



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL
DA SAÚDE



SAMARA PEREIRA DA SILVA CAMARGOS

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM PACIENTES BARIÁTRICOS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, no formato de artigo científico segundo as normas da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero

Área de concentração: Nutrição Clínica

Uberlândia

2019

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM PACIENTES BARIÁTRICOS**EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN BARIATRIC PATIENTS****RESUMO**

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são padrões psicológicos que envolvem padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas que se desenvolvem na infância ou adolescência e podem estar no cerne de transtornos psicológicos. Identificá-los se torna essencial para entender o motivo pelos quais os comportamentos autoderrotistas se mantêm e, assim indicar o tratamento correto e intervenções específicas. O objetivo deste estudo foi avaliar os EIDs predominantes em pacientes bariátricos. Trata-se de um estudo exploratório e para levantamento de dados se utilizou o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2) e o Questionário Sociodemográfico em uma amostra composta por 30 participantes. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22, e foi realizada uma análise descritiva. O EID que apresentou maior pontuação foi o de autossacrifício ($M=4,72$), enquanto que a menor pontuação foi no esquema de defectividade/vergonha ($M=1,6$). O esquema de autossacrifício é um esquema condicional, caracterizado como tentativa de alterar resultados negativos e obter alívio de uma autoimagem negativa produzida, pelo menos em parte, pela obesidade. Conclui-se que intervenções baseadas na Terapia de Esquemas podem auxiliar o paciente bariátrico.

Palavras-chaves: Esquemas Iniciais Desadaptativos, Obesidade, Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

Early Maladaptive Schemas (EMSs) are psychological patterns that involve self-defeating cognitive and emotional patterns that develop in childhood or adolescence and may be at the core of psychological disorders. Identifying them is essential to understanding why self-defeating behaviors are maintained and thus the correct treatment and specific interventions can be prescribed. The aim of this study was to assess the predominant EMSs in bariatric patients. This is an exploratory study and, for the data collection, the Young Schema Questionnaire (YSQ-S2) and the Sociodemographic Questionnaire were used in a sample composed of 30 participants. Data were processed in the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 22, and performed a descriptive analysis. The EMS that presented the highest score was the self-sacrifice ($M = 4,72$), while the lowest score was the defectiveness/shame ($M = 1,6$). The self-sacrifice schema is a conditional schema, characterized as an attempt to change negative results and obtain relief from a negative self-image produced, at least in part, by obesity. It is concluded that interventions based on Scheme Therapy can assist the bariatric patient.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Obesity, Bariatric Surgery.

INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso estão aumentando em muitos países, especialmente nas áreas urbanas (World Health Organization, 2016). Devido a este amplo crescimento, a obesidade representa uma questão de saúde pública mundial que necessita de atenção dos diversos profissionais da saúde (Manson, Skerrett, Greenland, & Vanitallie, 2004).

A obesidade é caracterizada, de modo sumariado, como depósito excessivo de gordura corporal prejudicial à saúde (World Health Organization, 2016). É doença complexa, de causa multifatorial e, na maioria das vezes, verifica-se a existência de comorbidades de difíceis intervenções e tratamentos (Oliveira, Malheiros, Santos, Jesus, & Manuel, 2009).

A cirurgia bariátrica é um procedimento cirúrgico indicado aos pacientes com obesidade grau III (IMC > 40 kg) e/ou grau II (IMC entre 35 - 39,9 kg) com comorbidades, idade entre 18 e 65 anos (Brasil, 2013), em que os outros métodos de tratamentos de perda de peso foram ineficazes (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). No Brasil, as realizações de cirurgias bariátricas iniciaram em 1974 e na década de 1990 surgiram os primeiros serviços especializados na área. Atualmente, o Brasil é o segundo país do mundo com o maior número de cirurgias bariátricas realizadas, com aproximadamente 90 a 95 mil cirurgias por ano (Ramos, 2016).

O paciente que é submetido à gastroplastia, inicialmente passa pela avaliação de uma equipe multidisciplinar, geralmente composta por médico, nutricionista e psicólogo. Na psicologia, a avaliação visa identificar e tratar aspectos psicológicos e emocionais que possam influenciar no tratamento, assim como contribuir para que o paciente entenda seu comportamento alimentar e as influências que esse comportamento exerce no seu estilo de vida e na sua saúde. Além disso, o acompanhamento psicológico no pós-operatório também é importante, uma vez que contribui para a adaptação das alterações no padrão alimentar, na

forma corporal, na vida social e na promoção saúde mental e prevenção de agravos (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2019).

