

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO¹.

Astrid Sharon Pontes de Sá Hasbun²

João Carlos Alchieri³

RESUMO

Pretende-se nesse artigo apresentar uma revisão sobre avaliação psicológica em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e as dimensões psicológicas nos transtornos alimentares. Nas últimas décadas, estudos têm demonstrado a eficácia da cirurgia bariátrica no controle de peso em longo prazo e na redução da mortalidade resultante de complicações clínicas associadas à obesidade. A avaliação psicológica pré-operatória é de extrema importância para o diagnóstico, objetivando assegurar aderência ao tratamento multidisciplinar e, possivelmente, melhor prognóstico pós-cirúrgico.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica, Cirurgia Bariátrica, Transtornos alimentares, Transtornos Psiquiátricos.

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF THE PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY: REVIEW¹.

ABSTRACT

We intend in this article to present a review of psychological assessment of the patients undergoing bariatric surgery and the psychological dimensions in eating disorders. In recent decades, studies demonstrated the efficacy of bariatric surgery in long term weight loss and in mortality reduction resulting from clinical complications associated with obesity. The preoperative psychological assessment is of extreme importance for the diagnosis, in order to ensure adherence to the multidisciplinary treatment and, possible, prognosis after surgery.

Keywords: Psychological assessment, Bariatric Surgery, Eating disorders, Psychiatric disorders.

¹ artigo elaborado originalmente como TC do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN.

² Bacharel em Psicologia - UFRN, Especialista em Gestão de Pessoas UNI-RN, Discente do curso de Especialização em Avaliação Psicológica UNI-RN. E-mail:astrid.sharon@gmail.com

³ Pós Doutor – UNB, Docente UFRN, Docente do curso de Especialização em Avaliação Psicológica UNI-RN. Orientador. E-mail:jcalchieri@gmail.com .

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são expressões comportamentais desadaptadas e que podem causar sérios distúrbios na dieta diária, como comer porções extremamente pequenas de comida ou o oposto. Segundo a literatura surgem normalmente na adolescência ou no início da idade adulta, mas também pode se desenvolver na infância ou em outras fases da vida. Os transtornos alimentares mais comuns são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar (US department of health and human services, 2011).

A anorexia se caracteriza por extrema magreza, constante sentimento de ganho de peso, distorção da imagem corporal e extrema restrição alimentar. As pessoas que sofrem de anorexia veem a si mesmas como obesas, mesmo quando estão claramente muito abaixo do peso. Nesse estágio, o comer, a comida e o peso se tornam obsessão.

A Bulimia Nervosa se apresenta através dos frequentes episódios de ingestão de grandes quantidades de comida e a sensação de perda de controle desses episódios. A compulsão alimentar é seguida pelo sentimento de compensar o ato, através de vômitos forçados, jejum, uso exagerado de laxantes e diuréticos, exercício físico excessivo ou uma combinação desses comportamentos. Ao contrário da anorexia, as pessoas com bulimia nervosa mantêm o que é considerado peso saudável, embora alguns possam ter sobrepeso. Mas assim como os anoréxicos, têm a sensação de ganho de peso, querem perder peso, e são infelizes com o seu corpo. Usualmente, o comportamento bulímico é secreto, uma vez que frequentemente é acompanhado de sentimentos de desgosto e vergonha.

Já na compulsão alimentar, a pessoa perde o controle do ato de comer. É frequentemente desencadeada por estados de humor disfóricos, estados ansiosos, intensa fome e grande dificuldade no controle dos impulsos. Diferentemente da bulimia, após grandes ingestões de comida não há o ato compensatório. Dessa forma, as pessoas com o transtorno de compulsão alimentar frequentemente apresentam sobrepeso ou obesidade. Pacientes portadores desse problema apresentam baixa autoestima e aumento da ansiedade interpessoal, percebendo-se como inadequados tanto no seu funcionamento social como no pessoal. Possuem significativo comprometimento da saúde, sendo que com frequência se observa a comorbidade de transtornos de personalidade e maior risco de desenvolver problemas cardiovasculares e de aumento de pressão.

