

O PAPEL DO PSICODIAGNÓSTICO EM CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA (GASTROPLASTIA): UM ESTUDO DE CASO

THE ROLE OF PSYCHODIAGNOSIS IN CANDIDATES FOR BARIATRIC SURGERY (GASTROPLASTY): A CASE STUDY

Patrícia Oliveira Barbosa

RESUMO

O referido estudo teve como objetivo investigar o papel do psicodiagnóstico em candidatos à cirurgia bariátrica (gastroplastia), ressaltando a importância desse instrumento na detecção e prevenção de transtornos psiquiátricos por ocasião da obesidade e fragilidade emocional de tais pacientes. Foi realizada uma revisão de literatura sobre obesidade, tratamento da obesidade, cirurgia bariátrica e psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, a partir da análise do prontuário de uma paciente que foi submetida à psicodiagnóstico em uma clínica escola do distrito federal. Os resultados sinalizam contribuições significativas no tocante à viabilidade para a realização da cirurgia bariátrica, considerando a Portaria nº424 do SUS de 19 de março de 2013, que descreve as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade, ressaltando os casos contraindicados. No presente estudo, foram utilizados os testes G36, EFN e a técnica projetiva HTP, associados à entrevista clínica e pessoal. Os instrumentos usados foram capazes de avaliar as características e as reações da personalidade da paciente frente ao problema da obesidade, seus potenciais recursos para enfrentamento do pós-operatório e adesão ao tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Psicodiagnóstico, Psicoterapia.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the role of psychodiagnosis in candidates for bariatric surgery (gastroplasty), emphasizing the importance of this instrument in the detection and prevention of psychiatric disorders due to obesity and emotional fragility of such patients. A literature review on obesity, obesity treatment, bariatric surgery and psychodiagnosis was performed in the context of bariatric surgery. The methodology used was a case study, based on the analysis of the medical record of a patient who underwent psychodiagnosis at a school clinic in the federal district. The results indicate significant contributions regarding the feasibility of performing bariatric surgery, considering SUS Ordinance No. 424 of March 19, 2013, which describes the general guidelines for the surgical treatment of obesity, highlighting the contraindicated cases. In the present study, the G36, EFN tests and the HTP projective technique were used, associated with clinical and personal interviews. The instruments used were able to assess the patient's personality characteristics and reactions to the obesity problem, its potential resources for coping with the postoperative period and adherence to surgical treatment.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Psychodiagnosis, Psychotherapy

INTRODUÇÃO

De acordo com dados apontados pelo Ministério da Saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, são a causa de aproximadamente 74% das mortes nos últimos anos, dentre elas destaca-se a obesidade (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). A obesidade caracteriza-se como uma doença crônica que vem crescendo e sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. Inclusive em países orientais, nos quais tradicionalmente sua prevalência era baixa, a obesidade vem se propagando de forma considerável (Coutinho, 1998).

Estima-se que, nos dias de hoje, um bilhão de adultos estejam com sobrepeso no mundo e cerca de 475 milhões sejam obesos, projetando-se números ainda mais impressionantes para a próxima década. Estimativas apontam para o ano de 2020, cerca de cinco milhões de óbitos atribuídos ao excesso de peso (World Health Organization [WHO], 2011).

Nesse sentido, tais constatações têm despertado à atenção de profissionais de saúde, tendo em vista a necessidade da adoção de medidas de controle e tratamento da obesidade. Estudos revelam que os maiores problemas em relação às intervenções propostas para o tratamento da obesidade são relacionados à manutenção da perda de peso em longo prazo. Desta forma, buscando o enfrentamento de tais contingências, surge a cirurgia bariátrica (gastroplastia), como uma estratégia efetiva, com reais possibilidades de diminuir falhas terapêuticas que frequentemente ocorrerem com os demais tratamentos clínicos e nutricionais convencionais. (Magdaleno, Chaim & Turato, 2009).

Segundo Magdaleno et al. (2009), a cirurgia bariátrica foi recomendada a partir da Conferência de Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde (NIH), em 1991, para indivíduos com obesidade de Classe III que apresentassem riscos operatórios aceitáveis, ou para aqueles com obesidade de Classe II, mas com condições pré-mórbidas de alto risco. Na oportunidade, recomendou-se em caráter indispensável, uma seleção criteriosa dos candidatos à cirurgia, por equipe multidisciplinar.

Segundo Franques (2002), foi por meio da resolução do Conselho Federal de Medicina sob, o nº 1766/05, que se instituiu oficialmente a presença obrigatória dos psicólogos em equipes de cirurgia bariátrica. Entretanto, conforme as considerações de Segal e Fandiño (2002), o que se percebe hoje é um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos a estes procedimentos, isso provavelmente devido à limitação de instrumentos que permitam adequada exatidão prognóstica, mostrando um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez mais objetivas, considerando menos ainda a subjetividade de cada indivíduo observado.

De acordo com Appolinário (2006), estudos referem diversas condições psiquiátricas como causa de morte no pós-operatório da cirurgia bariátrica, destacando o suicídio como a ocorrência principal.

Neste sentido, Cunha (2006) nos adverte para o fato de que um psicodiagnóstico também pode ter um objetivo de prevenção. Tal exame visa a identificar problemas precocemente, avaliar riscos, fazer uma estimativa de forças e fraquezas do ego, bem como da capacidade para enfrentar situações novas, difíceis, conflitivas ou estressantes. A autora define o psicodiagnóstico como “um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (output), na base dos quais são propostas soluções” (Cunha, 2006 p. 26).

Para Cunha (2006), o psicodiagnóstico caracteriza-se como um processo científico, porque deve partir de um levantamento prévio de hipóteses que serão confirmadas através de passos predeterminados e com objetivos precisos. Tal processo é limitado no tempo, baseado num contrato de trabalho entre paciente ou responsável e o psicólogo, tão logo os dados iniciais permitam estabelecer um plano de avaliação e, portanto, uma estimativa do tempo necessário (número aproximado de sessões de exame). A autora ressalta que o psicodiagnóstico, possui um ou vários objetivos, sendo estes: classificação simples, descrição, classificação nosológica (nome da doença), diagnóstico diferencial, avaliação compreensiva, entendimento dinâmico, prevenção, prognóstico e perícia forense.

Na perspectiva de Arzeno (1995), um psicodiagnóstico completo e corretamente administrado, permite estimar o prognóstico do caso e as estratégias, bem como a abordagem terapêutica mais adequada a ser utilizada para auxiliar o cliente.

Desta forma, o estudo em questão, se propõe a discutir a importância do psicodiagnóstico no processo de candidatura à cirurgia bariátrica (gastroplastia), bem como buscar ampliar o debate acerca do papel do psicodiagnóstico como indicativo à psicoterapia antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

Assim, este estudo se divide em quatro momentos. Inicialmente será abordada a caracterização da obesidade no universo das doenças crônicas. Em seguida, o enfoque será o psicodiagnóstico e a sua utilização no contexto da cirurgia Bariátrica. Por fim, haverá a apresentação do caso estudado, análise dos resultados, bem como a análise dos indicadores favoráveis à indicação ao procedimento cirúrgico.

