal (ABESO, 2008).

O tratamento cirúrgico não é um procedimento cosmético e não envolve a remoção cirúrgica de tecido adiposo. Os princípios da cirurgia bariátrica envolvem a redução do tamanho do reservatório gástrico associado ou não a procedimento disabsortivo. Tem como resultado melhora dos hábitos alimentares, uma vez que ocorre redução nas ingestões crônicas, assegurando ao paciente, que a alimentação seja feita em pequenas quantidades, e que a ingestão ocorra após mastigação lenta e bem feita de cada porção do alimento (PUGLIA, 2004).

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica são acompanhados no período pré e pós-operatório, pelo cirurgião e por uma equipe multidisciplinar constituída, entre outros, por cardiologista, nutricionista e psicólogo. Após 12 meses, as consultas se tornam anuais, podendo o paciente retornar fora deste período, caso haja necessidade (ABESO, 2008). Este controle é rigoroso e fundamental para o sucesso de tratamento.

Segundo Araujo (2006), nos seis primeiros meses após cirurgia, quando ocorre a perda de peso, ocorre também melhora significativa na qualidade de vidas dos pacientes, sobretudo em relação à auto-estima, além de melhora ou cura considerável de co-morbidades que acompanham a obesidade.

Estudos também mostraram que a perda ponderal após a cirurgia tem impacto positivo na função sexual. De acordo com Camps et al (1996) ocorre melhora na imagem corporal e sexualidade após a perda de peso ocasionada pela cirurgia bariátrica. Kinzl et al (2001) relata melhora significativa na vida sexual das mulheres.

Burgmer et al (2007) pesquisando as mudanças ocorridas na vida emocional, psicológica e social de pacientes, nos dois primeiros anos pós-cirurgia bariátrica, observaram que as condições psicossomáticas desses pacientes melhoraram satisfatoriamente, e que o

aumento da qualidade de vida parecia estar fortemente relacionado à extensa perda ponderal, redução dos distúrbios de hábitos alimentares e das psicopatologias.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) realiza cirurgias bariátricas desde 2001. Todos os procedimentos são acompanhados por uma equipe multidisciplinar, na qual se inclui a participação de psicólogos.

Considerando que o maior percentual de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica são mulheres, que estas em geral demonstram domínios da função sexual prejudicadas, maior preocupação com a imagem corporal, sendo mais susceptíveis às alterações psicossomáticas relacionadas à obesidade, o objetivo deste trabalho foi avaliar a sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica.

2 OBJETIVOS

Avaliar sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica.

3 CAPÍTULO I

SEXUALIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES APÓS CIRÚRGIA BARIÁTRICA

A obesidade gera repercussões clínicas e alterações psicológicas como: ansiedade, depressão, alterações sexuais, baixa auto-estima e impacto negativo sobre a auto-imagem. Este trabalho avaliou sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. Participaram do estudo 31 mulheres obesas grau III, com 6 a 12 meses de pós-operatório, acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. Foram usados os seguintes instrumentos: Index de Função Sexual Feminina (FSFI) e Inventários de Beck na avaliação de ansiedade e depressão. Após a cirurgia os resultados mostram idade média das pacientes de 40,4 e redução no IMC de 62,7%. Também ocorreu correlação positiva entre os domínios sexuais indicando satisfação sexual das mulheres e negativa entre sexualidade em relação à ansiedade e a depressão. Esses dados indicam que nas pacientes acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA ocorreu melhora de aspectos relativos à ansiedade, depressão e sexualidade após a cirurgia bariátrica.

Palavras chaves: sexualidade; ansiedade; depressão, obesidade; cirurgia bariátrica

SEXUALITY, ANXIETY AND DEPRESSION IN WOMEN AFTER BARIATRIC SURGERY

Obesity has important effect on psychological status including sexual alterations, increased anxiety and depression, low self-esteem with negative impact on self-image. This work evaluated sexuality, anxiety and depression in women after bariatric surgery. In this study participated 31 obese class III women, with 6 the 12 months after operation, followed in the HU-UFMA of January the July of 2008. It was used as instruments for evaluation the Female Sexual Function Index (FSFI) and Beck Inventories for anxiety and depression. The results after the surgery showed that the average age were 40,4 years and BMI reduced 62,7%. Positive correlation indicating sexual satisfaction was detected between sexual domains (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, discomfort/pain) indicating sexual women satisfaction and negative between anxiety/sexuality and depression/sexuality suggesting that patients who followed for the SCB of the HU-UFMA had subsequent psychological impact to accomplishment of operation was positive.

Keywords: sexuality; anxiety; depression; obesity; bariatric surgery

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição complexa relatada como uma epidemia crônica da pós-modernidade, que atinge todas as idades e classes sociais, cuja prevalência tem aumentado rapidamente nas últimas décadas, e está relacionada à redução da expectativa de vida, alta taxa de morbidade e mortalidade, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (ZAMBOLIN, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) afirma que um terço da população adulta mundial está acima do peso e um décimo é obesa, em todo o mundo. O número de obesos entre 1995 e 2000 passou de 200 milhões para 300 milhões, correspondendo a quase 15% da população mundial. Só no Brasil, a prevalência de obesidade é de 8,9% em homens e de 13,1% em mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O homem não é algo pronto ou definido, mas dinâmico que se modifica, altera e justifica pela influência de estados emocionais, conflitos psíquicos, contato com o mundo e com os outros, ou ainda, por conta de processos cognitivos como crenças, valores e atitudes. No contato com os outros, as pessoas se percebem a partir do olhar do outro, que combinado às experiências pessoais, vão construir a imagem corporal. (PIRES, 2004).

O obeso é mais inclinado a distorcer seu tamanho corporal, apresenta-se mais insatisfeito e preocupado com sua aparência pessoal (CORDAS; ASCENCIO, 2006), sofrem discriminação em inúmeros aspectos da vida cotidiana como: trabalho, meio social, relações românticas, o que provoca um efeito adverso sobre sua saúde mental, tendo como consequência baixa auto-estima, rejeição e impotência (ZOTTIS; LABRONICE, 2003; MAMPLEKOU et. al., 2005).

Pessoas obesas apresentam limitações quanto à higiene, à realização de exercícios físicos e ao desempenho sexual, gerando preocupação com a aparência física, insatisfação,

ansiedade e depressão com comprometimento da auto-imagem, que fica distorcida, tornando-os suscetíveis ao suicídio, pois têm dificuldade em lidar com o próprio corpo e reconhecer as próprias dimensões. (DIXON et al, 2003).

Como a sexualidade está ligada à própria percepção da imagem corporal, a inadequação dos padrões de peso e medidas provoca também freqüente queda na auto-estima do obeso, promovendo exclusão social e distúrbios na saúde mental (CAMPS et al., 1996).

Pouca atenção tem sido prestada aos problemas sexuais femininos, pois, segundo estudos de Kinzl et al (2007) e Serpa, (2008), as mulheres apresentam uma variedade de problemas: hormonais, psicológicos, físicos e/ou genéticos que alteram a sexualidade e concorrem para o prejuízo de sua função sexual.

Várias pesquisas têm demonstrado níveis significativos de sintomas psiquiátricos em mulheres obesas, como: disfunção sexual (KINZL ET AL., 2001) depressão, ansiedade e fobia (ROSIK, 2005), compulsão (GUISADO; VAZ, 2003) e transtorno obsessivo compulsivo (ROSIK, 2005). O obeso sofre além da dor física, a dor pela imagem do corpo, fazendo com que a pessoa apresente um forte desejo de mudanças (PIRES, 2004).

Em geral, o tratamento adequado para a correção da obesidade é o que promove uma redução de peso condizente com uma vida saudável e sua manutenção em longo prazo. Assim, protocolos de tratamento que utilizam terapêuticas medicamentosas, re-educação alimentar, aumento de atividades físicas, sem modificação do estilo de vida, têm apresentado resultados limitados, sendo comum ocorrer o “efeito sanfona”, onde o indivíduo retorna e até mesmo supera o peso inicial, acabando por se tornar ainda mais obeso, ou simplesmente abandona o tratamento por conta da demora em obter os resultados desejados (CORDAS; ASCÊNCIO, 2006).

Atualmente, a obesidade grau III (obesidade mórbida) tem como primeira opção o tratamento cirúrgico, de forma que, a cirurgia bariátrica se configura como o procedimento mais efetivo no tratamento desse tipo de obesidade, pois pode proporcionar perda de peso em longo prazo e aumento da qualidade de vida do indivíduo. Os pacientes são acompanhados no período pré e pós-operatório por uma equipe multidisciplinar constituída, entre outros, pelo cirurgião, cardiologista, nutricionista e psicólogo, que fazem um controle rigoroso, fundamental para o sucesso do tratamento. (Conferência de Consenso ASBS, 2002 – ABESO, 2008).

Segundo estudos de Camps et al (1996) após a cirurgia e perda ponderal, ocorre melhora na imagem corporal com impacto positivo na função sexual e sexualidade dos pacientes, o que também é relatado por Kinzl et al (2001) especificamente em mulheres.

Burgmer et al (2007) pesquisando as mudanças ocorridas na vida emocional, psicológica e social de pacientes, nos dois primeiros anos pós-cirurgia bariátrica, observaram que as condições psicossomáticas desses pacientes melhoraram satisfatoriamente, e que o aumento da qualidade de vida parecia estar fortemente relacionado à extensa perda ponderal, redução dos distúrbios alimentares e das psicopatologias.