Pesquisas mostram que os transtornos alimentares são causados por uma interação complexa de fatores genéticos, biológicos, sociais, de comportamento e social. Mas muitas questões ainda precisam ser respondidas. (US department of health and human services,

2011). Uma das hipóteses envolve o estudo do DNA humano. Pesquisadores têm estudado se uma variação do DNA pode levar a um maior risco de desenvolver um transtorno alimentar.

Estudos da neuroimagem também estão prestando uma melhor compreensão dos transtornos alimentares e seus possíveis tratamentos. Um estudo mostrou diferentes padrões cerebrais entre mulheres com bulimia nervosa e mulheres saudáveis. Usando a ressonância magnética, os pesquisadores puderam ver diferenças na atividade cerebral no momento em que as mulheres realizavam uma tarefa que envolvia a auto regulação. (U.S. Department of health and human services, 2011).

Pesquisadores têm estudado questões sobre comportamento, genética e função cerebral para melhor entender os fatores de risco, identificar marcadores biológicos, e desenvolver psicoterapia e medicamentos específicos que podem ter como alvo áreas do cérebro que controlam o comportamento alimentar. Os estudos de neuroimagem e genética podem fornecer pistas de como cada pessoa pode responder a tratamentos específicos para esses transtornos.

OBESIDADE

Segundo Greenway & Smith (2000 apud COSTA 2009) a obesidade constitui-se em um problema de saúde pública com etiologia multifatorial, sendo definida como resultante da associação entre a vulnerabilidade genética e um ambiente facilitador. Considerada uma doença epidêmica, a obesidade, já se propaga inclusive em países orientais, onde tradicionalmente era baixa sua prevalência. A tendência de crescimento do número de obesos no mundo moderno tem sido atribuída a diversos fatores causais, tais como porções superiores de comida, sedentarismo, as conveniências modernas e a composição de macronutrientes na dieta.

Os dados epidemiológicos referentes à obesidade têm tornado-se alarmantes, sejam no que tange às taxas crescentes de prevalência e incidência, sejam nas implicações relacionadas às doenças associadas, também conhecidas como comorbidades. O cenário tem se tornado mais crítico já que cada vez pessoas mais jovens são acometidas, principalmente os infanto-juvenis. Esse fato determina a ocorrência de doenças crônicas muito precocemente.

As complicações frequentemente associadas à obesidade incluem diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, doença coronariana, acidente vascular cerebral, apneia do sono e outras disfunções respiratórias, disfunções ortopédicas, colecistopatia, gota e alguns tipos de câncer. Portanto, a obesidade é uma doença de elevada morbidade e mortalidade. E

por causa dos riscos que carrega, vem sendo considerada, nos países desenvolvidos como um grande problema de saúde pública (NUNES, 1998, p.207).

A obesidade resulta de um estado crônico de balanço energético positivo, no qual o ganho de energia (calorias) superou o gasto. Logo, o seu tratamento deve ser o inverso, ou seja, providenciar um balanço energético negativo. Para obter-se isto, duas medidas são obvias: diminuir a ingestão alimentar por meio de dietas restritivas, cirurgia bariátrica ou drogas anorexígenas, e/ou aumentar o gasto de energia através de exercícios ou drogas calorígenas (NUNES, 1998, p.207).

Na CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), a obesidade é classificada como uma condição clínica geral. No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) não está classificada como transtorno psiquiátrico, por não estar associada consistentemente a uma síndrome psicológica ou comportamental. Em seu projeto inicial, o DSM incluía, além da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), muito frequente entre os pacientes obesos. Atualmente esta categoria diagnóstica ficou restrita ao apêndice B da classificação (transtornos sem outras especificações), na tentativa de melhor definir e estudar este problema.