O Ministério da Saúde estabelece critérios para realização da cirurgia. Dentre esses destacam-se: não apresentar dependência química, distúrbio psicótico grave e história recente de tentativa de suicídio e se o indivíduo possuir outro transtorno psicológico, é necessário que o transtorno esteja controlado (Brasil, 2013).

Em um levantamento epidemiológico, o “*The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*” verificou, nas pessoas com obesidade, a presença de transtornos psicológicos, como alterações de humor, de personalidade e ansiedade (Melo, 2011).

As consequências psicossociais que envolvem a obesidade influenciam também a motivação e a decisão de submeter-se à cirurgia, tornando-se necessário, assim, que a equipe envolvida no tratamento tenha conhecimento sobre as experiências psicológicas e sociais dos pacientes candidatos à bariátrica (Yager & Powers, 2010).

Para ajudar os profissionais da saúde a compreenderem a motivação e decisão dos pacientes de se submeterem à cirurgia bariátrica, bem como para auxiliá-los na identificação das necessidades pós-cirúrgicas e, ainda, para que eles possam adotar um tratamento com intervenções apropriadas, torna-se essencial o conhecimento específico dos aspectos psicológicos do paciente bariátrico.

Esquemas Iniciais Desadaptativos

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são caracterizados como padrões psicológicos amplos, difusos e duradouros. São constituídos por padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas e compreendem memórias, emoções e sensações corporais, relacionados à percepção de si próprio e dos outros. Em resposta a esses esquemas, o

indivíduo emite comportamentos disfuncionais graves (Cecero & Young, 2001; Young et al., 2008).

Os EIDs se iniciam na infância ou adolescência a partir de experiências recorrentes, as quais são, em sua maioria, nocivas. Eles se desenvolvem quando necessidades emocionais básicas não são supridas na infância (Young, 2003; Young & Klosko, 1994) e também à medida em que a pessoa tenta lidar com eventos estressores da vida (James, Reichelt, Freeston, & Barton, 2007). Os esquemas são repetidos durante a vida e podem estar no centro de transtornos psicológicos (Young et al., 2008).

Na vida adulta, os EIDs são ativados através de experiências que o indivíduo interpreta como semelhantes às suas experiências já vividas. Quando esses esquemas são ativados, eles trazem à tona sentimentos e emoções negativas como, por exemplo, medo, raiva e aflição (Young et al., 2008).

Esses esquemas fazem parte da constituição do indivíduo. Apesar de provocarem sofrimento, a pessoa os mantém, pois eles tornam-se “familiares” e “confortáveis”. Assim, os ambientes prejudiciais vividos durante a infância são recriados de forma inadequada na vida adulta (Young et al., 2008).

Inicialmente, Young estabeleceu 15 EIDs. Posteriormente acrescentou três, o que totalizou, ao final, 18 esquemas. Estes esquemas foram categorizados, em um primeiro modelo, em cinco domínios esquemáticos de acordo com as necessidades emocionais não supridas durante a infância. Os domínios e seus respectivos esquemas são descritos a seguir (Young, 2003; Young et al., 2008). Esse modelo vem sofrendo alterações e em 2011, os EIDs foram distribuídos em 4 domínios, a saber: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; esforços extremos e limites prejudicados (Lockwood & Perris, 2012). Mais recentemente, Bach, Lockwood e Young (2018) apresentaram uma nova organização dos EIDs em 4 domínios identificados como: desconexão e rejeição; desempenho e autonomia

prejudicados; padrões e responsabilidades excessivas e limites prejudicados. No entanto, os instrumentos de avaliação dos EIDs, como o Questionário de Esquemas Young - forma breve, bem como as pesquisas realizadas no Brasil, até agora, têm levado em conta o modelo de cinco domínios apresentado por Young, et al. (2008) que será apresentado a seguir:

- No domínio 1 (Desconexão e Rejeição) as necessidades de proteção, segurança, empatia e cuidado não foram supridas de modo eficaz. Neste domínio estão os EIDs de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação;
- O domínio 2 (Autonomia e Desempenho prejudicados) diz respeito à uma dificuldade de se tornar independente, o que envolve os EIDs: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso;
- No domínio 3 (Limites prejudicados) o sujeito tem dificuldade de lidar com limites, responsabilidades e de seguir orientações para gratificação em longo prazo. Estão presentes os EIDs de arrego/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes;
- No domínio 4 (Direcionamento para o outro) a principal característica é satisfazer o desejo, sentimentos e solicitações do outro em detrimento das próprias demandas. Agrupam-se os EIDs de necessidade de subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.
- No domínio 5 (Supervigilância e inibição) há supressão exagerada dos sentimentos, impulsos e espontaneidade, e alto empenho com o objetivo de cumprir regras rígidas e internalizadas. Os EIDs são o de negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva (Young et al., 2008).