1. CARACTERIZANDO A OBESIDADE

1.1 - Obesidade: Conceitos e Classificações

Atualmente a obesidade caracteriza-se como uma doença endêmica mundial, que vem tomando proporções cada vez maiores, atingindo todos os continentes, com grande impacto econômico. Trata-se de uma patologia multifatorial, cujo

crescimento tem sido atribuído a fatores fenotípicos, considerados como genéticos e ambientais, e genotípicos, que se referem à herança genética (Coutinho, 1998).

De acordo com Uehara e Mariosa (2005), é a combinação desses fatores que pode oportunizar a maturação da obesidade. Tal caracterização multifatorial pode ser classificada em fatores internos ou endógenos e fatores externos ou exógenos. Os fatores endógenos são aqueles causados por motivos internos no funcionamento do organismo no indivíduo. Esses fatores internos são divididos em: genético, endócrino, psicogênico, metabólico, medicamentoso e neurológico. Os fatores exógenos da obesidade consistem no ambiente facilitador em que se encontra o indivíduo, o seu estilo de vida e a forma como conduz seus hábitos alimentares. Conforme esse autor, tais características são potencialmente influenciadoras da obesidade de forma externa (Barbosa, 2004).

Embora não se tenha uma definição específica acerca das causas da obesidade, o que se observa na maioria dos casos são os hábitos alimentares e o estilo de vida do indivíduo, os quais são descritos como desregrados, ricos em alimentos hipercalóricos e no estilo de vida marcado pelo sedentarismo. Conforme Dâmaso et al. (2003), 5% dos casos de obesidade são atribuídos a fatores endógenos, e os fatores exógenos são responsabilizados por até 95% ou mais da incidência da patologia.

Com isso, McArdle, Katch e Katch (2003) definem a obesidade, na atualidade, como um acúmulo excessivo de gordura corporal. Na Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10) a obesidade é considerada uma patologia clínica e está inserida no capítulo IV das Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, descrita sob a sigla CID10 – E66.

Para a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM (2012), a obesidade é definida por uma alteração da composição corporal, com determinantes genéticos e ambientais, definida por um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que ocorre quando, cronicamente, a oferta de calorias é maior do que o gasto de energia corporal, e que resulta com frequência em prejuízos significantes para a saúde.

Schmidt e Duncan (2004) afirmam que o diagnóstico de obesidade é feito a partir de um IMC (Índice de Massa Corpórea) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, com três classes crescentes de risco (Classe I, 30 a 34,9 kg/m²; Classe II, 35 a 39,9 kg/m²; Classe III, $\geq 40 \text{ kg/m}^2$), sendo este índice calculado a partir da divisão do peso da pessoa, em quilogramas (kg), pela medida da sua altura em metros ao quadrado, através da equação $\text{IMC} = \text{peso(Kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$. Para os autores, valores de IMC iguais ou superiores a 25 kg/m², mais inferiores a 30 kg/m², definem uma categoria de risco intermediária à normalidade e à obesidade, chamada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de pré-obesidade (mas também conhecida como apenas sobrepeso).

Em relação ao panorama brasileiro acerca do excesso de peso e obesidade, tendo em vista a pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde, 52,5% da população adulta está acima do peso e, dessa parcela, 17,9% são

obesos. A pesquisa apontou ainda fatores que podem acarretar no surgimento de doenças crônicas e quais medidas devem ser tomadas para minimizar o problema. Dentre eles, o peso dos brasileiros foi apontado como um dos pontos mais preocupantes por estar diretamente ligado ao surgimento de doenças como hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, as quais representam as principais causas de óbito no país.

A pesquisa constatou ao longo de sua duração (2006-2014) que a taxa de pessoas acima do peso cresceu quase 10%. Os números também apontaram o perfil do sobrepeso: os homens sendo os que mais sofrem com o problema, 56,5% contra 49,1% das mulheres, e a faixa etária mais atingida situada entre 35 e 64 anos e com baixa escolaridade (quanto menor a escolaridade, maior o índice). Já em relação à taxa de obesidade, os dados não demonstraram muita diferença entre os dois gêneros - 17,9% entre o sexo masculino e 18,2% entre o sexo feminino. Os maiores índices de excesso de peso foram encontrados em pessoas com idade entre 45 e 64 anos - 61% estando acima do peso. Os jovens com idade entre 18 a 24 anos registram 38%. A proporção de pessoas com mais de 18 anos com obesidade, no entanto, foi um dado preocupante apontado pela pesquisa - chega a 17,9%, embora tenha se mantido estável nos últimos anos (Brasil. Ministério da Saúde, 2015).

1.2 - Aspectos Psicológicos da Obesidade

Diante dos fatores internos e externos que estão presentes na obesidade, os aspectos psicológicos constituem-se importantes elementos a serem considerados, tanto no que se refere às causas quanto ao tratamento da obesidade.

Segundo Franques (2002), o sofrimento moral vivenciado pelo corpo obeso devido à discriminação em sua vida (profissional e acadêmica) relaciona-se diretamente ao grau de obesidade, isto é, quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC) maiores serão os problemas psicológicos enfrentados. Dessa forma, além de carregar o peso de seu corpo, a pessoa obesa leva consigo o peso da culpa e da responsabilidade por sua obesidade.

De acordo com Sallet et al.(2001), o preconceito social sofrido pela pessoa obesa favorece a internalização de mensagens e atributos negativos, passando a constituir fatores desencadeadores de problemas psicológicos nessa população.

A própria condição da obesidade gera grande sofrimento psicológico, tanto devido ao preconceito social e à discriminação, como aos problemas advindos do comportamento alimentar. O indivíduo obeso, em sua maioria, deprecia sua própria imagem e é levado a uma preocupação opressiva com a forma física, gerando insegurança devido à incapacidade de manter a perda de peso. A confiança diminuída, a sensação de isolamento que o indivíduo atribui à falta de entendimento de familiares e amigos acerca do problema, assim como a humilhação, o preconceito e a discriminação são fatores que remetem uma enorme carga psicológica ao obeso (Stunkard & Wadden, 1992).

Kahtalian (1992) enfatiza que quando já estabelecida à obesidade, a pessoa passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso traz. É nessa fase que os aspectos ligados à gordura, como desânimo, dificuldades de executar o ato sexual, limitações de se expor em atividades de praia, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldades de comunicação, passam a incomodar o obeso. Nesse sentido, o excesso de peso se constitui numa muleta que a pessoa obesa carrega o resto da vida. O peso em excesso no corpo tem a função de 'localizar' toda a angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais que a pessoa possui. Essa localização (somatização), por sua vez, traz tranquilidade e paz para muitos, não precisando pensar em dificuldades emocionais, mas apenas no controle do peso.