A Organização Mundial da Saúde estabelece como critério para definir a obesidade a ocorrência de um índice de massa corpórea acima de 30kg/m^2 . Dentre as várias formas de mensuração da obesidade, o método mais utilizado é chamado de Índice de Massa Corpórea (IMC), desenvolvido pelo matemático belga Lambert Quetelet, que além de ser um método de fácil aplicação, mostrou-se razoavelmente sensível e específico na identificação de indivíduos com adiposidade corporal excessiva. O IMC permite a classificação da obesidade em quatro níveis – graus I, II, III (grave ou mórbida) e superobesidade. O cálculo é feito dividindo o peso pela altura elevada ao quadrado. A obesidade é grau I quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$ e grau II quando o IMC está entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$. Quando este índice ultrapassa 40kg/m^2 , trata-se de obesidade mórbida. Mas este não é o único parâmetro para avaliar a intensidade do problema. A caracterização da gravidade da obesidade de grau III (IMC acima de 40kg/m^2) dá-se devido à conjunção de três aspectos: prevalência elevada da compulsão alimentar, resistência aos tratamentos clínicos e associação frequente com doenças inter-relacionadas, que são provocadas ou agravadas pela obesidade e que melhoram com a redução e controle do peso.

Entretanto, indivíduos com IMC normal, mas que possuem a circunferência da cintura aumentada também apresentam riscos à saúde. Apresentam risco significativo homens com circunferência acima de 102cm e mulheres acima de 88cm. A circunferência da cintura é uma

medida indireta da adiposidade visceral, que é metabolicamente ativa e responsável pela secreção de citocinas pró-inflamatórias, que são em parte, responsáveis pela patogênese da resistência à insulina e síndrome metabólica.

Os obesos mórbidos em geral são candidatos à cirurgia, porque tendem a apresentar várias doenças associadas à obesidade. Eles têm uma expectativa de vida menos longa, do que a da população em geral (KRAUSE, 1991 apud ARNAUD 2010). A obesidade mórbida acarreta ainda problemas como a exclusão social, a qual conduz à discriminação e preconceito. Nesse contexto, o obeso passa a ser visto como pessoa incapaz de trabalhar, sem talento, sendo vítima de preconceitos capazes de acarretar uma diminuição da auto-estima. Portanto, o obeso mórbido procura, na cirurgia bariátrica, a solução de seus problemas.

GASTROPLASTIA

Modificações no estilo de vida como dieta, exercícios e mudanças comportamentais ainda são consideradas como a base do tratamento da obesidade. Entretanto, essas modificações resultam em uma modesta perda de peso. Mesmo pacientes que são pré-selecionados para maximizar a perda de peso têm dificuldade em manter em longo prazo uma redução de um pequeno percentual do peso do seu corpo. Os medicamentos anti-obesidade levam a uma perda de 3 à 5 kg de peso adicional, mas os medicamentos são caros, mal tolerados e a persistência com a terapia é de em média 2% em 02 anos.

Já o tratamento cirúrgico da obesidade, com indicações bem estabelecidas nas formas graves ou intermediárias com doenças associadas relevantes, tem proporcionado excelentes resultados no que concerne à manutenção da perda de peso em níveis aceitáveis. ANDERSEN 2001 apud KARLSSON ET AL 2007 afirma que dois terços dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica relatam manter a perda de peso em mais de 10%, o que parece ser suficiente para se obter efeitos positivos na qualidade de vida dez anos após a cirurgia. As razões para a variabilidade dos resultados na cirurgia bariátrica parecem estar relacionadas em parte a comportamentos inadequados e mudanças emocionais.

Segundo a Resolução 1766/05 do Conselho Federal de Medicina, a gastroplastia é realizada em pacientes com as seguintes indicações gerais: IMC superior a 40kg/m^2 ; pacientes com IMC acima de 35kg/m^2 ou mais com comorbidades que ameaçam a vida; maiores de 18 anos; obesidade estável há pelo menos cinco anos; pelo menos dois anos de tratamento clínico não eficaz; ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo; ausência de quadros psicóticos ou demenciais; Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças

de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

A perda de peso por processo cirúrgico pode ser conseguida através por procedimentos restritivos, má absorção ou combinação.