Luz e colaboradores (2017) analisaram os EIDs de pessoas com obesidade mórbida e os de pessoas não obesas. O estudo mostrou que o grupo de pessoas com obesidade mórbida apresentou pontuação elevada no esquema de autocontrole/ autodisciplina insuficientes, quando comparado ao grupo de indivíduos não obesos. A alta pontuação desse esquema na amostra de participantes com obesidade indica crenças de controle insuficientes sobre emoções e impulsos e de baixa capacidade para lidar com o tédio, frustração e finalizar tarefas.

Anderson, Rieger e Caterson (2006) afirmam que é dada pouca importância aos aspectos psicológicos da obesidade e que, muitas vezes, ela vem acompanhada de severos EIDs. Eles ressaltam que o conhecimento das questões psicológicas do indivíduo pode levar a um tratamento e intervenções específicas baseadas em esquemas.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os EIDs predominantes em pacientes bariátricos, incluindo pacientes com obesidade mórbida e com indicação para realização de cirurgia bariátrica e também pacientes que já foram submetidos a este procedimento cirúrgico. Constitui ainda objetivo deste estudo verificar se há diferença nos EIDs predominantes entre os dois grupos: os pré e pós-operatórios.

MÉTODOS

Participantes

Participaram deste estudo 30 voluntários, dos quais, 20 atendiam aos critérios de obesidade mórbida e que, por indicação de equipe multidisciplinar, aguardavam o procedimento de cirurgia bariátrica e outros 10 voluntários que já haviam realizado a cirurgia e seguiam acompanhamento periódico no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

Foram incluídas na pesquisa as pessoas que atendiam aos critérios de obesidade mórbida, alfabetizadas, participantes do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU e com idade entre 18 e 60 anos.

Instrumentos

Foi utilizado o instrumento Questionário de Esquemas Young - forma breve (ANEXO A), que permite identificar quinze Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), a saber: abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso, arrogo/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, necessidade de subjugação, autossacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada (Young, 2003). É um instrumento composto por 75 itens, uma versão breve, adaptada e validada para Brasil da versão original de Jeffrey Young. O questionário possui um grau satisfatório de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,955) (Cazassa, 2007; Cazassa & Oliveira, 2012). Os esquemas são avaliados por meio de uma escala *Likert* que enumera de “um” a “seis” pontos, em que “um” se refere à alternativa “inteiramente falsa” e “seis” à alternativa que “descreve perfeitamente”.

Outro instrumento utilizado foi um questionário sociodemográfico estruturado (ANEXO B) composto por sete itens que abordam a faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, presença de filhos e se o indivíduo pertence ao grupo pré ou pós-operatório.

Procedimentos

O estudo foi submetido à anuência dos responsáveis pelo serviço de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU e, posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Uberlândia (CEP-UFU). O projeto foi aprovado sob o número CAAE: 87001018.7.0000.5152.

Após a aprovação, os participantes foram abordados diretamente e individualmente no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU sendo convidados a participar da pesquisa. Aos que optaram por participar, inicialmente, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida, foi realizado o preenchimento do questionário sociodemográfico, juntamente com o Questionário de Esquemas de Young (versão breve) impresso. Todas as pessoas que optaram por participar do estudo receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram coletados dados de 33 pessoas, entretanto, os dados de três pessoas não foram incluídos nos resultados da pesquisa por estarem incompletos ou por não se adequarem aos critérios de inclusão.

Análise de dados

Os dados foram tabulados e processados com o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22. Foram realizadas estatísticas descritivas (média, mediana e porcentagens) das variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, pré ou pós-bariátrico e os EIDs presentes. Para analisar a diferença de EIDs entre grupos pré e pós-bariátricos, foi utilizado um teste não paramétrico de comparação de medianas, o teste U de Mann-Whitney para amostras independentes.

RESULTADOS

A amostra pesquisada foi composta por 30 participantes, desses 66,7% eram pré-bariátricos e 33,3% pós-bariátricos. A idade média foi de 41,50 anos (d. p. 9,325), sendo o mais jovem de 28 anos e o mais velho de 60 anos.

Dos participantes, 90% eram do sexo feminino e 10% do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 16,7% eram solteiros, 60% casados e 23,3% divorciados ou viúvos. Desses, 80% possuíam filhos, enquanto 20% não.

Na categorização da variável escolaridade, 60% dos participantes possuíam formação até o ensino fundamental (incompleto ou completo), 23,3% possuíam formação até o ensino médio (incompleto ou completo) e 18% até o ensino superior (incompleto ou completo).