Assim, o ato de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também como dificuldades de lidar com a frustração e com os limites. Dessa forma, o autor argumenta que é preciso abordar a fome em seu aspecto psicossocial, sendo esta juntamente com a sede, as duas forças motivadoras mais prazerosas que se conhece (Kahtalian, 1992).

Kahtalian (1992) acrescenta que a fome biológica é desagradável, dolorosa e só se encerra pela comida. Já o apetite procura o prazer, a satisfação libidínica, não obedecendo às reservas calóricas. No primeiro, o corpo pede a comida, no segundo, a mente é quem pede. Outro problema ligado à regulação da fome é a saciedade. Conforme as considerações de Anjos (2006), o obeso apresenta uma redução da sensibilidade para os sinais reguladores de parada na ingestão de alimentos. Por isto que nestes casos pode-se perceber um comportamento de comer por um período de tempo mais longo.

Nesse sentido, Campos (1993) identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos por ingestão de grandes quantidades de alimentos (hiperfagia): passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa.

No que diz respeito às crianças obesas, a autora afirma ainda que elas são mais regredidas e infantilizadas, apresentando dificuldades de lidar com suas experiências de forma simbólica, de adiar satisfações e obter prazer nas relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de demonstrarem uma baixa autoestima e dependência materna.

Alguns transtornos psicológicos tais como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social podem ser observados em indivíduos com obesidade, seja ela devido a fatores endógenos ou exógenos. Diversas vezes indivíduos obesos sofrem preconceito social e discriminação, que prejudicam seu funcionamento físico e psíquico podendo impactar negativamente em sua qualidade de vida (Luiz et al., 2005).

Sendo assim, os aspectos emocionais e psicológicos podem ser apontados como potenciais causadores, consequências ou retroalimentadores da obesidade, simultaneamente a uma condição clínica e educacional alterada (Vasques; Martins; Azevedo, 2004; Dobrow; Kamenetz; Devlin, 2002).

1.3 - O Tratamento da Obesidade

De acordo com Matos e Bahia (1998), tendo em vista a obesidade tratar-se de um estado crônico de balanço energético positivo, no qual o ganho de energia supera o gasto, o seu tratamento deve propiciar o inverso, um balanço energético negativo. Para tal, é necessário à adoção de duas medidas fundamentais: o aumento do gasto de energia através de exercícios físicos ou do uso de drogas termogênicas, e a diminuição da ingesta de alimentos por meio de dietas restritivas, pelo uso de drogas anorexígenas e que diminuam a absorção de gorduras, e pela submissão a cirurgias bariátricas.

O aumento do gasto energético e a diminuição da ingesta calórica são os pontos fundamentais para a perda ponderal. Desta forma, o aumento da atividade física aeróbica é a forma mais utilizada através da qual as pessoas obesas buscam aumentar seu gasto calórico. Entretanto, dificilmente conseguem manter um exercício em uma faixa de trabalho aeróbico por muito tempo, dado o cansaço, as dificuldades nas articulações e a falta de condicionamento físico e resistência cardiovascular. Nesse sentido, o uso de drogas termogênicas passou a ser frequentemente observado, a fim de disfarçar os efeitos que os exercícios causam, bem como, oportunizar a pessoa maior resistência na realização da atividade (Matos & Bahia, 1998).

Segundo McGuire e Jeffery (2001), a restrição alimentar é uma estratégia comportamental que as pessoas utilizam para controlar o peso corporal. O termo *restrained eating*, isto é, restrição alimentar, foi definida como uma tendência a restringir o consumo alimentar de forma consciente, por meio de dietas alimentares, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover sua perda, mantendo um equilíbrio nutricional adequado ao organismo.

Em relação às drogas anorexígenas, Matos e Bahia (1998) afirmam que correspondem aos medicamentos que tem a propriedade de inibir a ingesta alimentar e podem ser divididos em dois grupos: Nos clássicos inibidores de apetite que agem reduzindo a fome do indivíduo (catecolaminérgicos), e nos que agem reduzindo a ingesta alimentar por aumentarem a saciedade (serotoninérgicos). Outras drogas também muito utilizadas são àquelas que diminuem a absorção de gorduras no organismo. Estas também tiveram grande repercussão no final da década de 90, haja vista não atuarem no sistema nervoso central.

1.3.1 - Cirurgias Bariátricas (Gastroplastias)

O tratamento cirúrgico da obesidade é uma alternativa eficaz, ainda que radical, a ser empregada quando os métodos clínicos tradicionais não respondem ou se mostram falhos e insuficientes.

De acordo com Shiraga (2006), a grande maioria dos pacientes obesos mórbidos (98%), até consegue perder parte do excesso de peso que possui, porém, não obtém sucesso na manutenção do tratamento clínico. A maior dificuldade encontrada é a conservação do peso perdido durante um período de pelo menos dois anos, o que pode ocorrer por diversos motivos, dentre estes, um modelo de tratamento que seja padronizado, ou ainda a dificuldade em manter os hábitos alimentares após o término do uso de medicamentos. Em se tratando do uso de medicamentos, a diminuição de peso se dá porque graças à ação destes os pacientes seguem rigorosamente a dieta prevista no tratamento. Entretanto, logo que diminuem ou interrompem o uso da medicação, deixam de estar sob o efeito dos medicamentos e voltam a se alimentar como costumavam fazer antes e, conseqüentemente, recuperam o peso que perderam, e na maior parte das vezes chegam a adquirir mais do que tinham antes.

Diante do cenário de dificuldade para o tratamento clínico da obesidade, em 1991 o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos estabeleceu como o único tratamento eficaz na perda e manutenção ponderal do obeso mórbido, o tratamento cirúrgico. As operações bariátricas surgiram em 1951 e foram evoluindo para as diversas técnicas que estão disponíveis atualmente. No Brasil, a cirurgia bariátrica chegou durante a década de 1970. Foi a partir da década de 1990 que as intervenções cirúrgicas se tornaram mais difundidas e mais seguras, com a apresentação de resultados ainda melhores (Arasaki et al.,1998).

A cirurgia bariátrica é um tipo de terapêutica que reúne técnicas destinadas ao tratamento da obesidade e das suas comorbidades. Conforme Arasaki et al.(1998), as técnicas cirúrgicas utilizadas dividem-se em restritivas, mal-absortivas e mistas. As chamadas Gastroplastia (Operação de Mason) e Banda gástrica ajustável constituem os métodos restritivos que fazem emagrecer por indução da saciedade precoce. As chamadas Derivação Biliopancreática (Operação de Scopinaro) e Transposição Duodenal (Duodenal Switch) correspondem aos métodos mal-absortivos, os quais reduzem drasticamente a absorção intestinal de nutrientes. E a chamada Gastroplastia com derivação em Y-de-Roux (Com anel de silicone – operação de Fobi-Capella e/ou com anastomose calibrada – Bypass gástrico) são métodos mistos que produzem saciedade precoce e má-absorção moderada de nutrientes.

