

**A autoestima em pacientes no pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica**

**Self-esteem in post-surgical bariatric surgery patients**

DOI:10.34117/bjdv6n10-638

Recebimento dos originais: 25/09/2020

Aceitação para publicação: 27/10/2020

**Fernanda Gonçalves da Silva**

Doutoranda Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituição: Universidade Estácio de Sá638

Endereço: Rodrigo Melo Franco 400 bloco 3 apt 602 . Barra da tijuca - Rio de Janeiro

e-mail: fernandagoncalves.fgs@gmail.com

**Monique de O. de Souza**

Pós Graduada em Geriatria e Gerontologia

Policlínica de Especialidades de Atenção ao Idoso Pr. Lino Evangelino da Frota

Endereço: Av. Retiro da Imprensa, Piam - Belford Roxo - RJ CEP: 26112-180

e-mail: psicologamoniqueos@gmail.com

**Genilda Rosa Lira dos Santos**

Pós Graduada em Psicopedagogia

Autônoma

Endereço: Rua Itaiú 30 casa 01 - Bairro das Graças - Belford Roxo - RJ - CEP 26113-411

e-mail: psicologagenilda@gmail.com

**Rafaela Manoel do Nascimento Botelho**

Pós Graduada em Avaliação Psicológica

Autônoma

Endereço: Rua Expedicionário n°470 , Bairro da Luz - Nova Iguaçu - RJ - CEP. 26.256-050

Email: ra.fanbotelho@gmail.com

**RESUMO**

Introdução: Dados evidenciam um aumento da procura pela cirurgia bariátrica como um procedimento estético. Os pacientes acreditam que após a cirurgia, com a redução do peso, melhorarão a autoimagem e resgatarão assim a autoestima. Objetivo: o referido estudo teve como objetivo compreender a importância do psicodiagnóstico para indicação da cirurgia bariátrica visando à redução de possíveis complicações e frustrações no pós-cirúrgico. Metodologia: A amostra foi composta por 10 participantes, de ambos os sexos. Os participantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, ao teste HTP, ao Questionário da Imagem Corporal e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Resultados: Os participantes que tiveram o psicodiagnóstico realizado em um número menor de sessões apresentaram o desenho da figura humana pequena, qualidade da linha forte e fragmentada, localização do desenho à esquerda, dificuldade em reconhecer e aceitar a sua nova imagem, intenso sofrimento na adaptação a nova alimentação, aumento da ansiedade, além de apresentarem intensa distorção da imagem corporal. Conclusão: Realizar um processo de psicodiagnóstico com técnicas e testes adequados para identificar a estrutura emocional do paciente minimizam o risco da ocorrência de complicações provenientes das grandes transformações impostas a sua imagem corporal decorrentes da cirurgia bariátrica.

**Palavras Chaves:** Autoestima, pós-cirúrgico, cirurgia bariátrica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Data show an increased demand for bariatric surgery as an aesthetic procedure. Patients believe that after the surgery, with the reduction of weight, they will improve their self-image and thus rescue their self-esteem. **Objective:** This study aimed to understand the importance of psychodiagnosis for the indication of bariatric surgery in order to reduce possible complications and frustrations after surgery. **Methodology:** The sample was composed of 10 participants, of both sexes. The participants were submitted to a semi-structured interview, the HTP test, the Body Image Questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale. **Results:** The participants who had the psychodiagnosis performed in a smaller number of sessions presented the drawing of the small human figure, strong and fragmented line quality, location of the drawing on the left, difficulty in recognizing and accepting its new image, intense suffering in adapting to the new food, increased anxiety, besides presenting intense distortion of the body image. **Conclusion:** Carrying out a process of psychodiagnosis with appropriate techniques and tests to identify the emotional structure of the patient minimizes the risk of complications from the great transformations imposed on his body image resulting from bariatric surgery.

**Keywords:** Self-esteem, post-surgical, bariatric surgery.

## **1 INTRODUÇÃO**

No Brasil, desde 2000 o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece os procedimentos supracitados e a rede de saúde de caráter privado também provê sua cobertura obrigatória. Para que o sucesso da cirurgia seja maximizado, é fundamental que também ocorram mudanças no estilo de vida destes pacientes, a partir da modificação do comportamento alimentar e da prática de exercícios físicos, e para isso é de suma importância que esses pacientes recebam um preparo pré e pós-operatório adequados, avaliando aspectos físicos, nutricionais e psicológicos, e recebendo os devidos acompanhamentos. Desta forma, é imprescindível a adoção de uma avaliação holística, que englobe todos os aspectos biopsicossociais que podem impactar no resultado da cirurgia (KELLES et al., 2014).