O procedimento cirúrgico mais comumente utilizado é a gastroplastia com derivação em Y-de-Roux, conhecida em como operação de Fobi-Capella, independentemente da colocação ou não de anel constritor ao nível da bolsa gástrica. A cirurgia por by-pass gástrico causa perda de peso por restrição gástrica, causando saciedade precoce e má absorção, bem como a redução da fome devido a uma diminuição nos níveis de grelina e aumento de PPY. A perda de peso após 01 ano varia entre 30% à 40% do peso corporal. As complicações associadas à essa cirurgia incluem deficiência de ferro, cálcio, vitamina B12, vitaminas solúveis em gordura, ácido fólico e eletrólitos.

A gastroplastia vertical é um processo puramente restritivo, através do qual é o paciente é deixado com uma bolsa que se dilata apenas a 250mm de diâmetro. O vômito é um efeito colateral comum. A perda de peso é de aproximadamente 40%. As desvantagens desse procedimento é que a ingestão de bebidas de alto teor calórico pode levar ao ganho de peso. Além disso, a bolsa pode se expandir com a superalimentação.

A banda gástrica laparoscópica ajustável é outro procedimento puramente restritivo, que envolve a colocação de uma banda de silicone pequena em torno do fundo do estômago e que pode ser ajustado após a colocação. A perda de peso observada após o procedimento é cerca de 25%.

DIMENSÕES DA PERSONALIDADE NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Tanto os fatores biológicos e comportamentais como os aspectos psicológicos são de fundamental importância para o entendimento e manejo clínico do paciente obeso (DOBROW et al., 2002 apud COSTA, 2009).

As características de personalidade têm sido apontadas como variáveis importantes na etiologia dos transtornos alimentares e como fator crítico para o desenvolvimento e manutenção dos seus sintomas. Numerosos estudos têm investigado o papel da personalidade nos transtornos alimentares, e a maioria deles têm revelado que pessoas com transtornos alimentares apresentam índices mais altos de transtornos de personalidade, impulsividade, traços obsessivos compulsivos e perfeccionismo se comparados às pessoas sem os transtornos.

Além das comparações entre amostras de transtorno alimentar e não transtorno alimentar, alguns estudos investigam a diferença de personalidade em subgrupos de transtornos alimentares. Os resultados encontrados são inconsistentes com pouca ou nenhuma diferença entre os grupos. Essa inconsistência pode ocorrer por uma não adequação das estratégias de medição e na definição dos procedimentos de amostragem. A maioria das comparações realizadas é entre anorexia nervosa e bulimia nervosa. Poucos estudos examinaram diferenças de personalidade utilizando amostras de obesidade, transtorno da compulsão alimentar periódica e/ou outros tipos de transtornos alimentares não especificados. Por essa razão a diferença de personalidade entre subgrupos dos transtornos alimentares não é bem compreendida.

Alguns estudos, como o de Kendrick (1996), Carpenter, Hansin, Alisson e Faith (2000), Becker, Margraf, Turke, Soeder e Neumer (2001), Strawbridge, Deleger, Roberts e Kaplan (2002) e Sturm (2001), documentam a maior incidência de psicopatologia em obesos. Snyder (2009) atesta que em pessoas com obesidade extrema é comum a incidência de depressão e que pessoas com $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ tinham cinco vezes mais probabilidade de ter um episódio de depressão do que os de peso médio, mas há muitos desentendimentos quanto à sua extensão e natureza (COSTA, 2009).