Considerando que o maior percentual de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica são mulheres obesas, em geral susceptíveis às alterações psicossomáticas e da função sexual, além de mais preocupadas com a imagem corporal, o objetivo deste trabalho foi avaliar a sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo, transversal, no qual foram analisadas 33 mulheres submetidas à *bypass* gástrico com derivação intestinal em Y Roux (cirurgia bariátrica) que estavam com 6 a 12 meses após a cirurgia, cadastradas no Serviço de Cirurgia Bariátrica do

HU-UFMA, com mais de 18 anos e menos de 60 anos, acompanhadas pela equipe multidisciplinar no período de janeiro a julho de 2008. Destas, apenas 31 aceitaram participar do estudo.

Não foram incluídas as pacientes com diagnóstico de depressão no pré-operatório e que já se encontravam em tratamento psicológico ou psiquiátrico. As pacientes foram convidadas a participar do estudo por abordagem simples e após explicações abrangentes e esclarecedoras sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados demográficos e sócio-econômicos foram registrados em questionário de dados pessoais e em seguida foram aplicados os testes utilizados como instrumentos para calcular a qualidade de vida sexual das pacientes e para identificar a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão.

O Index de Função Sexual Feminina (FSFI) (ROSEN et al., 2000) traduzido e validado para utilização em português (HENTSCHEL et al, 2007) que utiliza 19 questões de múltipla escolha para avaliar seis domínios da função feminina, tais como: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto/dor, sendo que, para este último sintoma, o parâmetro de referencia foi ausência/redução do mesmo.

O Inventário de Ansiedade de Beck (CUNHA, 2001) que consiste em uma escala de auto-relato, constituída por 21 sinais ou sintomas de ansiedade a serem avaliados pelas pacientes e o Inventário de Depressão de Beck (CUNHA, 2001) que contém 21 grupos de afirmações, cada grupo com quatro opções de escolha para as pacientes, que podem escolher mais de uma opção. Os questionários foram analisados de acordo com escore específico.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, registro nº 341/07, Processo nº 33104 – 1677/07.

Análise estatística

Após revisão dos questionários para verificação de inconsistências foi feito processamento e análise estatística dos dados com o auxílio do programa estatístico Stata 9.0 (*Data Analysis and Statistical Software*). Foi realizada estatística descritiva, com média, desvio-padrão e frequência e para constatação da correlação linear estatística (valor de r) entre idade, IMC final, domínios de função sexual, depressão, ansiedade foi utilizada a correlação de Pearson. O valor de significância adotado foi 0,05.

RESULTADOS

As 31 mulheres avaliadas tinham idade entre 25 e 58 anos, com média de 40,4 anos. Todas obesas grau III, com IMC médio no pré-cirúrgico de 46,4. Após o procedimento, no período entre 6 e 12 meses, essa média passou para 29,2, tendo ocorrido uma redução de 62,7%. Não foram observadas correlações entre idade e IMC($p<0,639$), assim como, entre esses indicadores em relação à sexualidade, à ansiedade e à depressão.

Correlações lineares positivas e estatisticamente significativas ($p<0,05$) foram detectadas entre todos os domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desconforto/dor) o que indica aumento de todos esses domínios. A correlação positiva, estatisticamente mais significativa foi entre lubrificação e orgasmo (Figura 1).

FIGURA 1

Na avaliação de ansiedade, um maior número de pacientes não apresentou esse sintoma 18(55%) após o procedimento cirúrgico, entretanto, quando presente, a ansiedade foi predominantemente de leve 7(21%) a moderada 7(21%). Um pequeno número de pacientes teve ansiedade grave (Figura 2).

FIGURA 2

Em relação à depressão 70% (21) das pacientes não apresentaram esse sintoma, entretanto, quando presente, a ocorrência foi de leve em 6 pacientes (18%), moderada em 3(9%) e grave em 1(3%) conforme figura 3.

FIGURA 3

Ocorreu correlação positiva, entre ansiedade e depressão, uma vez que, ambas aumentaram na mesma proporção (Figura 4).

FIGURA 4

A correlação entre ansiedade e domínios da função sexual (orgasmo, satisfação e desconforto/dor) foi negativa, mostrando que à medida que reduziu a ansiedade ocorreu também aumento de orgasmos e de satisfação sexual, bem como, ocorreu ausência de desconforto/dor (Figuras 5).

FIGURAS 5

Do mesmo modo, foi negativa a correlação entre depressão e os domínios da função sexual (desejo, satisfação e dor), visto que, a redução da depressão foi seguida de aumento significativo de desejo, satisfação e ausência de desconforto/dor, conforme figuras 6.

FIGURAS 6

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres submetidas a *bypass* gástrico com derivação intestinal em Y de Roux de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica no HU-UFMA. Foi possível observar que a faixa etária mostrou grande variabilidade sendo a idade média de 40,4 anos. Esses resultados se assemelham aos de outros estudos (DUNKLE-BLATTER ET AL, 2007), que sugerem que não há idade ideal para realização da cirurgia bariátrica, já que essa cirurgia pode ser realizada, desde a adolescência

(LOUX et al, 2008) até grupos com idade mais avançadas (acima de 60 anos), tendo em vista que, na grande maioria das vezes, a finalidade é reduzir as co-morbidades (SARWER, et al, 2005). Entretanto, estudos realizados por Van Hout et al (2005), indicam que o sucesso da cirurgia bariátrica é maior em mulheres jovens, com estado mental satisfatório e auto-estima elevada, que são autocríticas, bem resolvidas no casamento e com *status* sócio-econômico elevado, cujas expectativas sejam realistas e tenham uma compreensão adequada quanto a necessidade de mudanças comportamentais e alimentares em prol da redução de peso e da mudança na imagem corporal.

Embora todas as pacientes que participaram do estudo fossem classificadas como obesas grau III, com IMC médio de 46,4 no pré-operatório, os resultados pós-operatórios mostraram que 6 à 12 meses após o procedimento cirúrgico reduziu de um IMC médio de 46,4, pré-cirúrgico para um IMC médio 29,2, compatível com obesidade grau I, o que representa uma redução bastante significativa da massa corporal, mostrando a efetividade desse procedimento no tratamento de obesidade mórbida. Esses resultados também são relatados por outros autores como Hrabosky et al, 2006; Kinzl et al; 2007 e Mathus-Vliegen, 2007, sendo que este último detectou perdas acima de 40% de massa corporal após, 1; 2,5 e 5 anos após a cirurgia.

Poucos estudos abordam a função sexual da obesa em sua amplitude, incluindo todos os domínios sexuais, visto que, a maioria dos trabalhos investigaram apenas os impedimentos sexuais relacionados à obesidade como parte da avaliação sobre qualidade de vida (WERLINGER et al., 1997, KINZL et al., 2001).

Muitos autores relatam alta frequência de dificuldades sexuais e perda do desejo sexual como consequência de obesidade, mas ainda são raros os estudos que investigam os impactos da perda ponderal sobre a qualidade de vida sexual em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica (KOLOTKIN et al., 2006; KINZL et al, 2007).

A avaliação dos resultados relativos a sexualidade em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica, mostraram que os domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação apresentaram correlações positivas entre si. Vale lembrar que o parâmetro de referência para o domínio desconforto/dor é a redução/ausência desse sintoma. Assim, ocorreu aumento de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e ausência de desconforto/dor.

A correlação positiva mais significativa ocorreu entre as variáveis orgasmo e lubrificação, que aumentaram proporcionalmente. Assim, é possível inferir que após a cirurgia bariátrica e conseqüente perda ponderal há melhora quanto ao interesse sexual e ao estado de satisfação sexual das pacientes. Resultados semelhantes foram anteriormente descritos por Assimakopoulos et al (2006) ao utilizarem os mesmos parametros para aferição da função sexual que utilizamos neste trabalho.

Outros estudos (CAMPS et al., 1996; KINZL et al., 2001), relataram que a melhora quanto a imagem corporal e a auto-estima no período pós-cirúrgico são os principais fatores responsáveis pela bom desempenho das funções sexuais em mulheres. Já os estudos de Schuetz et al (2004) mostram que a cirurgia bariátrica foi importante na qualidade da função sexual de ambos os sexos.

As avaliações quanto às características psicológicas em obesas candidatas a cirurgia bariátrica, descreve-as como tendo alto nível de *stress*, ansiedade, depressão, baixa auto-estima e alteração da qualidade de vida, que é tanto maior quanto maior for o grau de obesidade (ZWAAN et al, 2003; ABILÉS et al, 2008).

Os resultados encontrados no período pós-cirúrgico nesse estudo mostraram um maior número de pacientes com ausência de indicadores de ansiedade e/ou depressão, sugerindo que pode ter ocorrido uma redução desses sintomas nessas pacientes. Na verdade, Burgmer et al (2007); Shiri et al (2007) e Madan et al (2008) já relataram que há impacto

psicológico positivo na saúde mental dos pacientes após a cirurgia bariátrica com perda de peso. Nesse caso ocorreu também redução dos sintomas de ansiedade e depressão, melhora do interesse sexual, da auto-estima, da qualidade de vida e redução das co-morbidades que acompanham a obesidade.

Segundo Madan et al (2008), enquanto 40,5% de seus pacientes apresentavam sintomas clínicos depressivos relevantes no pré-operatório da cirurgia bariátrica, no pós-operatório esses valores foram de 17,7% e 16,4% respectivamente, considerando o primeiro e o segundo ano após a mesma.