Diante das frequentes queixas de insatisfação no pós operatório este estudo teve o objetivo de levantar dados sobre o processo de avaliação psicológica no pré operatório no estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa e caráter descritivo composto por uma amostra de 7 participantes, de ambos os sexos, que haviam sido submetidos à cirurgia bariátrica no período de 3 meses a 7 anos, de idades entre 28 e 39 anos. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os participantes autorizassem sua participação na pesquisa, informados dos objetivos do estudo, realizada uma entrevista semiestruturada que abordou inicialmente os dados sociodemográficos dos participantes e em seguida aspectos relacionados tanto ao pré quanto ao pós-operatório, com questões que investigaram desde os principais medos e expectativas que antecederam a cirurgia até as principais dificuldades enfrentadas no pós cirurgico. A Técnica Projetiva de Desenho

– HTP que foi aplicada na versão reduzida e acromática com o objetivo de obter informações sobre os sentimentos mais profundos e inconscientes que eles têm a respeito de si mesmo, da autoimagem, do ambiente social, a projeção de elementos da personalidade e de potenciais áreas de conflito. O Questionário sobre a Imagem Corporal:(COOPER et. al., 1987 traduzido para o português por CORDÁS & CASTILHO, 1994) foi aplicado com o objetivo de avaliar a preocupação e/ou distorção dos participantes em relação à imagem corporal e para avaliar a autoestima foi aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg.

## **2 DESCRIÇÃO DOS CASOS**

A participante 1, divorciada, 32 anos, buscou a cirurgia bariátrica por medo de morrer, pois havia acabado de perder a mãe por causa das comorbidades associadas à obesidade. Relatou que sua obesidade teve início ainda na infância, que sua família tem um longo histórico da doença e que resolveu realizar a cirurgia após a morte da sua mãe, “ou eu fazia a cirurgia ou morreria também”, mas aponta que sua maior expectativa era a perda de peso e não a saúde, “queria me sentir mais leve, já não dormia mais deitada e sim sentada”, embora tenha falado que seu maior medo ao realizar a cirurgia era a possibilidade de morrer. Realizou a cirurgia pela rede privada e informou que em relação à avaliação psicológica pré-operatória, o “processo” consistiu na realização de uma reunião em grupo, que durou o dia inteiro, onde foram passadas informações de todo o processo cirúrgico e mais uma única sessão individual onde foram investigadas suas maiores dificuldades e queixas.

Relatou não ter sido aplicado nenhum teste psicológico e ter mentido em muitas perguntas realizadas pela psicóloga, “menti em algumas perguntas por medo de não ser aprovada, pois ela disse que eu poderia estar com depressão”. Disse que a avaliação psicológica que realizou “não foi boa”, pois nem sequer foi informada de que a obesidade era uma doença, acreditando que após a realização da cirurgia estaria “curada”, mas confessa que queria tanto realizar a cirurgia que filtrava as informações que lhe eram passadas, registrando apenas as que favoreciam sua provação, descartando as demais.

Expõe que saiu da mesa de cirurgia “ não preparada psicologicamente” para todas as mudanças que a cirurgia implicaria, “quando eu voltei para casa e vi todo mundo comendo, aquilo acabou comigo, eu continuava com muita vontade de comer”. Ao abordar sua angustia na primeira consulta de acompanhamento relatou ao médico suas dificuldades em relação à alimentação, que ainda sentia muita vontade de comer e que a resposta do médico foi de que não havia operado sua cabeça e sim seu estômago.