A categorização da variável renda familiar teve como base o salário mínimo estipulado pelo governo em 2018 e caracterizou que 96,7% da amostra possuía renda familiar entre um e três salários mínimos e 3,3% entre quatro e seis salários mínimos.

No que diz respeito aos EIDs dos pacientes bariátricos (n=30), foi calculada a média de cada um dos 15 esquemas, conforme se observa na tabela 1. O EID que obteve a maior média foi o de *autossacrifício*, seguido do esquema: *padrões inflexíveis/postura crítica exagerada*. Por outro lado, o esquema que obteve a menor média foi o: *defectividade/vergonha* seguido pelo de *fracasso*.

Quando comparados os valores das medianas dos EIDs presentes nos participantes do grupo pré e pós-bariátrico, o teste não paramétrico de Mann-Whitney indicou que o esquema de privação emocional e o de desconfiança e abuso apresentaram medianas mais altas nos participantes pós-bariátricos se comparados aos pré-bariátricos e que esta diferença é estatisticamente significativa a $p < 0,05$. Os índices de significância encontrados em todas as comparações dos esquemas e as medianas encontradas nos dois grupos estão resumidas na tabela 1.

Tabela 1. Médias dos EIDs em pacientes bariátricos e comparação dos EIDs dos grupos pré e pós-bariátrico.

	Média bariátricos (n=30)	Teste U- Mann Whitney	Medianas	
			Pré- bariátrica	Pós- bariátrica
Esquemas Iniciais Desadaptativos				

		(Sig.)	(n=20)	(n=10)
Privação Emocional	2,12	0,031 ¹	1,2	2,2
Abandono/ Instabilidade	2,68	0,713 ¹	2,1	2,1
Desconfiança/ Abuso	2,79	0,039 ¹	2,4	3,8
Isolamento Social/ Alienação	2,72	0,650 ¹	2,5	1,9
Defectividade/ Vergonha	1,60	0,286 ¹	1,3	1
Dependência/ Incompetência	1,92	0,198 ¹	2,1	1,1
Vulnerabilidade ao dano	2,18	0,983 ¹	1,9	1,6
Emaranhamento/ Self subdesenvolvido	2,04	0,914 ¹	1,4	1,8
Fracasso	1,73	0,846 ¹	1,3	1,1
Arrogo/grandiosidade	2,42	0,948 ¹	2,6	2,5
Autocontrole/Autodisciplina Insuficiente	2,36	0,619 ¹	2,1	2,7
Subjugação	2,45	0,880 ¹	1,8	1,9
Autossacrifício	4,72	0,812 ¹	5	5,6
Inibição Emocional	2,25	0,559 ¹	2,7	2,3
Padrões Inflexíveis	3,27	1,000 ¹	3	2,9

O nível de significância é 0.05.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o objetivo consistiu em analisar a intensidade dos EIDs em pacientes bariátricos. Os resultados apontam, a partir dos valores obtidos no Questionário de Esquemas Young - forma breve, que o EID de autossacrifício obteve a maior pontuação. O esquema de autossacrifício é descrito no domínio de orientação para o outro (Young, 2008) ou no domínio padrões e responsabilidades excessivas (Bach, Lockwood & Young, 2018), cuja principal característica é a preocupação exagerada com as necessidades dos outros em detrimento das suas próprias (Wainer, Paim, Erdos, & Andriola, 2016).

No esquema de autossacrifício, as pessoas espontaneamente satisfazem a necessidade e desejo dos outros, abrindo mão de sua própria gratificação para livrar-se do sentimento de culpa, obter autoestima, poupar o outro de sofrimento ou manter vínculo com pessoas que se

consideram carentes (Young et al., 2008). No domínio em que o autossacrifício está incluído, a base do déficit é a imposição de condições para troca afetiva (Wainer et al., 2016).

O esquema autossacrifício faz parte dos denominados esquemas condicionais. Young, em sua teoria, postula os esquemas incondicionais e condicionais. Os EIDs incondicionais são os esquemas cujas crenças nucleares disfuncionais ocorrem em relação a si e ao outro e independem de condições, simplesmente são. Por outro lado, os esquemas condicionais são tardios e oferecem esperança ao indivíduo, pois através destes esquemas ele pode alterar um resultado considerado negativo. São caracterizados como tentativas de obter alívio quanto ao esquema incondicional e se referem a esquemas “secundários”, em que o indivíduo tem a opção de subjugar-se, sacrificar-se, buscar aprovação, inibir emoções ou se esforçar para cumprir elevados padrões (Young et al., 2008).