Dentre as pacientes que ainda apresentaram ansiedade e depressão, a ocorrência maior ocorreu nas faixas entre leve e moderada indicando que a cirurgia bariátrica realmente promove redução ou desaparecimento dos sintomas depressivos nos pacientes.

Houve uma maior predominância de pacientes com ansiedade do que com depressão. Já a correlação entre essas duas variáveis mostrou uma relação positiva o que mostra que a existência de depressão está diretamente relacionada ao estado de ansiedade e vice-versa. Esses resultados contribuem para ressaltar a importância do acompanhamento psicológico no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (SHIRI et al, 2007), pois segundo Van Hout et al (2005) o sucesso da cirurgia depende de vários fatores, principalmente de fatores psicológicos.

A melhora do aspecto corporal após a cirurgia bariátrica melhora tanto a qualidade de vida como a auto-imagem corporal, a auto-estima e o interesse sexual das pacientes, mas esses resultados também mostram um lado controverso, marcado pela insatisfação, especialmente em mulheres, advindo do excesso de pele que se acumula após a cirurgia em partes corporais, decorrentes da perda de peso. Esses aspectos, embora informados previamente, tornam essas pacientes mais preocupadas com a estética, buscando na cirurgia reparadora a auto-imagem ideal (SONG et al., 2006). Outros estudos como os de Pontiroli et

al., (2007), revelam que há o desenvolvimento de personalidade narcisista em mulheres que perderam peso após a cirurgia bariátrica. Contudo, estes aspectos não estão no foco deste estudo.

Não houve correlação entre idade e IMC ou entre esses indicadores com sexualidade, ansiedade e com depressão. Os resultados relativos ao IMC possivelmente não foram positivamente correlacionados aos indicadores psicológicos já que foi considerado o IMC final. Talvez por isso os resultados aqui descritos tenham sido diferentes dos de Esposito et al (2007) que ao avaliarem o IMC inicial e os domínios de função sexual encontraram que, desejo e dor não apresentaram relação com IMC enquanto excitação lubrificação, orgasmo e satisfação, sim.

Também ocorreram correlações negativas entre ansiedade/sexualidade (orgasmo, satisfação, desconforto/dor) e depressão/sexualidade (desejo e satisfação, desconforto/dor) pois tanto a ansiedade como a depressão foram inversamente proporcionais aos domínios da função sexual. Possivelmente porque nas pacientes pesquisadas ainda foram encontrados indicadores de ansiedade (45%) e depressão (30%) em graus variáveis. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Duval et al, 2006; Assimakopoulos et al., 2006; Nickel et al, 2007, que também relataram melhora da sexualidade, especialmente desejo e satisfação no pós-operatório de cirurgia bariátrica, assim como, verificaram que à proporção que ansiedade e depressão regredem ocorre melhorada sexualidade.

Deve ser considerado que pode ocorrer uma discrepância entre as expectativas em relação à cirurgia e seus resultados efetivos. Do ponto de vista psicológico, o sujeito submetido à cirurgia bariátrica pode no pós-operatório se revelar incapaz de lidar com a realidade sem o uso do corpo obeso, fato que contribui para manter ou acentuar os sintomas de ansiedade e depressão, assim como, distúrbio já existente na função sexual e/ou contribui

para a criação de outras formas de doença psíquica (LEAL; BALDIM, 2007; ZAMBOLIM, 2007).

Embora a presença de alterações psicológicas em candidatas à cirurgia bariátrica não seja um critério absoluto de exclusão, a compreensão detalhada dessas alterações em relação à perda de peso e outras condições advindas da cirurgia são fundamentais para melhorar e facilitar o processo seletivo das pacientes para a cirurgia e o tipo de intervenção mais apropriado (ABILÉS et al , 2008), motivo pelo qual a presença do psicólogo na equipe multidisciplinar se reveste de especial importância.

Como fatores limitante deste estudo podemos ressaltar o tempo de duração, o tamanho da amostra e a impossibilidade de comparar dados pré e pós operatórios das mulheres estudadas. Uma barreira encontrada foi a dificuldade que muitos paciente tem em fornecer dados retrospectivos, pois parecem apagar da memória e/ou até rechaçam a idéia de pensarem em si obesas

Podemos concluir que houve uma correlação positiva entre os domínios da função sexual dessas mulheres, especificamente, entre orgasmo e lubrificação, refletindo em satisfação sexual das mesmas; que a maioria delas não apresentou ansiedade e depressão, e que, esses indicadores quando presentes foram predominantemente leves e com correlação negativa com sexualidade, sugerindo que nas mulheres acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA o impacto psicológico subsequente a realização da operação foi positivo.

REFERÊNCIAS

- Abilés, V. Rodrigues-Ruiz, S. Abilés, J. Mellado, C. Garcia, A. Pérez de La Cruz, A. Fernández-Santaella, M. C. (2008) Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric. *Obes Surg*.
- Assimakopoulos, K. Panayiotopoulos, S. Iconomou, G. Karaivazoglou, K. Matzarglou, C. Vagenas, K. Kalfarentzos, F. (2006). Assessing Sexual Function in Obese Women Preparing for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1087-1091.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2008). São Paulo. Obtida em 05 de abril de 2009, de <http://www.abeso.org.br>
- Brasil, Ministério da Saúde.(2005). Portaria nº 390 de 06 de julho de 2005. Obtida em 05 de abril de 2009, de <http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/pot205/pt-390.htm>.
- Burgmer, R. Petersen, I. Burgmer, M. De Zwaan, M. Wolt, A. M. Herperz, S. (2007). Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg*, 6, 85-91.
- Camps, M. A. Zervos, E. Goode, S. Rodrmurgy, A. S.(1996). Impacto of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obes Surg*, 6, 356-360.
- Cordas; T. A. Ascencio, R. F. R. (2006). Tratamento comportamental da obesidade. *Eindtein*, 1, 44-48.
- Cunha, J. A.(2001) Manual da versão em portuques das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicologo.
- Dixon, J. B. Dixon, M. E. O'Brien, P. E. (2003). Depression in Association with severy obesity. *Arch Intern Med*,163, 2058-2065.

- Dunkle-Blatter, S. E. St Jean, M. R. Whitehead, C. Strodel, W. Bennotti, P. N. Still, C. Reed, M. J. Wood, C. G. Petrick, A. T.(2007). Outcomes among elderly Bariatric patients a high-volume center. *Surg Obes Relat Dis*, 2, 163-169.
- Durval, K. Marceau, P. Lescelleur, O. Hould, F. S. Marceau, S. Biron, S. Lebel, S. P russe, L. Lacasse, Y. (2006). Health-related quality of life in morbid obesity. *Obs surg*, 16, 574-579.
- Esposito, K. Ciotola, M. Giugliano, F. Bisogni, C. Schisano, B. Autorino, R. Cobellis, L. Desio, M. Colacurci, N. Giugliano, D. (2007) Association of body weight with sexual function in womem. *International Journal of Impotence Research*, 19, 353-357.
- Guisado, J. A. Vaz, F. J. (2003). Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*, 13, 394-398.
- Hentschel, H. Alberton, D. L. Capp, E. Goldim, J. R. Passos, E. P.(2007). Valida  o do female sexual function  ndex (FSFI) para uso em  ngua portuguesa. *Rev. HCPA*, 1, 27.
- Hrabosky, J. I. Masheb, R. M. Rothschild, B. S. Burke-Martindade, C. Grilo, C. M. (2006). A prospective study of dissatisfaction and in extremely abese gastric by pass pactients: 6 and 12 month postoperative outcomes. *Obes Surg*, 12, 1615-1621.
- Kinzl, J. F. Trefalet, E. Fiala, M. Hotter, A. Biebl, W. Aigner, F.(2001). Partnership, sexuality, and sexual discorders in morbidly obese women: consequences of weight loss ofter gastric banding. *Obes Surg*, 4, 455-458.
- Kinzl, J. F. Schurattenecker, M. Traweger, C. Aaiger, F. Fiala, M. Biebl, W.(2007). Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obes Surg*, 2, 229-235.
- Kolotkin, R. L. Binks, M. Crosby, R. D. Ostbye, T. Gress, R. E. Adams, T. D.(2006). Obesity and sexual quality of live. *Obesity*, 14, 472-479.

- Leal, C. W. Baldin, N. (2007) O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Ver. Psiquiatr. Rio Gd Sul, 29.
- Loux, T. J. Haricharan, R. N. Clements, R. H. Kolotjin, S. E. Haynes, B. Leath, T. Harmon, C. M.(2008). Health-related quality of live before and after bariatric surgery in adolescents. J Pediatr Surg, 7, 1275-1279.
- Madan, A. K; Beech, B. M. Tichansky D. S. (2008) Body esteem improves after bariatric surgery. Surg Innov, 1, 32-37.
- Manplekou, E. Komesidou, V. Bissias, Ch. Ppakonstantinou, A. Melissas, J. (2005). Psychological conditions and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. Obesity Surgery, 15, 1177-1184.
- Mathus-Vliegen, E. M. De Wit, L. T. (2007) Health-related quality of life after gastric banding. Br J Surg, 4, 457-65.
- Nickel, M. K. Loew, T. H. Bachler, E. (2007). Change in mental symptoms in extreme obesity patients after gastric banding, Part II: Six-year follow up. Int j psychiatry med, 37, 69-79.
- Pontiroli, A. E. Fossati, A. Vedani, P. Fiorilli, M. Folli, F. Paganelli, M. Marchi, M. Maffei, C. (2007). Post-surgery adherence to scheduled visits compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric surgery in morbidly obese patients. Obes surg, 17, 149-157.
- Pires, A. V. C.(2004). Obesidade e cirurgia bariátrica: significado para o ex-obeso. Monografia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís.
- Puglia, C. R.(2004). Indicação para tratamento operatório da obesidade mórbida. Assoc. Med. Bras., 50, 2.