2. O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO

De acordo com Arasaki et al.(1998), consideram-se candidatos indicados à cirurgia bariátrica adultos com idade entre 18 e 65 anos que tentaram tratamento

clínico por no mínimo dois anos e que têm índice de massa corpórea (IMC) superior ou igual a 40kg/m².

Tanto a resolução do CFM de nº 1766/2005 no seu inciso III, como a Portaria Nº 492 de 31 de agosto de 2007 do Ministério da Saúde, definiu que um profissional psicólogo deve fazer parte da equipe multidisciplinar responsável por cuidar do paciente durante os períodos pré e pós-operatório, todavia nem sempre ocorreu desta forma. Quando as cirurgias bariátricas surgiram no Brasil, estes profissionais não faziam parte das equipes.

Segundo Marchesini (2006), foi em 1983 que surgiu o serviço de psicologia no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Os psicólogos logo começaram a ser solicitados para realizar avaliação psicológica em indivíduos atendidos nesse serviço e que eram candidatos à cirurgia bariátrica. Desta forma, o propósito das avaliações era buscar verificar as condições psicológicas dos pacientes e como eles reagiam à condição de uma nova alimentação, propondo um tratamento pré e trans cirúrgico (Silva, 2008).

Marchesini (2006) ressalta que o encaminhamento ao psicólogo faz parte de uma série de encaminhamentos feitos pelo cirurgião antes da realização da cirurgia, sendo parte do protocolo médico. O que significa que o paciente não comparece ao atendimento graças ao seu desejo, mas por ser parte da rotina pré-operatória. A necessidade do psicólogo na equipe se deu devido a diversas publicações que faziam avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico destacarem a ausência de uma equipe multidisciplinar para atendimento dos pacientes. A questão da qualidade de vida foi enfatizada nesses estudos, trazendo à tona discussões sobre as repercussões psicológicas da cirurgia bariátrica.

Nesse sentido, há um consenso geral sobre o papel do psicólogo na identificação emocional de aspectos cognitivos e fatores comportamentais que podem influenciar no sucesso da cirurgia bariátrica. Mas, também, devem ser considerados os aspectos psicoeducativos e psicoterápicos, com os quais esses profissionais podem trabalhar no tocante a promoção de melhor preparação para a cirurgia. O protocolo de preparação exige uma mudança radical nos hábitos alimentares, na visão e concepção do alimento e do ato de comer, e na relação com o corpo e com as emoções. Para tanto, é imprescindível o estabelecimento de uma psicoterapia, a qual oportunizará a identificação e o tratamento dos fatores que possam favorecer adoecimento psíquico, bem como auxiliará numa compreensão aprofundada das mudanças comportamentais e emocionais que o paciente irá vivenciar ao longo do tratamento.

Diante disso, Rocha (2012) ressalta que a avaliação e o trabalho psicológico pré e pós-operatório são essenciais. A autora acrescenta que o papel do psicólogo é avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a realização da cirurgia, além de auxiliá-lo na compreensão dos aspectos relacionados ao pré e pós-cirúrgico, isto é, conhecimentos sobre a cirurgia, riscos e possíveis complicações, benefícios esperados, exames e efeitos requeridos em médio e longo prazo, consequências físicas, psicológicas e sociais e responsabilidades esperadas.

3. PSICODIAGNÓSTICO DA CIRURGIA BARIÁTRICA (GASTROPLASTIA)

Embora exista uma variabilidade de exames e avaliações que o candidato à cirurgia bariátrica precisa fazer no pré-operatório, existe um consenso geral quanto ao papel do psicólogo e do psicodiagnóstico na identificação emocional, afetiva, cognitiva e de fatores comportamentais que possam influenciar o êxito no transcurso do período pré e pós-operatório da cirurgia.

Segundo Grothe e Bagdade (2012), a psicoeducação e o acompanhamento de um profissional psicólogo podem ajudar significativamente os pacientes a se prepararem melhor para o procedimento. Para os autores, a maior parte das avaliações psicológicas que são realizadas no contexto da cirurgia bariátrica envolve uma entrevista clínica para entender a história do paciente e verificar a adesão ao tratamento e, em alguns casos, testes psicológicos com a finalidade de identificar tendência a transtornos psiquiátricos, variações do humor e do funcionamento cognitivo de um modo geral.

É sabido que os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica necessitam de uma compreensão maior da cirurgia e das mudanças de comportamento que terão que vivenciar ao longo da vida, para que obtenham o alcance do sucesso em médio e longo prazo. Desta forma, nutrir expectativas realistas sobre a perda de peso e a compreensão de que a cirurgia é apenas uma ferramenta importante para o paciente, podem contribuir sobre modo nas perspectivas e possível satisfação com o resultado.

No sentido do psicodiagnóstico utilizado para a cirurgia bariátrica, Grothe e Bagdade (2012) afirmam que este envolve o uso de testes em conjunto com uma entrevista clínica. Segundo os autores, os testes devem ser vistos como um apoio e a entrevista como um suporte ao diagnóstico. Dessa forma, unem-se aos testes e observações, os exames clínicos solicitados pelos médicos, os quais também podem fornecer dados adicionais acerca do estado de saúde dos pacientes.

Entretanto, Machado e Morona (2007) ressaltam que a avaliação no processo da cirurgia bariátrica é algo recente, tendo em vista a bibliografia disponível nessa área estar em franca construção. As autoras salientam que a metodologia para a avaliação do candidato à cirurgia bariátrica não tem um único modelo definido. Segundo elas, o profissional deve verificar se o cliente tem condições psicológicas para se submeter à cirurgia e a todos os procedimentos posteriores, assim como adaptar-se a uma nova rotina de vida.

De acordo com Grothe e Bagdade (2012), os testes mais utilizados no contexto da cirurgia bariátrica são: o Minnesota Multiphasic Inventário de Personalidade-2 (MMPI-2), o Inventário de Depressão Beck II, e outros testes específicos para investigação de transtornos de humor e demais inventários que possam apontar a percepção de psicopatologias subjacentes ou ainda a ocorrência potencial de transtornos de personalidade.

De acordo com França (2014), para a realização de um psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica, vários instrumentos podem ser utilizados. Os instrumentos utilizados pela maior parte dos psicólogos que protagonizaram o seu estudo (pesquisa objeto de tese de doutorado realizada com psicólogos que trabalham em equipes de cirurgia bariátrica na cidade do Rio de Janeiro) foram: entrevista individual; entrevista com familiar; testes psicológicos; sessão informativa (pedagógica); entrevista de devolução; e outros. Segundo a autora, consideram-se outros: exercícios de respiração; elaboração de um diário alimentar, isto é:

Um registro detalhado da alimentação do paciente durante um período de tempo combinado em que são anotados: o horário da refeição; qual o alimento ingerido; qual o sentimento que o paciente percebia sentir no momento em que comeu e, em um caso, qual anota que ele atribuía a sua fome e a sua vontade de comer (FRANÇA, p. 93, 95, 2014).