Nesse sentido, Young et al. (2008) se referem a um exemplo em seu livro: *“Autossacrifício em resposta à defectividade: se atender a todas as necessidades dessa pessoa e ignorar minhas próprias, então ela vai me aceitar, apesar de meus defeitos, e não vou me sentir tão indigno de amor”* (p. 35). Dessa forma, é possível inferir que o esquema autossacrifício encontrado na amostra estudada é desenvolvido de modo disfuncional como tentativa de lidar com seus esquemas incondicionais.

O esquema de autossacrifício foi verificado nas afirmações do questionário: “sou aquele(a) que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próximo”; “sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesmo(a)”; “sempre fui aquele(a) que escuta os problemas de todo mundo”. Essas frases indicam ainda um mecanismo de enfrentamento que esta amostra parece utilizar: o estilo compensatório. Os estilos de enfrentamento desadaptativos são respostas básicas àquilo que a pessoa considera ameaça e, no total, são três: hipercompensação, evitação e resignação. A hipercompensação ao EID de autossacrifício caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma autonegação que acaba por levar a

pouco investimento no autocuidado e no interesse pela própria saúde, tendo seus esforços voltados para o outro, de forma compensatória, fazendo pouco para si mesmo (Bach, Lockwood & Young 2018; Young et al., 2008). Nesse sentido, a presença do esquema de autossacrifício pode dificultar a aderência desse tipo de participante a comportamentos de saúde fundamentais para o bom desfecho de uma cirurgia bariátrica.

Poursharif, Bidadian, Bahramizadeh e Salehinezhad (2011) procuraram avaliar a relação de EIDs e aspectos de identidade em indivíduos com obesidade. Os 66 voluntários que faziam parte de um programa de emagrecimento completaram o questionário Young versão reduzida e o “*Aspects of Identity Questionnaire-IV*” (AIQ-IV). Os resultados mostraram que alguns aspectos da identidade (coletiva, pessoal, social e Identidades Relacionais) foram positivamente associados com os EIDs, principalmente com o esquema de autossacrifício. Segundo os autores, isso pode indicar que a manutenção de uma identidade pessoal negativa leva a pessoa obesa a desenvolver estratégias para não sofrer rejeições e o autossacrifício seria uma das saídas mais utilizadas.

O EID de padrões inflexíveis também obteve pontuação elevada neste trabalho e pode ser verificado nas afirmações do questionário: “tento fazer o(a) melhor, não consigo aceitar o suficientemente bom” e “preciso cumprir todas minhas responsabilidades”. Essas afirmações podem indicar o estilo de enfrentamento desadaptativo de hipercompensação, indicando que esses participantes se esforçam de forma hipercompensada para cumprir desempenho perfeito e atribuem padrões elevados para si e para os outros (Young et al., 2008).

No esquema de padrões inflexíveis as pessoas acreditam que devem se esforçar para cumprir altos padrões internalizados e são perfeccionistas à medida que dão atenção desproporcional aos detalhes e, geralmente, subestimam que seu desempenho é superior ao da maioria das pessoas. Os padrões elevados internalizados podem ser relacionados aos padrões de cunho ético, cultural ou religioso. O esquema de padrões inflexíveis, assim como o de

autossacrifício, é um esquema compensatório e, muitas vezes, o esquema de defectividade/vergonha está por trás desses esquemas (Young et al., 2008).

O perfeccionismo é característica presente no esquema de padrões inflexíveis como um enfrentamento desadaptativo de hipercompensação. A hipercompensação se refere à luta do indivíduo contra o esquema. Nesse enfrentamento a pessoa sente, pensa, se comporta e relaciona como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. A hipercompensação auxilia o indivíduo, por exemplo, a lidar com sentimentos fundamentais de privação emocional e defectividade (Young et al., 2008). A presença do perfeccionismo indicado pelos padrões inflexíveis sugere um modo de enfrentamento hipercompensador da crença de defectividade e dificuldade de se sentirem amados. O perfeccionismo fornece autoestima, orgulho, sensação de superioridade e promove um senso de controle em ambiente que prejudica a autoestima e identidade. Existem poucos estudos que compararam a ativação de EIDs em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e indivíduos pós-bariátricos. Os estudos, geralmente, comparam pacientes normais não obesos aos obesos com ou sem transtornos comórbidos. Imperatori et al. (2017), por exemplo, investigou a relação entre a compulsão alimentar e os Esquemas Iniciais Desadaptativo sem 70 mulheres italianas obesas que procuraram um serviço de dietas para emagrecimento. Um dos principais resultados indicou que a gravidade da compulsão alimentar foi fortemente associada a todos os domínios do esquema. Além disso, severidade da compulsão alimentar foi relacionada positivamente aos domínios de desconexão / rejeição ($r = 0,41$; $p < 0,01$), limites comprometidos ($r = 0,26$; $p < 0,05$) e outros domínios ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Estes autores sugerem que tais comprometimentos nestes esquemas podem estar na raiz do desenvolvimento de transtornos alimentares.