Rosen, R. Brown, C.; Heiman, J. Leiblum, S. Meston, C. Shabsigh, R. Fergusson, D. D'Agostion jr, R. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191 – 208.

Rosik, C. H. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursui of surgery and follow-up attendance. *Obes Surg*, 15, 677-683.

Sarwer, D. B. Wadden, T. A. Fabricatore, A. N. (2005) Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*, 13, 639-648.

SERPA, G. V.(2008). Alteração na sexualidade em pacientes atendidas pelo serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Universitario Presidente Dutra antes e após a cirurgia. Monografia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

Shuetz, P. Peterli, R. Ludwig, C. Peters, T. (2004). Faigue, weakness and sexual dysfunction after bariatic surgery – Not an unusual case but an unusual cause. *Obesity Surgery*, 14, 1025-1028.

Shiri, S. Gurevich, T. Feintuch, U. Beglaibter, N. (2007). Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg*. 5, 663-668.

Song, A. Y. Rubin, J. P. Thomas, V. Dudas, J. R. Marra, K. G. Fernstrom, M. H. (2006). Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring paients. *Obesity*, 9, 1626-1636.

Van Hout, G. C. Vreeswijk, C. M. Van Heck, G. L. (2005). Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Durch approach. *Obes Surg*, 3, 321-325.

Werlinger, K. King, T. Clark, M. Pera, V. Wincze, J.(1997). Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in obese female population: A pilot study. *Journal of Sex e Marital Therapy*, 23, 74-78.

World Health Organization (2008). Controlling the global obesity epidemic. Obitida em 06 de abril de 2009, de <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>

Zambolin, L. M. (2007). A obesidade mórbida no contexto da pós-modernidade: um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais, Belo Horizonte.

Zottis, C. Labronice, L. M.(2003). O corpo obeso e a percepção de si. Monografia, Universidade Federal Do Paraná, Curitiba.

Zwaan, M. Michell, J. E. Howell, L. M. Monson, N. Swan-Kremeier, L Crosby, R. D. Seim, H. C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Compr psychiatry*, 5, 428-434.

Figura 1

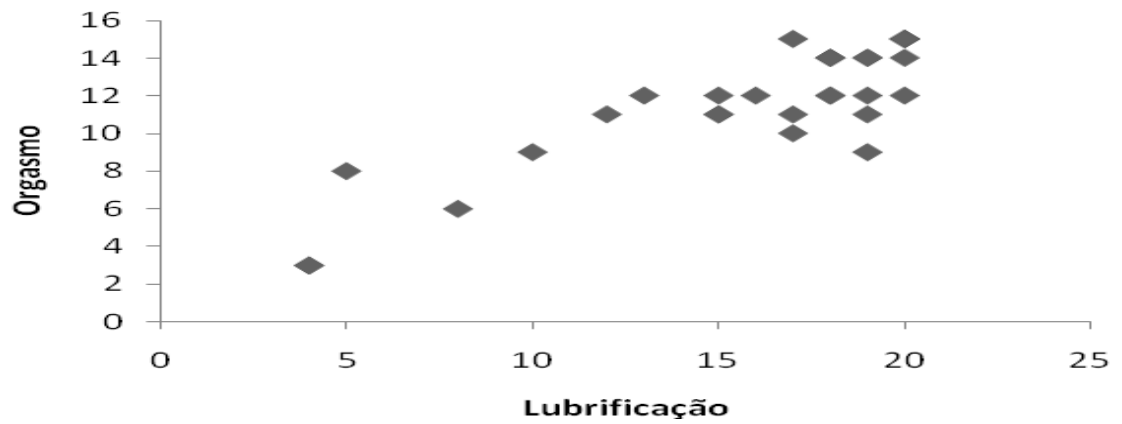


Fig.1. Correlação positiva (Pearson) entre lubrificação e orgasmo (FISI) ($r=0.84647^{**}$) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. $^{**}P<0,01$.

Figura 2

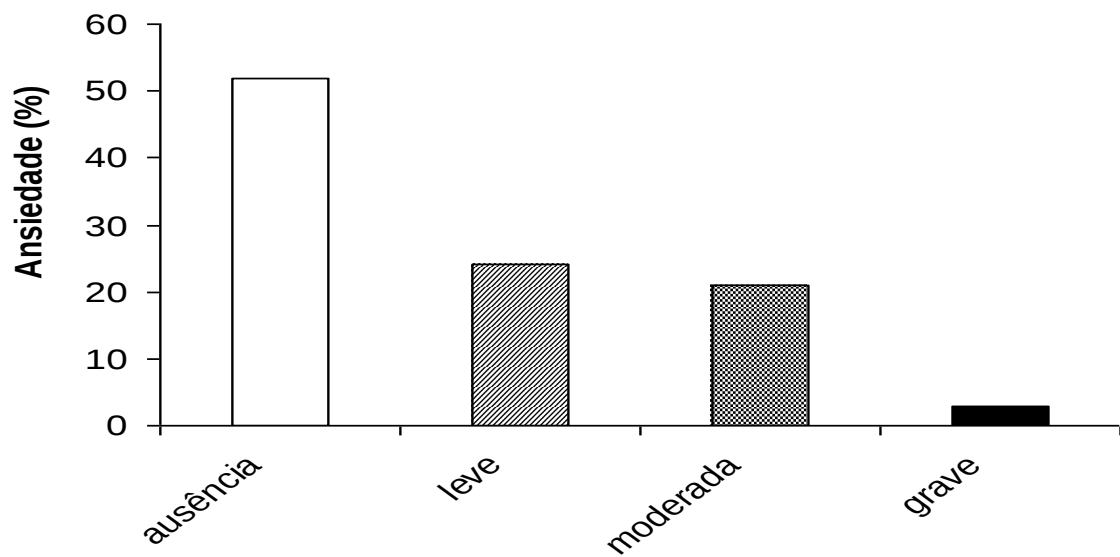


Fig.2. Ansiedade em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008 (Quest..de Beck).

Figura 3

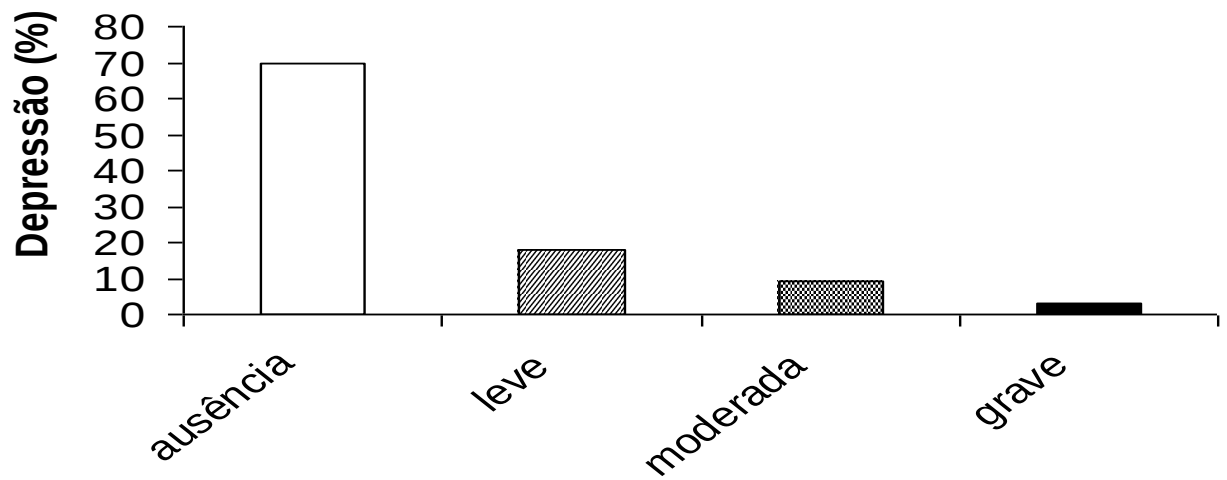


Fig.3. Depressão em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008 (Quest. de Beck).