Nessa perspectiva, França (2014) acrescenta que 67% desses psicólogos estudados, afirmaram utilizarem em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica os testes psicológicos: Escala Hamilton, EAT, BAI, BDI, Escala de Intenção Suicida de Beck, HTP e EFN.

A entrevista de devolução, por sua vez, ocorre geralmente quando termina a avaliação pré-operatória, englobando assim, um feedback do psicólogo acerca do que foi observado durante o processo de avaliação. Alguns profissionais habitualmente entregam um laudo para o paciente e, ato contínuo, os mesmos costumam ler este laudo a fim de que fique claro a estes, todas as suas observações, análises das informações e dados colhidos no processo. Em caso de fazer uma hipótese diagnóstica de algum transtorno mental, durante a avaliação, no mesmo momento é feito em conjunto um encaminhamento para um médico psiquiatra (França, 2014).

Nesse sentido, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (8ª região) estabeleceu um protocolo de orientações aos psicólogos, acerca das avaliações psicológicas no contexto da cirurgia bariátrica, com o intuito de servirem como princípios norteadores para os profissionais de psicologia que trabalham nessa área de atuação. Nesse protocolo, privilegiam-se, portanto, os métodos e técnicas mais utilizados, tendo em vista não haver um protocolo ou diretriz normativa específica do Conselho Federal de Psicologia, ou de outro órgão normativo, que disponha sobre psicodiagnóstico ou avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Assim, constituem os instrumentos mais utilizados: Entrevista psicológica ampla e detalhada e o uso de testes psicológicos como os de personalidade e de inteligência (CRP, 2011).

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo de caso se refere à história de vida de Hortência (nome fictício), na ocasião da avaliação com 39 anos de idade, do sexo feminino, solteira,

evangélica, ensino superior completo (Pedagogia), natural de Brasília-DF, ocupação atual professora de ensino especial da rede pública. Atualmente reside com a mãe, o padrasto e a sobrinha, após ter vivenciado a perda traumática do pai, (por autoextermínio) e do ex-namorado (assassinado), eventos estes ocorridos em datas bem próximas.

Hortência chegou à clínica-escola portando encaminhamento médico do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, com a solicitação de psicodiagnóstico, para realização de gastroplastia redutora. Foram realizados quatro encontros, nos quais se utilizou de entrevistas clínicas, observação, anamnese, exame do estado mental, teste de capacidade de raciocínio (G36) e técnicas de avaliação da personalidade (EFN e HTP).

Na oportunidade, a cliente demonstrou grande ansiedade e baixa autoestima, em consequência do excesso de peso corporal, referindo que já havia tomado vários remédios para emagrecer, mas que sempre voltava a engordar cada vez mais. Por não apresentar disciplina alimentar, atividade física, e tendo em vista às decepções e sofrimento emocional em decorrência das perdas recentes, chegou aos 118 Kg, com o IMC de 39.5, condição considerada obesidade classe III.

Após ter perdido o pai e o ex-namorado de maneira trágica, Hortência começou a se sentir apática e sem motivação. Refere que “não tinha mais forças para fazer nada” e, assim, precisou ficar afastada do trabalho por alguns meses.

Antes de tais acontecimentos, na adolescência descobriu que o pai tinha outra mulher e outros filhos e, a partir desse período, afirma que passou a engordar e a tomar vários remédios para emagrecer, sem obter muito êxito, pois, logo que parava de usar as medicações, voltava a engordar o dobro do peso que já tinha antes de começar o emagrecimento, o que a levou a passar a evitar fotos e alguns ambientes sociais devido à vergonha que tem de sua aparência física.

Depois da morte do pai e do ex-namorado, Hortência afirma ter contraído várias dívidas, passando por dificuldades de ordem financeira. Além disso, queixa-se também de problemas de pele. Refere que quando está ansiosa desenvolve uma grande alergia que a deixa com manchas na pele. Hortência ainda relata sofrer de problemas intestinais (Síndrome do intestino irritável) e de circulação, que lhe causam dores e dificuldade de locomoção. Como também, sente-se incomodada por vezes apresentar dificuldades em se lembrar de assuntos já estudados na faculdade e alterações do sono, fatores que atribui ao excesso de peso.

Em relação à sua concepção, Hortência informa que ocorreu de maneira tranquila e que o parto foi cesariana, porém relata que teve dificuldades para aprender a falar. Sua infância foi tranquila e feliz, sem sintomas de quaisquer transtornos, mesmo com o atraso na aquisição da linguagem, considerando que seus pais não demonstravam abertura para o diálogo, Hortência acrescenta que quando fazia algo “fora dos padrões, logo levava uma surra” (sic).

A menarca ocorreu aos 13 anos de idade e costuma ser regular. Questões de ordem sexual, sempre foram um tabu na família de Hortência. O primeiro

relacionamento estável ocorreu aos 26 anos. Possui sentimento de culpa em relação a um de seus relacionamentos afetivos, pois se envolveu com um homem casado por 01 (um) ano e meio. Há 06 (seis) anos não mantém relacionamentos afetivos, nunca se casou e não teve filhos. O relacionamento mais longo que teve durou 03 (três) anos e foi com o último namorado, que refere ter amado muito. Hoje se relaciona bem com a família e administra a questão do padrasto ser alcoolista e o irmão ter depressão, vivendo de forma tranquila, cuidando da sobrinha que passou a morar com ela após o irmão ter visto um tio cometer suicídio e ter desencadeado a depressão. Hortência tem 03 irmãos (38, 30 e 28 anos respectivamente), porém só se relaciona com o mais velho, sendo os outros dois filhos do segundo casamento do pai. Tem boa relação com a mãe, considerando-a sua grande “companheira”, sem a qual acredita não conseguir viver. Hortência se considera uma pessoa responsável, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, mas afirma sofrer de compulsão alimentar, o que lhe acarreta outros problemas psicossomáticos.

4.1 - Resultados dos instrumentos

Nos testes, Hortência apresentou os seguintes resultados: teste G36 demonstra que a capacidade de raciocínio está no nível médio, em relação a sua idade e escolaridade. Nos testes de avaliação da personalidade, o EFN em seu EGN (Escore Geral de Neuroticismo) indica o total de 99,20, entre a soma de scores de Vulnerabilidade (N1) que corresponde a 24,7; Desajustamento psicossocial (N2) 25,2; Ansiedade (N3) 26,6 e Depressão (N4) com o total de 22,7. Os resultados apontam para escores dos percentis de 80 a 120, o que significa estarem na média, isto é, não indicam alterações significativas (Hutz e Nunes, 2001).

Na análise dos desenhos do HTP, a interpretação se dá a partir dos elementos gerais e elementos específicos dos desenhos das figuras da Casa, Árvore e Pessoa. De forma geral, as figuras desenhadas por Hortência se encontram posicionadas no centro da página, indicando como característica de personalidade a rigidez, para compensar a insegurança, dependência e ansiedade além de apresentarem sentimentos de rejeição, inadequação e depressão como reações de personalidade. A proporção dos desenhos de Hortência é grande indicando regressão, ambiente restritivo, tensão e compensação. A posição do desenho da casa à direita, mais inferior à folha mostra que Hortência tem grandes preocupações com o ambiente, antecipação do futuro, controle, capacidade de adiar a gratificação e apresenta tendências à depressão, concretismo e inadequação.