Não recebeu nenhum suporte familiar no período pré-operatório, informando que todos os familiares foram contra sua decisão porque tinham muito medo dela morrer e que no pós-cirúrgico passaram a apoiá-la um pouco, mas não como ela necessitava. Sua maior dificuldade foi a alimentação, pois nos primeiros 30 dias deveria consumir apenas líquidos, “eu surtei porque não podia mastigar, peguei um pedaço de carne, mastiguei e depois cuspi o bagaço”. Ela diz que ainda hoje sua alimentação não é adequada e que não conseguiu se adaptar a novos hábitos alimentares, “faço dieta, mas no final de semana enfio o pé na jaca”, havendo um reganho de peso substancial. Relatou satisfação com os resultados no pós-cirúrgico imediato, “no início da perda de peso, me sentindo mais leve, as pessoas me elogiando, foi muito bom pra mim”. Ela informou ainda que não faria a cirurgia novamente porque é necessário realizar um acompanhamento para o resto da vida e que a cirurgia não provocou mudança na sua imagem corporal, “antes eu me via obesa e depois da cirurgia também, mesmo com a perda de peso”.

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, concretismo, depressão, insegurança, inadequação, necessidade de controle, dependência. No Questionário sobre a Imagem Corporal apresentou uma pontuação que aponta grave insatisfação corporal e na Escala de Autoestima de Rosenberg apresentou percentil 5, que indica uma autoestima muito abaixo da média.

A participante 2, casada, 36 anos, relatou que optou em realizar a cirurgia bariátrica para restabelecer sua saúde, pois a obesidade contribuía para hipertensão, muito cansaço e inchaço nas pernas, “Eu me via gorda, mas não tinha noção de que era tanto assim”. Realizou a cirurgia pela rede pública onde a avaliação psicológica pré-operatória perdurou por 1 ano em encontros de 2 em 2 meses, realizando inicialmente uma consulta individual para investigar suas motivações para buscar a cirurgia e as demais foram consultas de psicoeducação em grupo, nesses encontros “a psicóloga esclarecia que com a perda de peso a estética do corpo não ficaria bonita e todas as mudanças envolvidas”, segundo a participante não realizou nenhum teste psicológico. Seu principal medo era o de morrer, “cheguei a desistir na porta do centro cirúrgico, mas a enfermeira conversou comigo, me deu muito apoio, aí quando vi já estava lá operada” e sua maior expectativa era a perda de peso, o que segundo ela era uma certa após a cirurgia. O programa de obesidade por onde realizou a cirurgia inclui acompanhamento psicológico até 2 anos após a realização da cirurgia, onde são realizados encontros em grupo para compartilhar informações, dificuldades e esclarecer dúvidas.

Sua maior dificuldade após a cirurgia foi a adaptação à alimentação líquida, “pensei que não fosse conseguir”, após 1 mês iniciou a alimentação sólida, “[...] mas resolvi comer um pouquinho a mais e passei mal, vomitei, tive síndrome de dumping”. Considera que por ter perdido muito peso sua cirurgia foi um sucesso, “Hoje fico feliz em poder entrar em qualquer loja e comprar qualquer roupa” e que o suporte da família foi fundamental para isto. Segundo ela o processo inicial é difícil, mas totalmente possível de transpor, “agora é viver em uma constante dieta”.

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata. No Questionário sobre a Imagem Corporal apresentou leve insatisfação corporal e na Escala de Autoestima de Rosenberg seu percentil foi equivalente a 95, que aponta que sua autoestima está bem acima da média.

A participante 3, casada, 38 anos, buscou a cirurgia bariátrica com o intuito de amenizar os sintomas de comorbidades associadas a obesidade. Relata que a obesidade teve início após a realização de uma cirurgia e de parar de fumar. A cirurgia foi realizada na rede privada e aponta e a avaliação pré cirurgia ocorreu em 3 atendimentos individuais com a psicóloga da equipe multidisciplinar, com o relato da utilização de testes psicológicos. Sempre teve o apoio da família e informou que seu maior medo era o de sentir muita dor no pós-operatório, fato que não ocorreu e que sua maior expectativa era o de “ficar magrinha”.

No período da entrevista a participante havia realizado a cirurgia há 3 meses, sendo sua maior dificuldade até o momento seguir a alimentação recomendada. Optou em não realizar acompanhamento psicológico, por acreditar que não há necessidade. Informou ter tido alguns sintomas de síndrome de dumping nos primeiros 15 dias, como sudorese, fraqueza e sensação de desmaio. Refere que sua cirurgia foi bem-sucedida e que está satisfeita com os resultados até o momento, “Já melhorou muito a minha autoestima”.

Resultado da avaliação: No teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a rigidez, fragilidade, atitude defensiva, concretismo, depressão, insegurança, inadequação, sinais de características obsessivo-compulsivas, ansiedade. A pontuação do Questionário sobre Imagem Corporal indica grave insatisfação com a imagem corporal e o percentil 95 na Escala de Autoestima de Rosenberg corresponde a uma autoestima bem acima da média.