Fereidouni et al. (2015) relatam em seu estudo com 60 mulheres iranianas obesas e candidatas à cirurgia bariátrica que responderam ao, Questionário de Esquemas Young - forma breve com uma maior pontuação nos EIDs de privação emocional, desconfiança,

fracasso, dependência, autossacrifício, abandono, isolamento social, vulnerabilidade, autocontrole e de subjugação se comparadas a outras 60 mulheres não obesas que formaram o grupo controle. Além disso, as mulheres obesas obtiveram baixa pontuação nos esquemas de vergonha, inibição emocional e padrões inflexíveis. Os resultados encontrados na pesquisa iraniana corroboram os dados encontrados nesta pesquisa de que os esquemas de autossacrifício e desconfiança apresentam alta pontuação, do mesmo modo que o esquema de vergonha apresentou os menores valores. Entretanto, neste estudo, o esquema de padrão inflexível obteve pontuação elevada o que não foi encontrado no estudo iraniano. Dessa forma, pode se perceber a necessidade de considerar a importância de diferenças culturais na análise dos esquemas, além de mostrar ser necessário ampliar a pesquisa no campo da avaliação dos esquemas em paciente bariátricos, incluindo também população do sexo masculino e amostras maiores.

Na presente pesquisa, quando comparamos os escores dos EIDs presentes nos dois grupos, pré-bariátricos e pós-bariátricos, os resultados mostraram que os EIDs que obtiveram diferenças significativas foram: privação emocional e de desconfiança e abuso, conforme a Tabela 1, com médias maiores nos grupos de pós-operatórios. Nos demais EIDs não foi possível verificar diferenças.

Os escores medianos elevados encontrados no grupo pós bariátricos pode indicar que indicativos de saúde mental encontrados em pesquisas que atestam os benefícios psicológicos da cirurgia bariátrica, talvez não se estendam aos Esquemas Iniciais Desadaptativos que são rígidos, inflexíveis e difíceis de serem modificados (Young et al., 2008).

Young et al (2008) afirmam que pacientes que possuem o esquema de autossacrifício, geralmente, possuem de forma sobreposta o esquema de privação emocional, verificado em maior incidência em participantes do pós-operatório. No autossacrifício, as pessoas aparentemente estão contentes em se sacrificar, entretanto, essa parece ser uma forma de

hipercompensação da privação emocional, pois atendem as necessidades alheias, mas suas próprias estão insatisfeitas. Podem ter raiva e ressentimento dos objetos de seus sacrifícios e ter prejuízos significativos como, por exemplo, falta de prazer e problemas de saúde.

Por sua vez, o esquema de desconfiança/abuso se refere as expectativas de que o outro irá machucar, abusar, humilhar, enganar, mentir, manipular ou aproveitar-se (Young *et al.*, 2008). Esse esquema foi indicado nesta pesquisa com pontuações altas nas afirmações: “sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim”; “desconfio muito dos motivos dos outros”; “eu geralmente fico preocupado com o motivo escondido nas pessoas”. Para lidar com esse esquema e expectativa em relação ao outro que ele traz, pode se dizer que tanto o esquema de autossacrifício, quanto o de padrões inflexíveis são modos de enfrentamento de hipercompensação desses EIDs condicionais que são utilizadas para “hipercompensar” a ideia de que o outro o humilhe, o engane, minta, manipule ou se aproveite. Dessa forma sacrificar-se pelo outro e manter padrões muito rígidos (perfeccionistas) são formas de lidar com esse “outro” que pode ser percebido como agressor tentando através desses mecanismos minimizar os efeitos de um ataque.

Luz et al. (2017), em um estudo australiano, aplicou o questionário de esquemas de Young em uma amostra com 53 pacientes obesos e 58 com peso normal. Seus achados indicaram que os participantes com obesidade mórbida apresentaram escores mais altos em autocontrole / autodisciplina insuficiente se comparado ao grupo dos não obesos. Os autores, então, separam a variável peso dos outros indicativos avaliados tais como, humor, ansiedade, estado mental e distorções cognitivas e descobriram que a diferença aparente nos escores obtidos nos esquemas não podia ser explicada pela existência ou não de obesidade, e sim, pelas condições psicológicas do indivíduo. Não foram aplicados outros inventários nos participantes, portanto não é possível saber se as diferenças nos escores médios dos esquemas

encontrados se devem a diferenças advindas do procedimento cirúrgico e à redução de peso ou de outros aspectos psicológicos não avaliados.