A relação das figuras desenhadas por Hortência encontra-se posicionada no nível do observador. Localiza-se de frente para o observador e não apresenta indicativos de movimentação.

A figura da casa desenhada pela cliente possui porta com trinco, janelas, telhado e linha de solo. O ponto de vista da casa é de dois lados, frente e lateral, remetendo a disposição de perfil parcial. A porta grande expressa dependência, o trinco da maçaneta desenhada pressupõem uma atitude defensiva. As janelas sem

vidraças indicam hostilidade. As paredes finas representam os limites do ego frágil, a ênfase horizontal/vertical das paredes está ligada a pressões ambientais e a linha de solo representa a necessidade de segurança e ansiedade.

A figura da árvore desenhada de forma frutífera, grande e robusta demonstra dependência, imaturidade, ambiente restritivo, insegurança, tensão e compensação. A copa da árvore em forma de nuvem indica a fantasia, o tronco com a base larga pressupõe dependência, a ênfase na casca da árvore, indica ansiedade, depressão, meticulosidade e a ausência de raízes indica insegurança.

As figuras do desenho da pessoa e da pessoa do sexo oposto sugerem uma relação mais próxima à imagem corporal. A proporção grande indica ambiente restritivo, tensão e compensação. A cabeça grande, em ambos os desenhos, apontam para regressão e a fantasia como fonte de satisfação e grandiosidade. Os ombros quadrados demonstram hostilidade. Os braços grandes retratam grande necessidade de realização e agressão. O tronco em linha mediana vertical expressa inferioridade e dependência, as pernas diminuídas e juntas apontadas na figura da pessoa, indicam perda da autonomia, rigidez e tensão na locomoção dentro do ambiente. A ênfase nos traços faciais e na boca, da mesma figura, indicam dominação social compensatória e dependência.

Os detalhes não essenciais, como ênfase nos cabelos e pés omitidos apontam para preocupações sexuais, desamparo, perda de autonomia. A ênfase no pescoço indica necessidade de controle.

Hortência reflete uma ambivalência entre autonomia e dependência, apresentando uma extrema necessidade de segurança, utilizando a fantasia como forma de contentamento. Os resultados do HTP apontam para sinais de conflito em relação ao ambiente. Hortência refere que nos últimos tempos, não tem vontade de sair de casa e evita tirar fotos, devido à sua aparência, demonstrando um retraimento nas relações sociais, apresentando sentimentos de inadequação, rejeição e ansiedade.

Em acordo com a análise do laudo psicológico no prontuário de Hortência, concluiu-se que ela possui uma personalidade com estrutura preservada, sem sinais psicopatológicos graves, assinalada por escassez de recursos para obtenção de satisfação no ambiente, gerando um quadro atual de ansiedade.

4.3 – Análise e Discussão dos Resultados

No item anterior foram apresentados os resultados dos testes G36, EFN e análise geral dos resultados do HTP. Nesse item foram analisados e discutidos os dados extraídos dos testes psicológicos, correlacionados às demais etapas do psicodiagnóstico, a fim de apontar o seu papel na avaliação de candidatos à cirurgia bariátrica (Gastroplastia), em conformidade com o levantamento da literatura acerca do tema.

No caso estudado, Hortência apresenta uma história psicoambiental na infância sem alterações significativas. Começou na idade adulta a apresentar excesso de peso, sempre recorrendo a dietas rápidas e a médicos endocrinologistas, os quais a levaram a tomar uma diversidade de remédios para emagrecer, mas sempre voltando a engordar ainda mais do que o peso que tinha quando iniciava tais tratamentos. Nas informações levantadas através da entrevista clínica e do teste HTP, Hortência apresentou uma grande necessidade de compensação através do comer compulsivamente, para satisfazer sua ansiedade. Segundo Grothe e Bagdade (2012), a compulsão alimentar é definida como comer uma quantidade excessiva de alimentos em um período discreto de tempo de maneira descontrolada. Para os autores, fatores associados como o comer em segredo, ingestão noturna de alimentos, comer até se sentir desconfortavelmente cheio e a culpa sobre o comportamento alimentar, podem implicar também na compulsão alimentar e tais perfis caracterizam-se a prevalência em se tratando de pacientes que se candidatam à cirurgia bariátrica.

No momento o IMC de Hortência indica obesidade classe III (obesidade mórbida) e por esse motivo foi indicada a realizar a gastroplastia redutora.

Sobre sua saúde física, a cliente refere que apresenta alergia em todo o corpo, principalmente no rosto que se acentua quando a ansiedade aumenta, além de problemas de circulação que dificultam a locomoção no dia a dia, dores estomacais e síndrome do intestino irritável, dificuldades respiratórias e alterações com episódios de apneia durante a noite, problemas estes que acredita serem consequências da obesidade.

A obesidade é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. Condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, Diabetes tipo 2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e, mais importante, Doença Cardio Vascular (DCV), estão diretamente relacionadas com incapacidade funcional e com a obesidade. (MELO, 2011, p. 1).

Os resultados do teste HTP sugerem dois eixos de análise, sendo estes a estrutura atual da personalidade de Hortência e a predisposição psicológica que a cliente apresenta para reagir aos conflitos emocionais presentes em sua história.

Hortência possui personalidade com estrutura preservada, porém com características de insegurança e dependência. Procura compensar tais aspectos por meio de mecanismos de rigidez, contração e evitação. Quando essas estratégias se mostram insatisfatórias, tende a reagir com ansiedade, tensão e medo, sentimentos oscilando entre o desamparo, a grandiosidade e ambição exagerada. Magdaleno, Chaim e Turato (2009) afirmam que como a essência da estrutura psicológica do obeso mórbido é constituída de elementos primitivos, ligados a problemas em fases precoces do desenvolvimento emocional, com intensos sentimentos de ódio frente à frustração e à falta, é frequente e notório o universo emocional interno se projetar

para o ambiente externo e se manifestar no tratamento. Nesse sentido, ressaltam-se as reações da personalidade como pensamento concreto, sentimentos de inadequação e rejeição. Os problemas ocasionados pelo excesso de peso podem interferir nas relações sociais, trazendo prejuízo na tentativa de estabelecer e manter os relacionamentos sociais.

Os instrumentos também apontam dificuldades em relação à imagem corporal e evitação em se socializar ou frequentar ambientes que sinta seu corpo exposto (piscina, praia, registros fotográficos). Essas dificuldades em manter suas relações interpessoais entram em concordância com Sallet et al.(2001), que apontam para o preconceito social sofrido pela pessoa obesa, o qual favorece a internalização de mensagens e atributos negativos, passando a constituir fatores desencadeadores de problemas psicológicos nessa população, o que no caso de Hortência pode ser associado à tendência ao isolamento, sentimentos de inadequação e sentimentos de rejeição. Kahtalian (1992) acrescenta que quando já estabelecida a obesidade, a pessoa passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso traz. É nessa fase que os aspectos ligados à gordura, como desânimo, dificuldades de executar o ato sexual, limitações de se expor em atividades de praia, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldades de comunicação, passam a incomodar o obeso.