Pacientes com obesidade mórbida têm um aumento dos riscos de apresentar sintomas de depressão e ansiedade. Existe uma alta coocorrência de transtornos alimentares e depressão e o estudo dessa relação é importante para a compreensão de ambos os fenômenos e o seu papel nos transtornos alimentares. Segundo Snyder (2009) 23% a 47% dos pacientes relatam o uso de psicotrópicos no momento da avaliação psicológica pré-cirúrgica. Estudos têm mostrado que a cirurgia bariátrica pode promover um alívio significativo de tais sintomas, mas também uma pequena melhoria ou melhorias que se vão com o passar do tempo. No entanto, não existem muitos dados sobre esses sintomas após o procedimento da cirurgia (Andersen et AL, 2010). Embora o grau de perda de peso após a cirurgia possa prever melhora nos sintomas de ansiedade e depressão, o tamanho do efeito ainda é muito pequeno. Existe uma lacuna no conhecimento sobre os preditores dos sintomas de ansiedade e depressão após a cirurgia bariátrica. E ainda que a depressão tenha uma prevalência alta nessa população, ela não figura sozinha como uma contraindicação para a cirurgia bariátrica. No entanto, mesmo havendo melhoras no quadro, a cirurgia bariátrica não é tratamento para a depressão.

Alguns estudos documentam também o aumento da taxa de comorbidade psiquiátrica em pacientes que procuram tratamento cirúrgico, mas pouco se sabe sobre as contraindicações

específicas para o procedimento, e a triagem psicológica que deveria servir para determinar a adequação cirúrgica, é descrita por alguns como forma de discriminação contra as pessoas com transtornos mentais (Taylor & Misra, 2009).

Pacientes com transtornos psiquiátricos são especialmente vulneráveis à obesidade, e como consequência dos fatores contribui para o ganho de peso nessa população, eles também são menos passíveis de mudança na dieta e realização de exercícios físicos sozinhos. A cirurgia bariátrica como ferramenta que cura comorbidades relacionadas à obesidade como diabetes mellitus e hipertensão pode ser uma forma de salvar vidas nessa população e uma opção que precisa ser considerada.

Outro aspecto é que vários estudos têm centrado sua atenção na influência dos transtornos psiquiátricos comórbidos sobre os resultados da cirurgia bariátrica. Um estudo mostra que pacientes que têm histórico de sintomas de depressão e ansiedade têm menor perda de peso seis meses após a cirurgia do que aqueles pacientes que nunca tiveram essas doenças (Lier et al, 2011). Outro estudo descobriu que ter dois transtornos psiquiátricos no pré-operatório foi associado a menor perda de peso em comparação as pessoas que têm apenas um ou nenhum.

Embora os portadores de obesidade grau III apresentem mais sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e também transtornos de personalidade, deve-se ressaltar que a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade – tal como acontece em outras doenças crônicas, ela parece estar restrita a grupos específicos.

FOSTER et al 2001 apud BAUCHOWITZ et al 2005 afirma que muitos pacientes obesos têm expectativas irreais sobre a perda de peso. Um estudo de 32 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica mostrou que as expectativas pré-operatórias para a perda de peso excedem em muito as expectativas depois de terem sido submetidos à cirurgia. É necessário, portanto um acompanhamento pré cirúrgico para um ajuste dessas expectativas mesmo antes do procedimento.

Em resumo vários aspectos entre personalidade e transtornos alimentares permanecem obscuros na literatura atual.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A necessidade de explicar as condutas dos indivíduos em diferentes situações criou a possibilidade de estruturar modelos de investigação sobre as características e as dimensões dos processos psicológicos subjacentes à natureza das condutas. (Alchieri & Cruz, 2003)

As diferentes disciplinas criadas ao longo da construção do saber psicológico tem buscado permanentemente construir explicações sobre as finalidades das condutas humanas. A constituição de uma subárea do conhecimento psicológico conhecida como Avaliação Psicológica, a partir dessa orientação geral, se afirmou historicamente como uma disciplina que tem por objetivo medir os fenômenos ou processos psicológicos. (Alchieri & Cruz, 2003).

A avaliação psicológica é um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas, que se vale de diversos métodos, técnicas e instrumentos. Entre eles, estão os testes psicológicos, aos quais se recorre quando se pretende medir uma característica psicológica (p. ex.: inteligência, personalidade, atenção, entre outros). Sempre será necessário que a escolha do método ou dos testes específicos seja feita de acordo com a especificidade do contexto. Como processo, a avaliação é dinâmica e constitui fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, visando dar subsídio para trabalhos realizados nas diversas áreas de atuação do psicólogo, entre elas, saúde, educação, trabalho, sempre que houver necessidade. Ela implica necessariamente um planejamento prévio e cuidadoso, considerando a demanda e os fins aos quais se destina.