O participante 4, casado, 28 anos, relata que após começar a trabalhar no regime de plantão noturno aderiu hábitos alimentares inadequados, o que o fez chegar à obesidade, trazendo graves comorbidades, como esteatose hepática, apneia do sono e hipertensão. Realizou a cirurgia pela rede

privada e pelo fato da equipe multidisciplinar não possuir psicóloga e/ou psiquiatra quando ele iniciou o processo de avaliação, recebeu a indicação de uma psiquiatra. Foram realizados 3 atendimentos individuais com a psiquiatra, que segundo ele investigou suas motivações para realizar a cirurgia. Acredita que estava preparado psicologicamente para realizar a cirurgia porque realizou muitas pesquisas por conta própria sobre os prós e contras do procedimento. Recebeu total apoio da família, o que para ele foi fundamental para o sucesso da cirurgia. Segundo ele seu maior medo era o de depois da cirurgia “ficar com uma aparência feia, flácida, de doente” e sua maior expectativa era a cura das comorbidades. Contou que o primeiro mês foi o mais difícil devido à alimentação líquida e pastosa e que o pensamento de que não iria conseguir manter a rotina de alimentação pós-bariátrica sempre surgiu. Relatou que não faz acompanhamento psicológico, mas participa de uma reunião em grupo realizada com a equipe multidisciplinar a cada 3 meses, para elucidar dúvidas, compartilhar dificuldades e informações com quem já realizou a cirurgia e com quem ainda vai realizar. Antes da cirurgia relatou que sentia vergonha da sua condição física, “Usava somente roupas largas e evitava principalmente andar sem camisa”, mas que hoje está com a autoestima elevada, apesar de ainda não estar com o corpo que gostaria de ter. Considera que sua cirurgia foi um sucesso, “foi uma das melhores coisas que aconteceram na minha vida”.

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP o participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, situação de conflito, ansiedade, dependência, agressão. A pontuação do Questionário sobre Imagem Corporal indica uma insatisfação com a imagem corporal moderada e a partir do percentil 55 na Escala de Autoestima de Rosenberg, uma autoestima acima da média.

A participante 5, casada, 39 anos, informa que sempre se alimentou de forma não saudável e que durante toda a sua adolescência esteve acima do peso para a sua idade e altura, que sua rotina costumava ser de muita ingestão de álcool e que os fins de semana eram passados na maioria das vezes em “volta de uma mesa tomando cerveja e comendo churrasco e petiscos”. A mesma reconhece que todos esses hábitos contribuíram muito para seu aumento de peso, e que por conta das amigas e do esposo era muito difícil sair desta zona de conforto. Devido ao aumento de peso, que ocasionava sobrecarga nas articulações e muitas dores nos joelhos, ela teve que se submeter a uma cirurgia de reconstrução de ligamentos e menisco em ambos os joelhos, relata que foi então neste momento que “me olhei no espelho, coisa que eu não fazia com frequência e senti pena de mim”. Após a cirurgia dos joelhos e ainda com muitas dores físicas, pois não havia perdido peso, juntamente com a insatisfação com seu

corpo e autoestima destruída resolveu fazer a cirurgia bariátrica. Sem buscar nenhum tipo de informações sobre o procedimento que iria realizar, seus riscos e sem o apoio da família, ela resolveu procurar um médico para fazer os exames pré-operatórios, “eu não queria ouvir nada que me desencorajasse, a única coisa que eu tinha medo era de morrer na mesa de cirurgia”. Participou de apenas duas entrevistas com a psicóloga e relata ter sido tudo muito rápido, não recorda de ter realizado algum teste psicológico, disse ter sido informada muito superficialmente sobre o processo da cirurgia. Apesar de não ter feito acompanhamento pós-cirurgia, acredita ser muito importante para dar suporte nos momentos difíceis enfrentados durante a readaptação alimentar e embora tenha se adaptado bem a dieta líquida no pós-operatório, mesmo achando o momento mais difícil do processo, acredita que para ela foi um sucesso ter conseguido suportar. Apresentou apenas um problema com um dreno que teve que usar e por conta de uma infecção precisou retornar ao hospital e ficar internada por alguns dias para tomar medicação venosa. Hoje “se eu soubesse dos riscos que eu corria não teria feito à cirurgia”, embora ter dito, “me sinto extremamente feliz com o que vejo no espelho hoje, mesmo que ainda eu não esteja no meu peso ideal.”