Hortência demonstra grande insatisfação com sua aparência, se sente deformada ao se olhar no espelho, refere que “quer retomar a sua vida após a cirurgia”. Diz estar disposta a mudar os hábitos para se sentir melhor. Segundo Stunkard e Wadden (1992), a própria condição da obesidade, por si só, já é geradora de grande sofrimento psicológico, tanto devido à discriminação, quanto aos problemas advindos da obesidade. Os autores acrescentam que o indivíduo obeso, em sua maioria, deprecia sua própria imagem e é levado a uma preocupação opressiva com a forma física, o que lhe acarreta insegurança, confiança diminuída, sensação de isolamento que o indivíduo atribui à falta de entendimento de familiares e amigos acerca do problema, assim como a humilhação, o preconceito e a discriminação, sendo fatores que atribuem uma enorme carga psicológica a estes.

A fragilidade e os dados depressivos encontrados na análise do HTP também apontam para reações desenvolvidas diante do sentimento de inadequação e conflitos com o ambiente. Nesse sentido, Campos (1993) resalta as seguintes características psicológicas em adultos obesos por hiperfagia: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa.

No que concerne à relação com a família, quando sua mãe se casou com seu padrasto, não sabiam que ele era alcoolista e que se “transformaria” ao chegar bêbado em casa. Hortência e a mãe aceitam a condição atual do padrasto, afirmando que preferem cuidar dele, pois se trata de uma pessoa boa quando está sóbrio. Todavia, a cliente considera que às vezes se torna agressiva quanto aos assuntos familiares, pois sente que “tudo fica em suas costas”. Hortência possui

bom julgamento sobre suas relações, apesar de se sentir sobrecarregada com questões familiares do padrasto e do irmão que sofre de depressão grave.

De acordo com a análise de Grothe e Bagdade (2012), a utilização de alguns testes psicológicos pode fornecer percepção de psicopatologia subjacente, de potenciais problemas caracterológicos da personalidade, bem como ressaltar a capacidade de desenvolver sistema de apoio seguro, sendo esses fatores potenciais para influenciar positiva ou negativamente o resultado de um procedimento bariátrico cirúrgico.

Em se tratando da abordagem psiquiátrica e da portaria a portaria nº424 do SUS de 19 de março de 2013, que descreve as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade, as contraindicações para cirurgia bariátrica incluem limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado, abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), quadro de transtorno psiquiátrico não controlado ou distúrbios alimentares, estressores importantes da vida, e história de adesão problemática, com desacordo sobre a compulsão alimentar.

Nesse sentido, Grothe e Bagdade (2012) afirmam que a experiência clínica sugere que, embora a presença de um transtorno não seja necessariamente uma contraindicação à cirurgia bariátrica, pode representar uma ameaça à adesão do paciente ao tratamento e, por isso, nesses casos, sugere-se a necessidade de intervenção psicológica e apoio interpessoal pré e pós-operatória.

Em se tratando do Psicodiagnóstico de Hortência, com base na história clínica, história pessoal/anamnese, exame psíquico e resultados dos testes G36, EFN e HTP, não há nenhuma restrição para a realização da cirurgia bariátrica, porém, diante dos achados recomenda-se psicoterapia individual antes e depois da cirurgia, tendo em vista potencializar o desenvolvimento de recursos psicoemocionais de enfrentamento adaptativos à situação vivenciada, a fim da obtenção de maior adesão ao tratamento e sucesso no processo de mudança de hábitos, estilo de vida e emagrecimento.

Diante disso, destaca-se importância vital o psicodiagnóstico para a efetivação da cirurgia bariátrica, respeitando a subjetividade do cliente e do psicólogo que utilizará a ferramenta, uma vez que pode ser um instrumento poderoso na prevenção, detecção e tratamento de supostos transtornos psiquiátricos, que possam vir a comprometer o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes obesos, candidatos a cirurgia bariátrica.

Como diz Kalarchian et al (2007), preocupações quanto a ocorrência de transtornos psiquiátricos em paciente obesos são evidentes, não apenas dada à gravidade da obesidade, mas devido à condição de saúde diminuída. E, considerando a cirurgia bariátrica, esta impõe ao paciente significativas modificações físicas e psíquicas, o que poderão oportunizar melhor aceitação social e o sentimento de reencontro com a identidade encoberta pelo excesso de gordura corporal, rompendo assim, o ciclo vicioso da baixa autoestima-incremento da ansiedade-impulso alimentar, com expressiva melhora da qualidade de vida desses pacientes.

CONCLUSÃO

A partir da análise do caso clínico apresentado por este estudo, foi possível discutir a importância do psicodiagnóstico no processo de candidatura à cirurgia bariátrica (gastroplastia), bem como ampliar o debate em relação ao papel desse instrumento como indicativo à psicoterapia antes, durante e após o procedimento cirúrgico. O referido estudo proporcionou a análise de indicadores clínicos que apontam para a presença de fatores que podem ou não favorecer a ocorrência de transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos, de acordo com os registros da entrevista clínica e dos testes G36, EFN e do HTP utilizados no caso, os quais não sendo devidamente observados, podem inviabilizar ou oportunizar a não adesão ao tratamento e comprometer o sucesso do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Nesse sentido, considerando o referencial teórico estudado, evidenciou-se uma demanda significativa de pessoas obesas que procuram se submeter à cirurgia bariátrica, como também, foi possível observar que grande parte dos psicólogos que atuam com o procedimento, não possui uma conduta uniforme quanto ao acompanhamento pré e pós-operatório, trabalhando sem diretrizes formais que oriente suas intervenções nesta área específica, como também, não possui um protocolo comum de avaliação psicológica pré-operatória (França, 2014). Tal constatação aponta para a necessidade dos profissionais psicólogos e dos conselhos de psicologia atentarem para o papel do psicodiagnóstico nessa especificidade clínica, uma vez que trata-se de um espaço legítimo da atuação do psicólogo e dessa forma carece de uma presença homogênea, padronizada e qualitativa.

Como bem ratificam Grothe e Bagdade (2012), quando afirmam que embora exista uma variabilidade de avaliações psicossociais no pré-operatório da cirurgia bariátrica, há um consenso geral quanto ao papel do psicólogo na identificação emocional, psiquiátrica, cognitiva e de fatores comportamentais que podem influenciar o sucesso da cirurgia bariátrica.

Assim, a psicoeducação utilizada no pré-operatório do tratamento, por exemplo, é de fundamental importância para auxiliar os pacientes a se prepararem melhor para a cirurgia bariátrica. Expectativas realistas sobre perda de peso e compreensão de que a cirurgia é apenas uma ferramenta importante para o paciente, podem favorecer a satisfação com o resultado e prevenir fantasias quanto à perda de peso em longo prazo (Grothe & Bagdade, 2012).