Figura 4

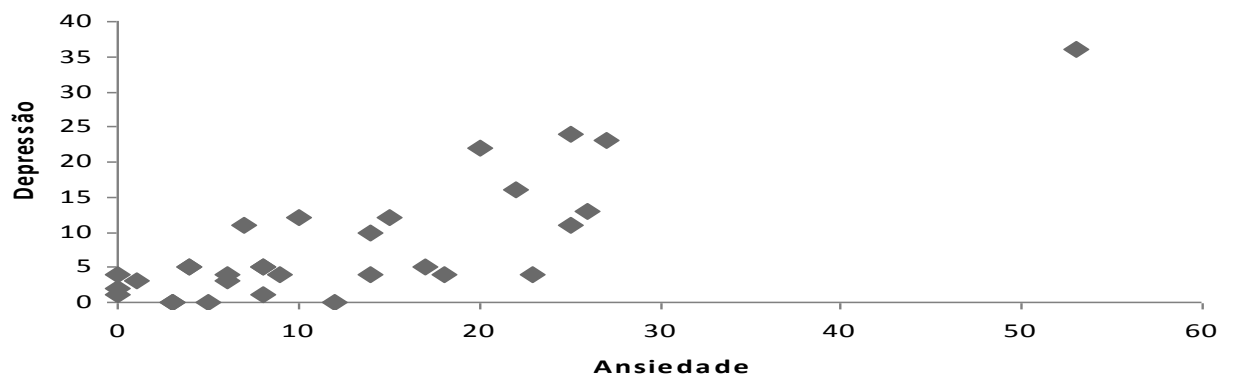


Fig.4. Correlação positiva (Person) entre ansiedade e depressão ($r=0.8316^{**}$) (FISI) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008. $^{**}P<0,01$

Valor de r : 0.8316^{**}

Figura 5

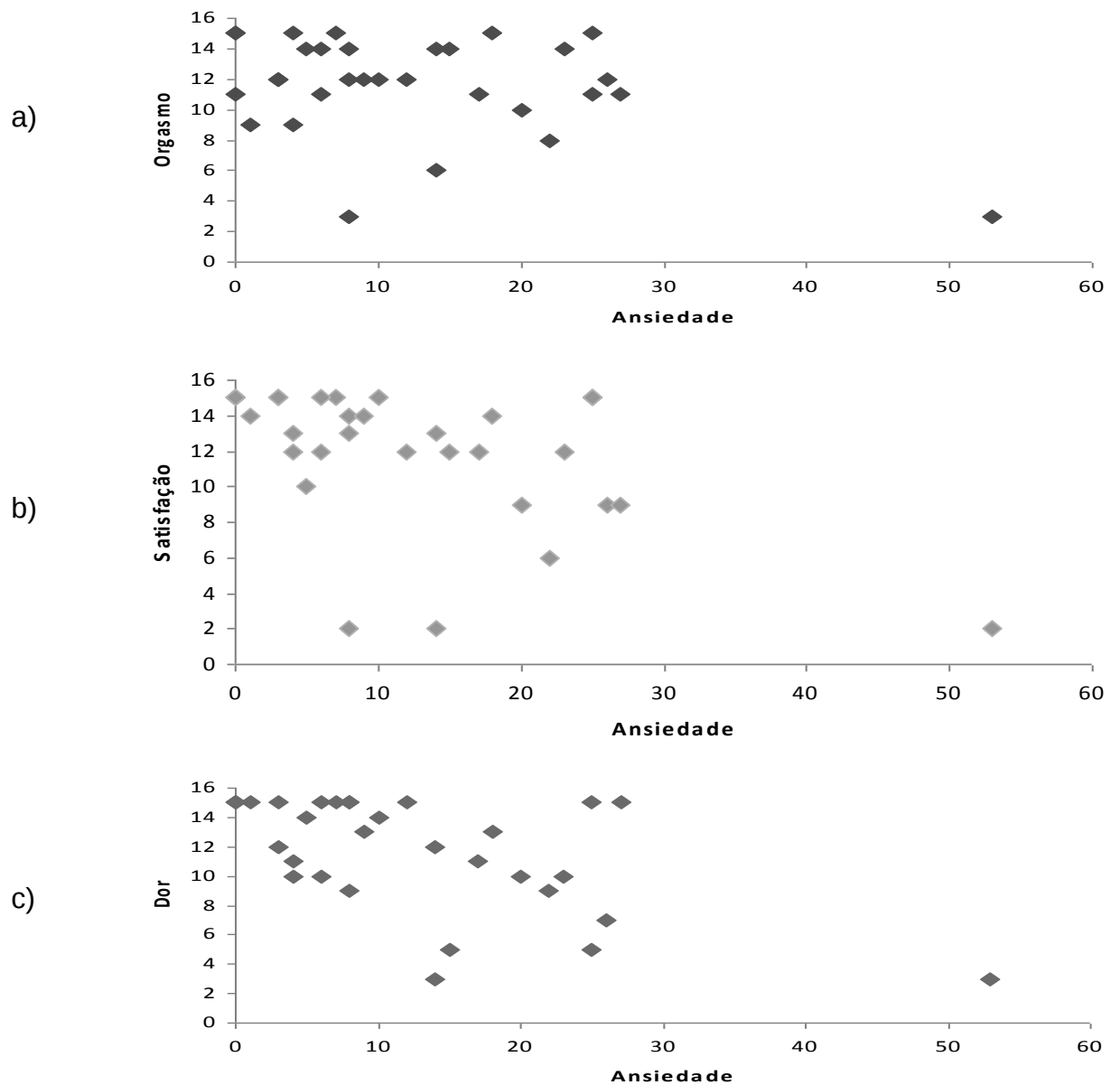


Fig.5. Correlação negativa (Pearson) entre ansiedade e respectivamente orgasmo ($r=-0.3706^*$) ($*P<0,05$), satisfação ($r=0.5185^{**}$) ($**P<0,001$) e dor ($r=0.5746^{**}$) ($**P<0,01$) (FISI) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008

Figura 6

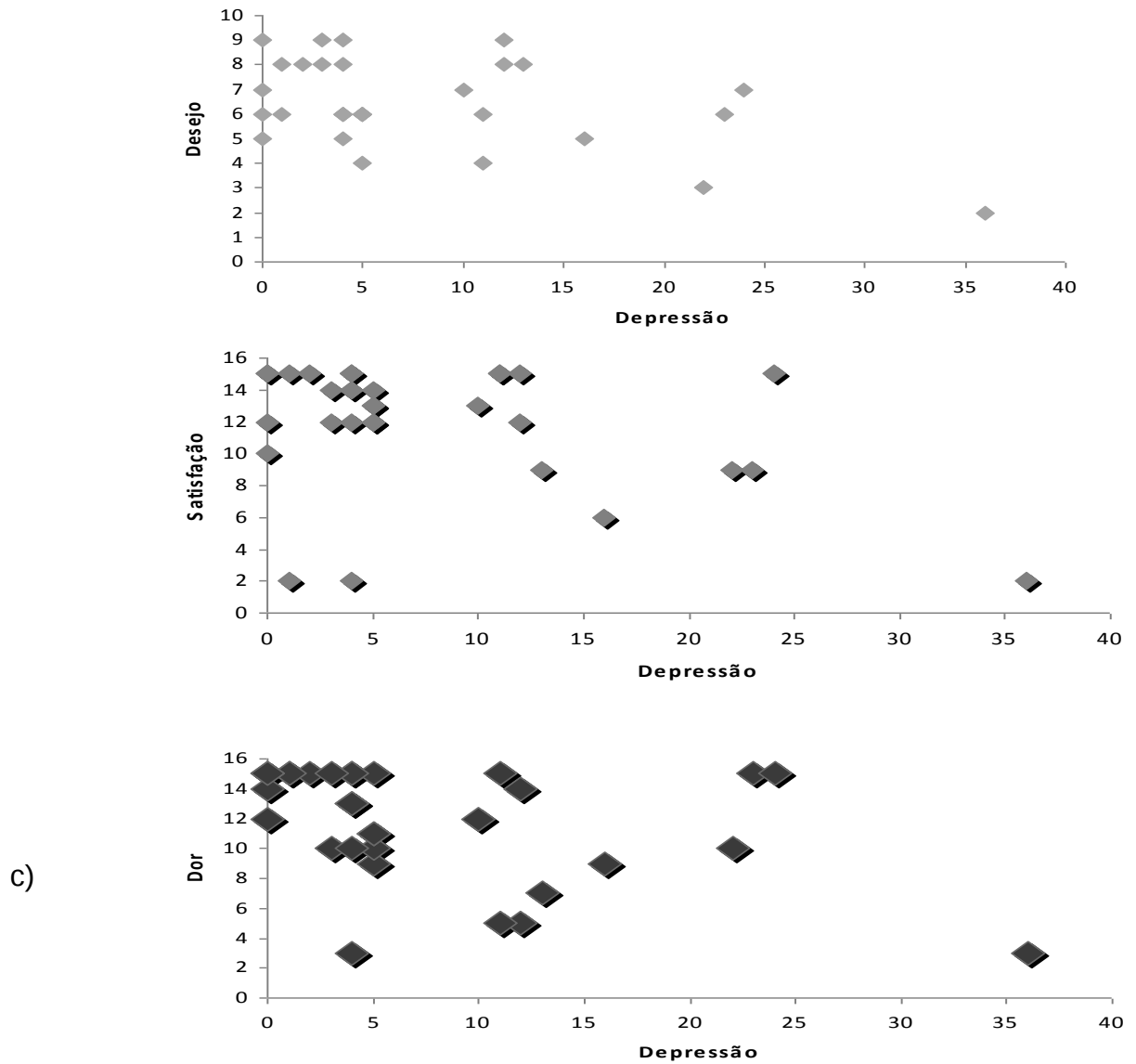


Fig.6. Correlação negativa (Person) entre depressão e respectivamente desejo ($r=-0.4544^*$) ($*P<0,05$), satisfação ($r=-0.3660^*$) ($*P<0,05$) e dor ($r=-0.3897^*$) ($*P<0,05$) (FISI) em mulheres após cirurgia bariátrica acompanhadas no HU-UFMA de janeiro a julho de 2008.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos fatores limitantes deste estudo, como o tempo de duração, o número limitado da amostra e impossibilidade de comparar dados pré e pós-operatórios das mulheres estudadas, uma vez que muitas delas têm dificuldade em fornecer dados retrospectivos, pois apagam da memória e até rechaçam a idéia de pensarem em si obesas podemos concluir que:

Como fatores limitante deste estudo podemos ressaltar o tempo de duração, o tamanho da amostra e a importância de compara dados pré e pós operatorio das mulheres estudadas. Uma barreira encontrada foi a dificuldade que muitos paciente tem em fornecer dados retroativos, pois parecem apagar da memória e/ou rechaçam a idéia de pensarem em si obesa

Houve uma correlação positiva entre os domínios da função sexual dessas mulheres, especificamente, entre orgasmo e lubrificação, refletindo em satisfação sexual das mesmas; que a maioria delas não apresentou ansiedade e depressão, e que, esses indicadores quando presentes foram predominantemente leve se e com correlação negativa com sexualidade, sugerindo que nas mulheres acompanhadas pelo SCB do HU-UFMA o impacto psicológico subsequente a realização da operação foi positiva.