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, concretismo, depressão, insegurança, inadequação, atitudes defensivas, ansiedade, dependência, medo, introversão, fantasia, preocupações sexuais.

No questionário da Imagem Corporal apresentou uma moderada insatisfação com a imagem corporal e na Escala de Autoestima de Rosenberg obteve o percentil 60 que indica uma autoestima acima da média.

A participante 6, casada, 34 anos, com problemas de pressão alta, tornando-se diabética e com a autoestima muito baixa resolveu procurar o procedimento cirúrgico depois de muitas tentativas frustradas de emagrecimento. Recebendo total apoio de sua família desde o início e com o incentivo dos amigos, ela ficou bem confiante de que tudo daria certo, pois “eu tinha muito medo de morrer e meu filho ainda muito pequeno ficar sem mãe, isso era o que mais me angustiava”. Participou de duas entrevistas com o psicólogo e relata ter feito alguns testes psicológicos durante o processo. Os piores momentos foram o período da dieta líquida, depois disso tudo foi ficando mais tranquilo e os desconfortos diminuíram bastante, “faria a cirurgia novamente com toda a certeza”, sua maior expectativa era que sua vida mudasse e “hoje eu posso dizer que minha vida mudou para muito melhor, mesmo sabendo que tenho um longo caminho a percorrer ainda.”

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, concretismo, depressão, insegurança, inadequação, atitudes defensivas, ansiedade, dependência, medo, introversão, fantasia, preocupações sexuais. No Questionário da Imagem Corporal não apresentou insatisfação com a imagem corporal e na Escala de Autoestima de Rosenberg obteve o percentil 35 que aponta uma autoestima na média.

A participante 7, casada, 32 anos, relata que por conta de muitos problemas na coluna devido ao excesso de peso procurou ajuda médica para realizar a cirurgia, sua maior motivação para fazer a cirurgia foram as dores que sentia, “eu vivia dopada de medicamentos, trabalhava em pé o dia inteiro e não suportava mais aquelas dores.” Participou de dois encontros com a psicóloga que segundo ela não explicou praticamente nada sobre a cirurgia, “eu menti dizendo estar com depressão para que eu pudesse ser aprovada para a cirurgia.” A mesma informa que a família deu total suporte, “sem eles eu não conseguiria”, e que durante todo o tempo sua única expectativa era de ter alguma complicação no momento da cirurgia, pois não pensava em nada para o futuro, só queria sobreviver à cirurgia. Os momentos mais difíceis foram os primeiros 10 dias por conta da dieta líquida e o fato de ter que se acostumar a comer menos e acredita que o suporte psicológico pós-cirurgia seria muito importante para ajudar a enfrentar os momentos de fraqueza. Certamente faria a cirurgia novamente mesmo sabendo de tudo que teria que enfrentar, “hoje me sinto mais confiante e bonita, estou um pouco desleixada comigo mesma, mais não queria voltar a ser como antes de forma alguma.”

Resultado da avaliação: no teste projetivo – HTP a participante apresentou conteúdos relacionados a retraimento, regressão, organicidade (hemisfério esquerdo), preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, concretismo, depressão, insegurança, inadequação, atitudes defensivas, ansiedade, dependência, medo, introversão, fantasia.

A pontuação do Questionário da Imagem Corporal indica uma leve insatisfação com a imagem corporal e na Escala de Autoestima de Rosenberg o percentil 35 aponta uma autoestima na média.

Por possuir uma etiologia complexa e multifatorial, o tratamento da obesidade envolve vários tipos de abordagens, desta forma, devem-se considerar a singularidade de cada paciente para a escolha da intervenção mais adequada para cada caso. Geralmente o tratamento clínico é indicado inicialmente, mas quando este não se mostra efetivo para a perda e manutenção de peso a longo prazo, a cirurgia bariátrica passa a ser a opção terapêutica mais eficaz e duradoura.

O estudo acima apresentado possui limitações , dentre elas o restrito numero de participantes, porém nos permite levantar hipóteses das vulnerabilidades do processo , bem como os comportamentos frequentes e pacientes no pós cirurgico .