Dessa forma, o estudo em questão propiciou uma reflexão valiosa ao aprofundar um assunto tão relevante como o papel do psicodiagnóstico, considerando o potencial preventivo e preditor de complicações psicológicas e transtornos psiquiátricos no contexto da cirurgia bariátrica, o caráter facilitador à adesão ao tratamento, mediante a indicação à psicoterapia. Magdaleno, Chaim e Turato (2009) consideram que qualquer candidato a submeter-se à cirurgia bariátrica deveria passar por um processo investigativo de sua estrutura mental e por uma abordagem psicoterapêutica profunda antes do procedimento cirúrgico, mas,

infelizmente, não é o que acontece na prática. Porém, tal realidade pode ser contornada pela presença de profissionais especialistas em saúde mental na equipe, com boa experiência em práticas psicodinâmicas, bem como com a aplicação de técnicas psicoterapêuticas. Para os autores:

Esta pesquisa revelou vários aspectos relacionados à obesidade, dentre os quais o preconceito e o estigma que envolve os candidatos à cirurgia bariátrica, evidenciando-se o sentimento de inadequação e rejeição. Nesse sentido, faz-se necessário um aprofundamento do tema e para isso, sugere-se que sejam desenvolvidas outras pesquisas sobre o papel do psicodiagnóstico no universo da cirurgia bariátrica, considerando uma atenção especial ao período pré-operatório, cabendo ao psicólogo atuar junto ao paciente a fim de que este se torne o protagonista do seu tratamento, favorecendo o empoderamento para que o cliente seja ativo, se percebendo em sua totalidade e não em parte, como um estômago que diminui e aumenta.

REFERÊNCIAS

Appolinário, JC. (2006). Transtornos alimentares. In: Botega NJ, ed. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; p. 325-40.

Arasaki, C. H. (1998). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. M Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), Guia de transtornos alimentares e obesidade (pp. 287-296). São Paulo: Manole.

Arzeno, M. E. G. (1995). Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bagdade PS & Grothe KB. (2012). Psychosocial Evaluation, Preparation, and Follow-up for Bariatric Surgery Patients. Diabetes Spectrum. 25(4): 211-216.

Barbosa, V. L.O. (2004). Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência: Exercício, Nutrição e Psicologia. São Paulo: Manole.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL. Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2013). Ministério da Saúde. Portaria Nº 424 de 19 de abril de 2013. Diário Oficial da União de 20 de abril de 2013.

_____ (2011). Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 2011-2022. Acessível em www.portalsaude.gov.br.

Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1766/2005. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p. 114, 11 jul. Disponível em: <<http://www.institutogarrido.com.br>>. Acesso em: 24 maio de 2016.

Conselho Regional de Psicologia 8ª Região – PR (2011). Avaliação Psicológica no contexto da Cirurgia Bariátrica. [acesso em 10 Out. 2016]. Disponível em: <http://www.portal.crppr.org.br/download/256.pdf>

Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e Classificações. In: Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, J. A. (2006), Psicodiagnóstico-V. 5. ed. São Paulo: Artmed.

Dâmaso, A. (2003). Etiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Medsi.

Farias, F. (2005). Cirurgia bariátrica: histórico. In: Silva, R. S. & Kawahara, N. T. (Orgs), Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade (pp. 34- 45). Porto Alegre: Age.

França, T. B. H (2014). A função do psicólogo na equipe de cirurgia bariátrica. UFRJ TESE DE DOUTORADO.

Franques, A R.M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória. B– participação do psicólogo. In: Garrido Jr. A., Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu , p. 74-79.

Hutz, C. S. & Nunes, C. H. S. S. (2001). Manual da Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In: Mello Filho et al., Psicossomática hoje, Porto Alegre: A. Médicas.

Kalarchian M., Marcus M., Levine M., Courcoulas A., Pilkonis P., Ringham R., et al. (2007), Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *Am J Psychiatry*;164(2):328-34.

Luiz, A. M. A. G. et al.(2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estud. psicol.*, Natal, v.10, n.3, p.371-375.

Machado, A. P. & Morrone, V.C. (2007). Manual de Avaliação Psicológica. Curitiba: Unificado.

McGuire MT, Jeffery RW. (2001). The relationship between restraint and weight, and weight-related behaviors among individuals in a community weight-gain-prevention trial. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 25(4):574-80.

Magdaleno, Jr., Chaim, A. & Turato, R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 73-78.

Magdaleno, Jr. (2011). Pós-operatório da cirurgia bariátrica: repercussões emocionais. In: A. R. M. Franques & M. S. Orenales-Loli (Eds.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (p. 109-134). São Paulo: Vetor.

Marchesini, S.D.(2006). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABC Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, n.3, v.23.

Marchesini, J. B. (2006). História da Cirurgia Bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In: Franques, A. R. M; Loli, M. S. A. (Orgs.) *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Editora Vetor, p. 13-21.

Matos, A. F. G.; Bahia, L. (1998). Tratamento médico da obesidade. In: *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, p. 207-215.

McArdle, W.D; Katch, F.I.; Katch, V.L. (2003). *Fisiologia do exercício – energia, nutrição e desempenho humano*. 5ª Edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

Melo. M. E. (2011). Doenças desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. ABESO; disponível em <http://www.abeso.org.br/artigos>.

Nunes, M. A. et. al (1998). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 1º edição, Porto Alegre: Artmed.

Ocampo, M. L. S. et al. (2005). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO.

Rocha, R. (2012). A cirurgia Bariátrica. Disponível em: <http://www.psicologaregina.com.br/?p=249> acesso em 24 de Outubro de 2016.

Sallet, J. A; Marchesini, J. C. D.; Santos Paiva, D. (2001). Passos técnicos da remoção do balão intragástrico. In: Sallet, J. A. *Balão intragástrico: gastroplastia endoscópica para o tratamento da obesidade*. São Paulo: Caminho Editorial.

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2012). Consenso Bariátrico. Disponível em <http://www.sbcbm.org.br> acesso em: 30 de Setembro de 2016.

Schmidt, M.I; Duncan, B.B. (2004). Obesidade. In: Duncan, B.B.; Schmidt, M.I.; Giuliana, E.R.J. (org). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ªed. Porto Alegre: Artmed.

Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24, 68-72.

Shiraga, E. C. (2006). A equipe multidisciplinar no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In Franques, A. R. M.; Loli, M.S.A.(Orgs.) Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Editora Vetor, p. 253-259.

Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 55, 524-532.

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Uehara, M. H.; Mariosa, L. S. S.(2005). Etiologia e história natural. In: ZANELLI, M.T. & CLAUDINO, A. M. (Org.). Guia de transtornos alimentares e obesidade. Barueri: Manole.

Vasques, F.; Martins, F. C.; Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 31, n. 4, p. 195-198.