Deve-se considerar também que, ao se observar a composição desta amostra, percebe-se que ela foi constituída principalmente por mulheres, casadas e com filhos, na faixa dos 40 anos, com baixa escolaridade e renda de até três salários mínimos. É possível que o esquema de autossacrifício seja uma estratégia de enfrentamento ao estresse e às cobranças características dos papéis que possivelmente são impostos às mulheres em nossa cultura. Consequentemente, a Terapia do Esquema pode contribuir para reduzir mecanismos compensatórios, comportamentos desadaptados e a disforia emocional que podem impactar também o comportamento alimentar e o ganho de peso em pacientes bariátricos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se inferir, a partir desse estudo que, o esquema autossacrifício e padrões inflexíveis encontrados nos participantes bariátricos foi desenvolvido como tentativa obter alívio, trazer uma falsa esperança ao indivíduo e, sobretudo, para lidar com esquemas incondicionais ligados a baixa autoestima. Este EIDs em si são desadaptativos, tornando necessário o tratamento e intervenções baseados na Terapia de Esquemas para esse grupo e nas psicopatologias que possam derivar deles.

A Terapia do Esquema propõe que um dos principais objetivos do tratamento com pacientes que apresentam o esquema autossacrifício é ensinar que todas as pessoas possuem o mesmo direito de terem suas necessidades supridas e desenvolver um autointeresse saudável. Além disso, quanto aos padrões inflexíveis e perfeccionismo podem ser realizadas intervenções que flexibilizem os padrões e os tornem realísticos (Young et al, 2008; Wainer et al., 2016).

A obesidade em si não é considerada um transtorno psicológico, mas existe uma correlação forte entre a obesidade e comorbidade com outros transtornos mentais, sobretudo com a depressão e transtornos alimentares (Legenbauer, Petraka, Zwaan, & Herpertz, 2011). Novas pesquisas são necessárias para avaliar os EIDs em amostras maiores que considerem outras variáveis como a existência de quadros de ansiedade, depressão e transtornos alimentares. Contudo, a ideia de se avaliar e tratar os EIDs em pacientes pré e pós-bariátricos é de suma importância, uma vez que esquemas adaptados podem reverberar tanto no incremento de maior consciência e adaptação do comportamento alimentar bem como melhorar possíveis psicopatologias que poderiam estar comórbidas.

REFERÊNCIAS

- Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 245-252. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 abril 2013.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349. <http://doi.org/10.1080/165060073.2017.14110566>.
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: Validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – Short Form* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Grande do Sul, Porto Alegre.

- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: Forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100003>.
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016657508247>.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 47-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>.
- Fereidouni, F., Atef-Vahid, M. K., Lavasani, F. F., Orak, R. J., Klonsky, E. D., & Pazooki, A. (2015). Are Iranian obese women candidate for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 397-403. doi:10.1007/s40519-014-0168-6.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lester, D., Continisio, M., Balsamo, M., Saggino, A., & Fabbriatore, M. (2017). The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*, 9, 1-10. doi: 10.3390/nu9111259.
- James, I. A., Reichelt, F. K., Freeston, M. H., & Barton, S. B. (2007). Schemas as memories: Implications for treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 51-57. doi: 10.1891/088983907780493296.
- Legenbauer, T., Petraka, F., Zwaan, M., & Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 301-311. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.06.012.

- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotion needs. In J. Broersen & M. van Vreeswijk (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory research and practice* (pp 41-66). Chichester: Wiley.
- Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., Silva, D. C., & Oliveira, M. S. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(10), 1-11. doi: 10.3390/bs7010010.
- Manson, J. E., Skerrett, P. J., Greenland, P., & Anitallie, T. B. (2004). The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: A call to action for clinical. *Arch Intern Med.*, 164(3), 249-258. doi: 10.1001/archinte.164.3.249.
- Melo, M. E. (2011). Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO*. Data de acesso: 20/07/2018. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>.
- Oliveira, A. P. F., Malheiros, C. A., Santos A. S., Jesus, S. R., & Manuel, J. (2009). Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos em um hospital universitário do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 6(35), 275-279. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00022714>.
- Poursharifi, H., Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Salehinezhad, M. A. (2011). The relationship between early maladaptive schemas and aspects of identity in obesity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 517–523. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.101>.
- Ramos, A. C. (2016). Cirurgia bariátrica: a situação atual do Brasil. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Acesso em 25/11/2018.

Disponível em: <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2019. Psicologia. Acesso em: 06/01/2019. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/psicologia/#1507055885451-6ce15684-8580>.

Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization. (2016). The launch of the WHO Global report on diabetes. Acesso em 30/05/2018. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/2016/world-health-day/en/>.