REFERÊNCIAS

ABILES, V.; RODRIGUES-RUIZ, S.; ABILÉS, J; MELLADO, C.; GARCIA, A.; PÉREZ DE LA CRUZ, A. FERNÁNDEZ-SANTAELLA, M. C. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric. **Obes Surg**, epub ahead of print. Out, 29, 2008

ARAUJO, Francisca Luzia Soares Macieira de. **Avaliação da perda ponderal, das comorbidades e da qualidade de vida dos pacientes submetidos à derivação gastrojejunal em y – de – roux anelada**. São Luís - MA, Dissertação, 2006.

ASSIMAKOPOULOS, K; PANAYIOTOPOULOS, S; ICONOMOU, G; KARAIVAZOGLU, K; MATZAROGLOU, C; VAGENAS, K; KALFARENTZOS, F. Assessing Sexual Function in Obese Women Preparing for Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**. V. 16, p. 1087-1091, 2006

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABOLICA. São Paulo. SP, 2008. Disponível em <[HTTP://www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 390 de 06 de julho de 2005**. Brasília, DF, 2005. Disponível em <[HTTP://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Pot205/PT-390.htm](http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Pot205/PT-390.htm)>

BURGMER, R.; PETERSEN, I.; BURGMER, M; DE ZWAAN, M. WOLF, A. M; HERPERZ, S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. **Obes Surg**. v. 6, p. 85-91, 2007.

CAMPS, M. A.; ZERVOS, E; GOODE, S.; ROSEMURGY, A. S.; Impacto of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. **Obes Surg**, v. 6, p. 356-360, 1996

CORDAS; T. A; ASCENCIO, R. F. R. Tratamento comportamental da obesidade, **Eindtein**, v. 1, p. 44-48, 2006.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

DIXON J. B; DIXON, M. E; O'BRIEN, P. E. Depression in Association with severy obesity. *Arch Intern Med*. v.163. p 2058-2065, 2003.

DUNKLE-BLATTER, S. E.; ST JEAN, M. R.; WHITEHEAD, C; STRODEL, W. 3RD.; BENNOTTI, P. N.; STILL, C.; REED, M. J.; WOOD, C. G.; PETRICK, A. T.; Outcomes among elderly Bariatric patients a high-volume center. **Surg Obes Relat Dis**, v. 2, p. 163-9, 2007.

DURVAL, K.; MARCEAU, P.; LESCELLEUR, O. HOULD, F.S.; MARCEAU, S.; BIRON, S.; LEBEL, S.; PÉRUSSE, L.; LACASSE, Y.; Health-related quality of life in morbid obesity. **Obs surg**, v. 16,p.574-9, 2006

ESPOSITO, K.;CIOTOLA, M.; GIUGLIANO, F.; BISOGNI,C.; SCHISANO, B.; AUTORINO, R.; COBELLIS, L.; DESIO, M.; COLACURCI, N. GIUGLIANO,D. Association of body weight with sexual function in womem. **International Journal of Impotence Research**, v. 19, p. 353-357, 2007

GUISADO, J, A.; VAZ, F. J. Personality profiles of the morbdlly obese after vertical banded gastroplasty. **Obes Surg**, v. 13, p. 394-8, 2003.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L.; CAPP, E.; GOLDIM, J. R.; PASSOS, E.P.; Validação do female sexual function índex (FSFI) para uso em língua portuguesa.**Rev. HCPA**, V. 1, p 27, 2007

HRABOSKY, J.I.; MASHEB, R. M.; ROTHSCHILD, B. S.; BURKE-MARTINDADE, C. .; GRILO, C. M. A prospective study of dissatisfaction and in extremely abese gastric by pass patients: 6 and 12 month postoperative outcomes. **Obes Surg**. v. 12, p. 1615-21, 2006

KINZL, J. F.; TREFALET, E.; FIALA, . HOTTER, A.; BIEBL, W. AIGNER, F.; Partnership, sexuality, and sexual discorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. **Obes Surg**. v. 4, p. 455-8, 2001

KINZL, J. F.; SCHURATTENECKER, M.; TRAWEGER, C; AIGER, F; FIALA, M.; BIEBL, W.; Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. **Obes Surg**. V. 2, p. 229-35, 2007

KOLOTKIN, R.L.; BINKS, M; CROSBY, R. D.; OSTBYE, T.; GRESS, R. E.; ADAMS, T. D.; Obesity and sexual quality of live. **Obesity**, v. 14, p. 472-9, 2006.

LEAL, C. W.; BALDIN, N.; O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Ver. Psiquiatr. Rio gd sul**. V. 29, Porto alegre, 2007

LOUX, T. J.; HARICHARAN, R. N.; CLEMENTS, R. H.; KOLOTKIN, S. E.; HAYNES, B; LEATH, T.; HARMON, C. M.;. Health-related quality of live before and after bariatric surgery in adolescents. **J Pediatr Surg**, v. 7, p, 1275-9, 2008.

MADAN, A. K; BEECH, B. M. TICHANSKY, D. S. Body esteem improves after bariatric surgery. **Surg Innov.** v. 1, p. 32-7, 2008.

MANPLEKOU, E; KOMESIDOU, V; BISSIAS, Ch; PPAKONSTANTINO, A; MELISSAS, J. Psychological conditions and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. **Obesity Surgery.** V.15, p. 1177-1184, 2005.

MATHUS-VLIEGEN, E. M.; DE WIT, L. T. Health-related quality of life after gastric banding. **Br J Surg.** v. 4, p. 457-65, 2007

NICKEL, M.K.; LOEW, T. H.; BACHLER, E. Change in mental symptoms in extreme obesity patients after gastric banding, Part II: Six-year follow up. **Int j psychiatry med.**, v. 37, p. 69-79, 2007

PONTIROLI, A. E.; FOSSATI, A.; VEDANI, P.; FIORILLI, M.; FOLLI, F.; PAGANELLI, M.; MARCHI, M.; MAFFEI, C.; Post-surgery adherence to scheduled visits compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric surgery in morbidly obese patients. **Obes surg**, v. 17, p. 149-7, 2007

PIRES, Ana Valeria Carvalho. **Obesidade e cirurgia bariátrica:** significado para o ex-obeso. São Luís, Monografia, 2004.

PUGLIA, C R. Indicação para tratamento operatório da obesidade mórbida. **Ver. Assoc. Med. Bras.** V 50.(2) São Paulo, 2004

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R. FERGUSON, D.; D'AGOSTION JR, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, p. 191 – 208, 2000.

ROSIK, C. H. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery and follow-up attendance. **Obes Surg**, v. 15, p. 677-83, 2005.

SARWER, D. B.; WADDEN, T.A.; FABRICATORE, A. N.; Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. **Obes Res**, v. 13, p. 639-48, 2005

SHUETZ, P.; PETERLI, R.; LUDWIG, C. PETERS, T. Fatigue, weakness and sexual dysfunction after bariatric surgery – Not an unusual case but an unusual cause. **Obesity Surgery**, v. 14, p. 1025-1028, 2004

SERPA, G. V.. **Alteração na sexualidade em pacientes atendidas pelo serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Universitario Presidente Dutra antes e após a cirurgia**. São Luís - MA, Monografia, 2008.

SHIRI, S.; GUREVICH, T.; FEINTUCH, U. BEGLAIBTER, N. Positive psychological impact of bariatric surgery. **Obes Surg**. v. 5, p. 663-8, 2007.

SONG, A. Y.; RUBIN, J. P.; THOMAS, V.; DUDAS, J. R.; MARRA, K. G.; FERNSTROM, M. H.; Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. **Obesity**, v. 9, p. 1626-36, 2006

VAN HOUT, G. C.; VREESWIJK, C. M. VAN HECK, G. L. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. **Obes Surg**, v. 3, p. 321-5, 2005.

WERLINGER, K.; KING, T.; CLARK, M.; PERA, V.; WINCZE, J.; Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in obese female population: A pilot study. **Journal of Sex e Marital Therapy**, v. 23, p. 74-78, 1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION; **Controlling the global obesity epidemic**. Geneva, Switzerland, 8-11, December, 2008. Disponível em <[HTTP://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/)>

ZAMBOLIN, Larissa Maciel. **A obesidade mórbida no contexto da pós-modernidade**: um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. Belo Horizonte, Dissertação, 2007.

ZOTTIS, Carolina; LABRONICE, Liliana Maria. **O corpo obeso e a percepção de si**. Curitiba, Monografia, 2003.

ZWAAN, M.; MICHELL, J.E.; HOWELL, L. M.; MONSON, N.; SWAN-KREMEIER, L; CROSBY, R. D.; SEIM, H. C.; Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. **Compr psychiatry**. v. 5, p. 428-34, 2003

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA

SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma opção de participar de um estudo sobre sexualidade e qualidade de vida em mulheres que se submeterão à cirurgia de redução de estômago. O entrevistador responderá qualquer dúvida que você tenha sobre este consentimento ou sobre o estudo.