A avaliação psicológica ou psiquiátrica é uma condição obrigatória para a realização do procedimento cirurgico e apesar deste ser realizado à décadas a literatura apresenta poucos estudos sobre protocolos , instrumentos e técnicas para realização deste processo de investigação.As entrevistas com estes pacientes revelaram processos que variavam de atendimento individual à coletivo , numero de encontros e utilização de testes psicológicos .

No relato da primeira entrevistada nos deparamos com um comportamento tipico e esperado principalmente em avaliações compulsorias como o da cirurgia bariátrica , ou seja , há uma obrigatoriedade deste processo para uma aptidão , a manipulação das informações. Comportamentos como “menti em algumas perguntas por medo de não ser aprovada, pois ela disse que eu poderia estar com depressão” ou, “eu menti dizendo estar com depressão para que eu pudesse ser aprovada para a cirurgia.” são frequentes em processos desta natureza , logo , a utilização de instrumentos que dificultem ou impossibilitem a manipulação com tanta facilidade é uma opção mais segura tornando a utilização dos testes psicológicos instrumentos importantes no processo . Não desejamos com esta afirmação desconsiderar a competencia de avaliarmos o comportamento não verbal dos pacientes em um processo de entrevista , nem tão pouco sugerir a substituição de um processo de avaliação psicológica por um processo de testagem , mas a compreensão da importancia de uma prática integrativa entre técnicas e testes psicológicos. Nos concentraremos neste capítulo em destacar as características e dificuldades mais frequentes na população investigada , mas discutiremos no proximo capítulo o processo de avaliação psicologica.

Nos relatos um dado foi consenso entre os entrevistados a importancia do suporte familiar . O primeiro mês após o procedimento, como em qualquer cirurgia , necessita de suporte logistico como preparo e monitoramento do horário da alimentação mas além disso o suporte emocional foi descrito como uma variável fundamental para para diminuição da ansiedade no pós cirurgico,

No teste projetivo – HTP algumas características foram indentificadas em todos os entrevistados.

São elas :

- Retraimento,
- Regressão,
- Organicidade
- Preocupação consigo mesmo,
- Fixação no passado,
- Impulsividade,

- Necessidade de gratificação imediata

Já as características abaixo não estiveram presentes apenas na 2ª entrevistada que se diferencia das demais pelo tempo de preparo para cirurgia, um ano, com encontros bimestrais. São elas:

- Concretismo,
- depressão,
- insegurança,
- inadequação
- atitudes defensivas,
- ansiedade,
- dependência,
- medo,
- introversão
- fantasia

A cirurgia bariátrica está relacionada a diversos fatores, não apenas biológicos como também emocionais e psicológicos, e todos influenciam nos resultados a longo prazo. Normalmente os candidatos possuem elevados índices de depressão, humor negativo, insatisfação corporal e baixa autoestima, estando a sintomatologia depressiva associada à ingestão alimentar compulsiva e à preocupação com a imagem corporal (CARR & JAFFE, 2012; SOUSA et al., 2014). O que nos surpreende é essas características estarem presentes mesmo após o procedimento cirúrgico quando esta é apontada ou percebida como resolução destas demandas. Diante da tentativa de compreender estas queixas correlacionamos ao fato do processo ser pouco esclarecedor sobre os resultados e dificultadores do pós-cirúrgico.

A cirurgia bariátrica é um procedimento para promoção de saúde mas a maior expectativa é a perda de peso, que é real porém associada ao excesso de pele que afasta a imagem real da expectativa criada pelos pacientes e frequentemente resulta em sentimento de frustração podendo impactar no sentimento de inadequação, insegurança e depressão, dados frequentes em nossos resultados. Como os dados revelaram dos 7 entrevistados, 5 apresentaram insatisfação corporal de moderada à gravíssima alguns potencializados com a baixa estima. Embora precedesse a conclusão, apenas a paciente submetida ao processo de um ano, com acompanhamento multiprofissional, que incluía esclarecimento sobre as vantagens e desvantagens da cirurgia bariátrica não apresentou hipótese de depressão assim como boa percepção, satisfação corporal e autoestima.