Yager, J., & Powers, P. S. (2010). *Manual clínicos de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquema* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior...and feel great again*. New York: Plume Book.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário de Esquemas Young (*Versão Breve*)

INSTRUÇÕES

São listadas abaixo, afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor, leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade. Então escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor descreve você. O mais importante neste questionário é que você seja sincero (a). Não há respostas certas ou erradas.

ESCALA DE AVALIAÇÃO

- (1) Inteiramente falsa
- (2) Em grande parte falsa
- (3) Levemente mais verdadeira do que falsa
- (4) Moderadamente verdadeira
- (5) Em grande parte verdadeira
- (6) Descreve perfeitamente

*Privação Emocional

1. () A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo e se importar profundamente com o que me acontece.
2. () Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.
3. () Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.
4. () Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.
5. () Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.

*Abandono

6. () Não percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. () Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.

8. Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperado(a).

9. Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.

10. Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.

***Desconfiança / Abuso**

11. Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.

12. Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.

13. É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.

14. Desconfio muito dos motivos dos outros.

15. Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos nas pessoas.

***Isolamento Social**

16. Eu não me encaixo.

17. Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.

18. Eu não pertencço a ninguém; sou um solitário(a).

19. Sinto-me alienado(a) das outras pessoas.

20. Sempre me sinto excluído(a) dos grupo.

***Defectividade / Vergonha**

21. Nenhum(a) homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.

22. Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.

23. Não sou digno(a) do amor, da atenção e do respeito dos outros.

24. Sinto que não mereço ser amado(a)

25. Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.

***Fracasso**

26. Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.

27. Sou incompetente no que se refere a realizações.

28. A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.

29. Não tenho talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.

30. Não sou tão inteligente quando a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).

***Dependência / Incompetência**

31. () Não me sinto capaz de me arranjar sozinho(a) no dia-a-dia.
32. () Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.
33. () Falta-me bom senso.
34. () Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.
35. () Não confio na minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.

***Vulnerabilidade ao dano**

36. () Não consigo deixar de sentir que algo ruim vai acontecer.
37. () Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro ou médico) vai acontecer a qualquer momento.
38. () Tenho medo de ser atacado(a).
39. () Tenho medo de perder todo meu dinheiro e ficar pobre.
40. () Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada se serio tenha sido diagnosticado pelos médicos.

***Emaranhamento**

41. () Não consegui me separar do meu pai / minha mãe ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.
42. () Meu pai / minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.
43. () É muito difícil para meu pai / minha mãe, ou ambos, e eu escondemos detalhes íntimos uns dos outros sem nos sentirmos traídos ou culpados.
44. () Muitas vezes, sinto que não tenho identidade separada da de meus pais ou parceiro(a)
45. () Muitas vezes parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim – eu não tenho uma vida própria.

***Subjugação**

46. () Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
47. () Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.
48. () Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.

49. () Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.

50. () Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.

***Auto Sacrifício**

51. () Sou aquele(a) que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próximo(a).

52. () Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesmo(a).

53. () Fico tão ocupado(a) fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.

54. () Sempre fui aquele(a) que escuta os problemas de todo mundo.

55. () As pessoas me veem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.

***Inibição Emocional**

56. () Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).

57. () Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.

58. () Tenho dificuldade em ser carinhoso(a) e espontâneo(a).

59. () Eu me controlo tanto que as pessoas acham que eu não sou emotivo(a).

60. () As pessoas me veem como emocionalmente contido(a).

***Padrões Inflexíveis**

61. () Preciso ser o(a) melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.

62. () Tento fazer o(a) melhor; não consigo aceitar o “suficientemente bom”.

63. () Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.

64. () Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.

65. () Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.

***Merecimento / Grandiosidade**

66. () Tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta quando quero alguma coisa de alguém.

67. () Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas restrições impostas às outras pessoas.

68. () Detesto ser obrigado(a) a fazer alguma coisa, ou impedido(a) de fazer o que quero.

69. () Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.

70. () Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.

***Autocontrole Insuficiente**

71. () Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim as tarefas rotineiras ou chatas.

72. () Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.

73. () Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo em longo prazo.

74. () Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para meu próprio bem.

75. () Raramente consigo cumprir minhas resoluções.

ANEXO B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Realizou a cirurgia bariátrica: () Sim () Não

Idade: ___ anos

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) ou vive com companheiro(a)

() Viúvo (a)/ Separado/ desquitado/ divorciado (a)

Escolaridade:

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Outro: _____

Renda Familiar:

() 1 a 3 salários mínimos

() 4 a 6 salários mínimos

() 6 a 8 salários mínimos

() mais de 8 salários mínimos

Filhos: () Sim () Não