O objetivo deste estudo é identificar se há melhoria nas dificuldades relacionadas à sexualidade, à ansiedade e à depressão após 6 meses a 1 ano de realização da cirurgia bariátrica.

As pacientes que se preparem para realização da cirurgia de redução de estômago são o alvo desta pesquisa, cada paciente deverá responder duas vezes aos mesmos questionários, a primeira antes de fazer a cirurgia e a segunda 6 meses a um ano depois da cirurgia.

Estes questionário foi elaborado para identificar qualquer alteração a respeito da sexualidade, ansiedade e depressão que possa ocorrer antes e depois da cirurgia bariátrica.

As anotações clínicas, exames e outros documentos serão estritamente confidenciais, salvo para o médico e os profissionais envolvidos com seu tratamento, estudos científicos e pesquisa.

A sua participação neste estudo é livre, com direito em aceitar ou não o consentimento.

Você poderá ter acesso pessoal às informações do seu prontuário sempre que solicitar, ou autorizar o médico de sua confiança a acompanhar sua evolução, para tanto notificando a equipe médica envolvida.

As entrevistas serão agendadas e marcadas conforme a sua disponibilidade, de forma que não altere suas atividades diárias, podendo ser no local de sua preferência.

Os casos de alteração serão submetidos a tratamentos coletivos e individuais onde serão discutidos com a equipe, visando diminuir os efeitos destes transtornos sobre as pacientes.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que, após ter ouvido e entendido as explicações acima, concordo em participar do estudo sobre **Alterações na sexualidade em pacientes atendidas pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica do HUPD, antes e após a cirurgia.**

São Luís, _____ de _____ de _____.

Paciente: _____

Assinatura do Pesquisador

Responsável: _____

- Nome do Pesquisador Responsável: Gutemberg Fernandes de Araújo
- Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro – (Hospital Universitário Presidente Dutra – 5º andar).
- Telefone: (098) 3219-1084

- Pesquisadores Participantes:
- Rodrigo de Sousa Barcelos Barroqueiro
- Endereço: Rua Independência Q 5 casa 7. Ponta do Farol.
- Telefone: (098) 32273230/88271995.

- Maria Carolina Ferreira da Silva Sousa.
- Endereço: Av. João Pessoa, 414, Filipinho.
- Telefone: (98) 32434886 / 88084884

- Nome do Coordenador do Comitê de Ética e Pesquisa - HUUFMA:
Wildoberto Batista Gurgel
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro (Hospital Universitário Presidente Dutra–
4º andar).
Telefone: 2109-1223

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA
SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Número

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Data de Nascimento: _____ Idade: ____

Sexo: F () M ()

Estado Civil: casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a) () separado(a) () divorciado(a) ()
outro ()

Número de filhos: ()

Condição ocupacional: empregado(a) () desempregado(a) () aposentado(a) ()

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Peso Inicial: _____ Peso Atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Doenças Associadas:

Diabetes ()	Dificuldade respiratória ()	Artrose ()	Apnéia do Sono ()
Dislipidemia ()	Refluxo Gastroesofágico ()	Doença Vascular ()	Doença Vascular Periférica ()
Infertilidade ()	Alteração Menstrual ()	Patologias Endócrinas ()	Alcoolismo ()
Uso de Drogas ()	Tabagismo ()	HAS ()	

Uso de medicação: não () sim (), qual _____

Início da Obesidade: infância () adulto () gestação () perda de parente ()

outros (): _____

Hábitos de vida: Atividade Física: _____ Atividade Sexual: _____

Já passou por tratamento psicológico: sim () não ()

Já passou por tratamento psiquiátrico: sim () não ()

ANEXO A – INDEX DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Este questionário consiste em 19 perguntas. Depois de ler cuidadosamente cada uma, faça um círculo em torno do número (1, 2, 3, 4 ou 5) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem encarado cada situação proposta. Tome o cuidado de ler todas as questões e cada resposta antes de fazer a sua escolha.

01. Nas quatro últimas semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?
- 5- Sempre ou quase sempre
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
02. Nas quatro últimas semanas, como você classificaria o seu nível de desejo ou interesse sexual?
- 5- Muito alto
 - 4- Alto
 - 3- Moderado
 - 2- Baixo
 - 1- Muito baixou ou inexistente
03. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você se sentiu estimulada durante a atividade ou relação sexual?
- 5- Sempre ou quase sempre
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
04. Nas últimas quatro semanas, como você classificaria o seu nível de satisfação sexual durante atividade sexual ou relação sexual?
- 5- Muito alto
 - 4- Alto
 - 3- Moderado
 - 2- Baixo
 - 1- Muito baixou ou inexistente
05. Nas últimas quatro semanas, qual o grau de confiança sobre tornar-se sexualmente excitada durante atividade sexual ou relação sexual?
- 5- Muito alta confiança
 - 4- Alta confiança
 - 3- Moderada confiança
 - 2- Baixa confiança
 - 1- Muito baixa ou confiança inexistente
06. Nas últimas semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com seu desejo (excitação) durante atividade sexual ou relação?
- 5- Sempre ou quase sempre

- 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
07. Nas últimas quatro semanas, com que frequência se tornou lubrificada (úmida) durante atividade sexual ou relação?
- 5- Sempre ou quase sempre
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
08. Nas últimas quatro semanas, com que dificuldade se tornou lubrificada (úmida) durante atividade sexual ou relação?
- 5- Sem dificuldade
 - 4- Ligeiramente difícil
 - 3- Difícil
 - 2- Muito difícil
 - 1- Extremamente difícil ou impossível
09. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até completar a atividade sexual ou relação sexual?
- 5- Sempre ou quase sempre
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
10. Nas últimas quatro semanas, qual o grau de dificuldade para você manter sua lubrificação até completar a atividade sexual ou relação?
- 5- Sem dificuldade
 - 4- Ligeiramente difícil
 - 3- Difícil
 - 2- Muito difícil
 - 1- Extremamente difícil ou impossível
11. Nas quatro últimas semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você alcançou o orgasmo (clímax)?
- 5- Sempre ou quase sempre
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 2- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 1- Nunca ou quase nunca
12. Nas quatro últimas semanas, quando você teve estimulação ou relação sexual, com que grau de dificuldade chegou ao orgasmo (clímax)?
- 5- Sem dificuldade
 - 4- Ligeiramente difícil

- 3- Difícil
 - 2- Muito difícil
 - 1- Extremamente difícil ou impossível
13. Nas quatro últimas semanas, quão satisfeita ficou com sua habilidade para alcançar o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou relação?
- 5- Muito satisfeita
 - 4- Moderadamente satisfeita
 - 3- Igual nível entre satisfeita e insatisfeita
 - 2- Moderadamente satisfeita
 - 1- Muito insatisfeita
14. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a proximidade entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?
- 5- Muito satisfeita
 - 4- Moderadamente satisfeita
 - 3- Igual nível entre satisfeita e insatisfeita
 - 2- Moderadamente satisfeita
 - 1- Muito insatisfeita
15. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a relação sexual com seu parceiro?
- 5- Muito satisfeita
 - 4- Moderadamente satisfeita
 - 3- Igual nível entre satisfeita e insatisfeita
 - 2- Moderadamente satisfeita
 - 1- Muito insatisfeita
16. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a qualidade e quantidade da sua vida sexual
- 5- Muito satisfeita
 - 4- Moderadamente satisfeita
 - 3- Igual nível entre satisfeita e insatisfeita
 - 2- Moderadamente satisfeita
 - 1- Muito insatisfeita
 - 0- Sem atividade sexual
17. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você experimentou dor durante a penetração vaginal?
- 5- Nunca ou quase nunca
 - 4- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)
 - 4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)
 - 1- Sempre ou quase sempre
18. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você experimentou dor após a penetração vaginal?
- 5- Nunca ou quase nunca
 - 4- Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 3- Algumas vezes (metade das vezes)

4- Muitas vezes (mais da metade das vezes)

1- Sempre ou quase sempre

19. Nas ultimas quatro semanas, como você classificaria seu índice de desconforto ou dor durante a penetração vaginal ou depois dela?

5- Muito baixo ou inexistente

4- Baixo

3- Moderado

2- Alto

1- Muito alto

Tabela 1 – Escores dos domínios do FSFL

Domínio	Questão	Variação do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1 - 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 - 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 - 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 - 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) - 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36,0

*Variação para o item 14 = 0-5; variação para os itens 15 e 16 = 1-5.

ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não (0)	1 LEVEMENTE (1) Não me incomodou muito	2 MODERADAMENTE (2) Foi muito desagradável, mas pude suportar.	3 GRAVEMENTE (3) Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				

18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Pontuação:

Mínimo: 0 a 9 pontos

Leve: 11-19 pontos

Moderado: 20-30 pontos

Grave: 31- 63 pontos

ANEXO C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo..

Pontuação:

< 10 = sem depressão ou depressão mínima
de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada
de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave
de 30 a 63 = depressão grave.