De acordo com Castro et al. (2013) a rápida e substancial perda de peso dos pacientes faz com que eles passem por um processo de reestruturação perceptiva, que por vezes pode ocorrer de forma inadequada, causando insatisfação com a imagem corporal, muitas vezes por expectativas irrealistas

que se deparam com a flacidez, cicatrizes e excesso de pele. Através do relato da participante 1 é possível perceber como sua reestruturação perceptiva se deu de forma inapropriada, “antes eu me via obesa e depois da cirurgia também, mesmo com a perda de peso”. Antes da cirurgia o participante 4 já se preocupava com a possibilidade da imagem corporal não se adequar as suas expectativas, “tinha medo de ficar com uma aparência feia, flácida, de doente”. Por não se adequar aos padrões estéticos vigentes, muitas vezes a pessoa obesa sofre discriminação e exclusão social, que de acordo com Marcelino & Patrício (2011) pode levar a estados de tristeza, ansiedade e depressão. Carels et al. (2012) apontam que a autoimagem negativa pode ser gerada a partir da internalização de padrões corporais midiáticos que colidem com o corpo atual, podendo ocasionar uma intensa insatisfação com a imagem corporal. A obesidade pode ser um fator de exclusão onde a perda de peso passa a ser um instrumento importante para promover a aceitação social, o que pode ser um fator motivacional à manutenção do peso em longo prazo, no relato da participante 2 fica evidenciada a satisfação em se sentir inserida socialmente, “Hoje fico feliz em poder entrar em qualquer loja e comprar qualquer roupa”.

De forma divergente do que esperávamos encontrar neste estudo, os resultados obtidos na Escala de Autoestima de Rosenberg revelaram uma autoestima satisfatória, estando ela na média ou acima dela. A autoestima é definida como o sentimento de apreço que uma pessoa sente por si mesma e impacta diretamente na sua saúde e qualidade de vida. A baixa autoestima de pessoas obesas pode levar ao isolamento social e a doenças psicossomáticas e/ou psiquiátricas, Carr & Jaffe (2012) apontam que os candidatos bariátricos normalmente possuem elevados índices de depressão, humor negativo, insatisfação corporal e baixa autoestima, podendo ser causada por fatores como preconceito e discriminação tanto por parte da mídia quanto da sociedade atual, que além de rotularem a pessoa obesa como não saudável, estabelecem o corpo magro como o padrão estético, excluindo os demais padrões, situação que fica explicitada com a dificuldade que a pessoa obesa tem para encontrar roupas do seu tamanho. A participante 2 relatou com entusiasmo, “Hoje fico feliz em poder entrar em qualquer loja e comprar qualquer roupa”, já o participante 4 relatou que antes da sua cirurgia sentia vergonha da sua condição física, “Usava somente roupas largas e evitava principalmente andar sem camisa”, mas que hoje está com a autoestima elevada, apesar de ainda não estar com o corpo que gostaria de ter. A elevada autoestima identificada nos resultados da pesquisa pode se justificar pela repercussão que a contínua perda de peso tem sobre a mesma, a participante 3 informou que a realização da cirurgia teve uma repercussão positiva sobre a sua vida, “Já melhorou muito a minha autoestima”, sobretudo pela considerável perda de peso que ocorre nos primeiros meses após a cirurgia, já que no momento da entrevista a participante havia realizado a cirurgia há apenas 3 meses.

Os resultados obtidos através dos instrumentos aplicados evidenciam que as “avaliações psicológicas” relatadas pelos participantes desta pesquisa não cumpriram com seus objetivos fundamentais, pois não foram capazes de avaliar o preparo psíquico dos participantes para a realização da cirurgia. Os participantes relataram que não foram conscientizados sobre a obesidade como uma doença crônica e informados sobre como seria o decorrer do processo cirúrgico, aspecto que reforça a inadequação da avaliação relatada, visto que a psicoeducação como parte integrante do processo de avaliação psicológica é fundamental para preparar o paciente para realizar as mudanças necessárias no estilo de vida, informando-os sobre todo o processo da cirurgia, elucidando dúvidas, destacando a importância de se posicionarem como agentes ativos durante todo o tratamento, que é vitalício e analisando o ajustamento do paciente à realidade dos resultados da cirurgia bariátrica a partir da investigação das expectativas.