ANEXO D – COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. **82/08**

Pesquisador(a) Responsável: **Gutemberg Fernandes Araújo**

Equipe executora: **Gutemberg Fernandes Araújo e Rodrigo de Souza Barcelos**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Mestrado em Ciências da Saúde**

Registro do CEP: **341/07** Processo Nº. **33104-1677/2007**

Instituição onde será desenvolvido: **Hospital Universitário Presidente Dutra**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **25.01.2008** o processo Nº. **33104-1677/2007**, referente ao projeto de pesquisa: **"Avaliação da sexualidade em obesas morbidas antes e depois da cirurgia bariátrica"**, tendo como pesquisador responsável **Gutemberg Fernandes Araújo**, cujo objetivo geral é **"Avaliar o impacto da cirurgia bariátrica na sexualidade de pacientes obesas grau III"**.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 22/04/2009, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesquisa.

São Luis, 22 de abril de 2008.

Wildoberto Batista Gurgel

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 2109-1250

E-mail cep@huufma.br

ANEXO E – INSTRUÇÃO PARA AUTORES

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivos e política editorial
- Apresentação dos manuscritos
- Procedimentos de submissão e avaliação dos manuscritos
- Direitos autorais
- Endereço para encaminhamento

Objetivos e política editorial

A Revista *Estudos de Psicologia* é vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (em Natal), e obedece ao sistema de avaliação por pares (*double blind review*, processo que preserva a identidade dos autores e consultores). Tem periodicidade quadrimestral e publica trabalhos inéditos em Psicologia, que se enquadrem nas seguintes categorias: (1) relatos de pesquisa baseada em dados empíricos, (2) estudos teóricos, (3) revisões críticas da literatura, (4) relatos de experiência profissional (descrição de procedimentos e estratégias, ou estudos de caso), (5) notas técnicas (descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa) e (6) resenhas de livros de destaque.

Apresentação dos manuscritos

1. Os artigos deverão ser escritos *preferencialmente* em português, e obrigatoriamente com resumos em português e inglês, conforme os padrões editoriais estabelecidos nestas "Normas", que são adaptadas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2001.

O arquivo do manuscrito deve incluir: páginas iniciais contendo título em português e resumo, título em inglês e *abstract*, texto do trabalho organizado em seções (com respectivos subtítulos), seguido da lista de referências bibliográficas. Após estas, se houver, tabelas, figuras, notas e apêndices, em conformidade com os limites de número máximo de páginas indicados abaixo. O texto deve estar disposto em parágrafos, tal como na forma final publicada na revista, tendo suas páginas numeradas no alto, à direita, com algarismos arábicos. É fundamental que o material

não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, etc.

O arquivo do manuscrito deve ser depositado no website da Revista, depois de atendidas as exigências de cadastramento da submissão que ali são indicadas. Esse arquivo deve estar em formato de qualquer processador de texto conversível ao padrão *Word for Windows*. Não serão aceitos arquivos que contenham recursos especiais de edição, como marcas de controle de revisão, hifenização, ou macros. O material deve ser apresentado em entrelinhamento duplo em toda a sua extensão, fonte *Times New Roman*, corpo 12, folhas de papel A4, com margem mínima de 2,5 cm em todos os lados.

2. A página do **Resumo em Português** deverá conter:

- (a) título do manuscrito;
- (b) resumo em português, com mínimo de 100 e máximo de 150 palavras no caso de relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas; e 50 a 100, no caso de relatos de experiência profissional e notas técnicas;
- (c) indicação de três a cinco palavras-chave em português, em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula.

3. A página do **Resumo em Inglês (Abstract)** deverá conter:

- (a) título do manuscrito em inglês (tradução do título em português);
- (b) *abstract* (tradução do resumo para o inglês);
- (c) indicação de três a cinco *keywords* (tradução das palavras-chave para o inglês), em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula.

4. Os relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas da literatura não deverão exceder **25 páginas**, incluindo o texto, figuras, tabelas, referências bibliográficas, notas e apêndices. Relatos de experiência profissional e notas técnicas deverão ter, no máximo, **15 páginas**, e as resenhas, **5 páginas**.

5. As **figuras** e **tabelas** deverão ser incluídas no arquivo do manuscrito, cada uma em página separada (após a lista de referências), identificada com número e título, e elaborada conforme os padrões definidos pelo Manual da APA (pp. 147-201). Indicar no corpo do texto o local aproximado onde cada uma delas deve ser incluída. As tabelas e as figuras devem ser apresentadas em **preto e branco** e não poderão exceder o tamanho de 17,5 x 23,5 cm. O aproveitamento final desse material poderá ficar condicionado ao envio de arquivo em formatos especiais dos softwares correspondentes, como pode ocorrer no caso de certos gráficos, cópias digitalizadas, fotografias e outras ilustrações.

6. As **referências bibliográficas** deverão ser relacionadas alfabeticamente, no final do texto, pelos nomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5a edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2001 (pp. 215-281). Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação, incluindo caracteres em itálico e recuo de aproximadamente cinco espaços a partir da segunda linha, em *formatação que deve ser empregada* nos manuscritos submetidos à Revista:

6.1. *Livros e obras tomados na íntegra:*

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

6.2. *Capítulos de coletâneas:*

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

6.3. *Artigos em periódicos científicos:*

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

6.4. *Trabalhos não-publicados ou no prelo:*

Rachi, K. (1990). *Educação escolar brasileira: um reexame dos estudos tendo por centro de análise a categoria de "contradição"*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Ades, C. (no prelo). A construção da teia geométrica enquanto instinto: primeira parte de um argumento. *Psicologia USP*.

6.5. *Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais:*

Meneghini, R., & Campos-de-Carvalho, M. I. (1995). Áreas circunscritas e agrupamentos sequenciais entre crianças em creches [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *XXV Reunião Anual de Psicologia. Resumos* (p. 385). Ribeirão Preto: Autor.

6.6. Trabalhos apresentados em eventos científicos e não-publicados:

Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991, fevereiro). *Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil*. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

6.7. Obra antiga e re-editada em data muito posterior e traduções:

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3a ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Texto original publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

6.8. Autoria institucional:

American Psychological Association (2001). *Publication manual* (5a ed.). Washington: Autor.

6.9. Comunicações pessoais:

Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens de correio eletrônico **não** devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma iniciais e sobrenome do emissor e data (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

6.10. Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)".

6.11. Material obtido da internet:

Os exemplos apresentados a seguir ilustram os casos mais comuns. Para um tratamento mais completo, recorrer ao Manual da APA (pp. 268-278), e/ou às informações disponíveis no website da APA: <http://www.apastyle.org/elecref.html>.

Associação de Moradores de Vila Real (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Obtido em 25 de agosto de 2004, de <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>.

Precisamos vencer a dengue agora (s/d). Obtido em 12 de junho de 2005, de <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>.

7. As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as

citações;

- de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de "et al." e ano de publicação;
- com seis autores ou mais, o sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e ano em todas as citações.

8. No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação logo após a citação da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda. Observar as notações para apresentação de citações nas páginas 117-122 do *Publication Manual* da APA.

9. As **notas de rodapé** devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto. Notas bibliográficas devem ser evitadas.

10. Qualquer material adicional considerado indispensável para a compreensão do texto (questionários, protocolos de entrevista, testes etc.) ou tabelas muito longas, devem ser apresentados em **Apêndice**. Os apêndices devem ser apresentados em nova página, identificados por letras maiúsculas (Apêndice A, Apêndice B, etc.). A numeração de cada tabela apresentada no apêndice deve ser precedida pela letra identificadora do apêndice (Tabela A1, Tabela C3 etc.). Para detalhes, consultar o Manual de Publicações da APA (pp. 205-207).

Procedimentos de submissão e avaliação dos manuscritos

Os manuscritos a serem avaliados visando publicação devem ser submetidos via internet, diretamente no website da Revista (<http://www.epsic.psicologia.ufrr.br>).

Toda e qualquer submissão será aceita sob a condição de que o material nunca foi publicado, nem está em avaliação por outro periódico. As submissões serão inicialmente apreciadas pela Comissão Editorial. Se estiverem de acordo com as normas para publicação e forem consideradas como potencialmente publicáveis por **Estudos de Psicologia** serão encaminhadas para avaliação pelos pares, de acordo com o seguinte procedimento:

1. Verificação da submissão quanto ao atendimento dos requisitos.
2. Encaminhamento para emissão de parecer por parte de membros do Conselho Científico da revista e/ou consultores *ad hoc*.
3. Recepção dos pareceres, com recomendação para aceitação

(com ou sem modificações) ou recusa. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões com a maior brevidade possível (cópias integrais dos pareceres serão disponibilizadas para os autores, preservadas as identidades dos consultores).

4. Os manuscritos que tenham sido reformulados pelos autores serão examinados pela Comissão Editorial, que decidirá, com base nas recomendações dos consultores, pela aceitação para publicação, ou pela necessidade de reformulações adicionais. Em caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização conforme os parâmetros editoriais da Revista.

5. O processo de avaliação por parte de pares utiliza o sistema de *double blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

6. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito é sempre da Comissão Editorial.

Direitos autorais

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na Revista ***Estudos de Psicologia***, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará, não obstante, a deter os direitos autorais para publicações posteriores. No caso de republicação dos artigos em outros veículos, recomenda-se a menção à primeira publicação em ***Estudos de Psicologia***.

O autor principal do texto receberá cinco exemplares da edição em que aquele foi publicado.

Endereço para encaminhamento

O material para ser submetido à aprovação para publicação deverá ser encaminhado para o seguinte endereço:

<http://www.epsic.psicologia.ufrn.br>

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

Caixa Postal 1622
59078-970 Natal RN Brasil
Tel.: +55 84 215-3590
Tel./Fax.: +55 84 215-3589
Fax: +55 84 211-9211



revpsi@cchla.ufrn.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)