Os participantes desta pesquisa foram avaliados no pós cirurgico , logo nossos dados não podem afirmar que estes já existissem antes do procedimento, porém considerando que a avaliação psicológica tem por objetivo compreender o sujeito para evitar ações e consequências futuras, o esperado que comportamentos abaixo citados não sejam tão recorrentes em pacientes após a cirurgia. Os resultados obtidos nos instrumentos aplicados evidenciaram a presença de características preocupantes à realização da cirurgia, como ansiedade (participantes 1,2,5,6,7), impulsividade (participantes 3,4,5,6,7) e depressão (participantes 1,3,5,6,7), aspectos que devem ser adequadamente investigados e tratados no paciente candidato à cirurgia bariátrica. Em relação à ansiedade, de acordo com Capitão & Tello (apud ALMEIDA et al., 2012, p. 2) é refletida no ato de comer como uma forma de reduzir tal ansiedade, onde o ganho de peso é proporcional à frequência da ocorrência de episódios de ansiedade.

Uma pesquisa conduzida por Zwaan (apud JUMBE et al., 2017, p. 4) com 107 pacientes bariátricos apontou que a prevalência de transtornos depressivos diminuiu significativamente após a cirurgia bariátrica, mas que os participantes com transtornos depressivos e de ansiedade perderam significativamente menos peso após a cirurgia do que os que não apresentavam tais transtornos, impactando assim no resultado da cirurgia.

Importante ressaltar que a fim de evitar generalizações equivocadas, é necessário apontar que o trabalho apresenta algumas limitações, como a pequena representatividade da amostra, a presença quase que predominante de mulheres e a falta de instrumentos específicos para esta população, fazendo-se necessário a realização de novas investigações que neutralizem tais variáveis. Neste contexto, a partir dos relatos obtidos no presente estudo, o objetivo desta pesquisa foi identificar como o processo de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica tem sido realizado no estado do Rio de

Janeiro e estimular a realização de novos estudos, considerando a importância que a avaliação psicológica pré-operatória tem para o sucesso da cirurgia.

### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P.; REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Estudo de Psicologia*, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Em dez anos obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes. Brasília, 2017.

CARELS, R. A. et al. Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment. *J. Behav Med.*, v. 36, n. 1, p. 86-94, 2013.

CARR, D.; JAFFE, K. The psychological consequences of weight change trajectories: Evidence from quantitative and qualitative data. (2012). *Econ. Hum. Biol.*, v.10, n.4, p. 419-30, 2012.

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. *Rev. Psiquiátrica Biológica*, v.2, n.1, p. 17-21, 1994.

GODOY, C. M. A. et al. Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes. *Rev. bioét. (Impr.)*, v. 23, n. 1, p. 61-9, 2015.

HUTZ, C. S. (Org.). Avaliação em Psicologia Positiva. Porto Alegre: Artmed, 2014.

JUMBE, S.; HAMLET, C.; MEYRICK, J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Curr Obes Rep*, v. 6, n. 1, p. 71-78, 2017.

JUSTINO, Y.; BARBOSA, A. P. S.; PIMENTEL, F. Avaliação psicológica para submissão ao procedimento bariátrico sob um enfoque analítico comportamental. *Psic., Saúde & Doenças*, v.18, n. 2, p. 335-47, 2017.

KELLES, S. M. B.; MACHADO, C. J.; BARRETO, S. M. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, v. 27, n. 4, p. 261-267, 2014.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, 2011.

CASTRO, M.R. et al. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motri.* [online], v. 9, n. 3, p. 82-95, 2013 .

INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY AND METABOLIC DISORDERS . Obesity. IFSO, 2014.

OLIVEIRA, J. H. A.; YOSHIDA, E.M.P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 22, n. 1, p. 12-19, 2009 .

PASQUALI, L. *Psicometria. Rev. esc. enferm. USP*, v. 43,n.Especial, p. 992-999, 2009 .

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM - 1942/2010. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2010, seção I, p. 72.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM – 2131/2015. Altera anexo da Resolução CFM nº 1.942/2010, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2015, seção I, p. 66.

SILVA, P.T. et al. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, v. 28,n. 4, p. 270-273, 2015 .

SILVA, P. R. B. et al. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, v. 27, supl. 1, p. 35-38, 2014.

SNYDER A.G. Psychological assessment of the patient undergoing bariatric surgery. *Ochsner J.* v. 9, n. 3 p. 144-8, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. História da cirurgia bariátrica no Brasil.

SOUSA, P. et al. Understanding depressive symptoms after bariatric surgery: the role of weight, eating and body image. *Acta Med Port.*, n. 27, v. 4, p. 450–457, 2014.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.