De uma forma geral pode-se afirmar que avaliação psicológica se refere ao modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos por meio de procedimentos de exame propriamente ditos para criar condições de aferição ou dimensionamento dos fenômenos e processos psicológicos conhecidos. (Alchieri & Cruz, 2003).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a avaliação psicológica é uma das áreas mais utilizadas no campo da Psicologia atualmente. Isso se dá, pois a avaliação psicológica vem sendo adotada como uma ferramenta bastante significativa e reconhecida em áreas como: orientação vocacional, processos seletivos, porte de armas, obtenção de carteira nacional de habilitação (CNH), concursos públicos, perícias judiciais e cirurgias bariátricas.

Alchieri & Cruz (2003) afirmam que esse processo de avaliação psicológica depende da atitude orientada para o que se quer avaliar e da habilidade do avaliador em escolher estratégias e procedimentos específicos às necessidades da avaliação. A escolha é complexa e deve levar em conta os dados empíricos que justifiquem simultaneamente o propósito da avaliação associado a contextos específicos. É importante, dessa forma, reconhecer até que ponto os procedimentos escolhidos avaliam o aspecto que se quer medir. A resolução CFP nº002/2003 ressalta ainda que as condições de uso dos instrumentos devem ser consideradas apenas para os contextos e propósitos para os quais os estudos empíricos indicaram resultados favoráveis. A recomendação para o uso específico deve ser buscada nos estudos que foram

feitos com o instrumento, principalmente estudos de validade e nos de precisão e padronização (CFP, 2007).

Destaca-se, então, a técnica da observação como uma das estratégias fundamentais para esse exercício. Ser um observador arguto e minucioso leva o psicólogo a valer-se do objetivo compreensivista da avaliação psicológica. Portanto, é necessário manter constante estado de vigília, que pode levar o psicólogo a buscar uma atitude de flexibilidade diante das oportunidades que são construídas, nesse campo relacional, ao longo de um processo de avaliação.

Quanto aos instrumentos psicológicos usados nas avaliações, eles possuem características psicométricas que precisam estar preenchidas para que se possa considerar a avaliação como cientificamente respaldada. Essas características são: validação, padronização e precisão. Em 2001 foi iniciado o SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) um sistema de certificação de instrumentos de avaliação psicológica comercializados no Brasil para uso profissional, que avalia e qualifica os instrumentos em apto ou inapto para uso, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos mínimos. A intenção era de estabelecer padrões para os testes e, indiretamente, para a prática em avaliação ao impedir que instrumentos sem o devido reconhecimento científico fossem utilizados profissionalmente. Segundo Primi (2010) no primeiro relatório (CFP, 2004) tinham 106 testes avaliados, dos quais 51 foram desfavoráveis (48,1%). Hoje a lista conta com 238 testes sendo 130 favoráveis (54,6%), 94 desfavoráveis (39,4%) e 14 em análise (5,8%). É possível, portanto, perceber um desenvolvimento da área e o aumento de instrumentos e manuais tecnicamente mais bem desenvolvidos.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) através da cartilha sobre avaliação psicológica (2007) aponta alguns passos essenciais para que seja possível alcançar os resultados esperados: Levantamento dos objetivos da avaliação e particularmente do indivíduo ou grupo a ser avaliado; coleta de informações pelos meios escolhidos; integração das informações e desenvolvimento das hipóteses iniciais; indicação das respostas e comunicação cuidadosa dos resultados, com atenção aos procedimentos éticos.

Quanto aos resultados a resolução CFP nº07/2003 diz que:

Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica.

A avaliação psicológica vai além de uma coleta de dados, sobre a qual se organiza um raciocínio. Ela é um momento de transição para a intervenção posterior. Usa de aproximação sucessiva para entrar em contato com seu objeto de estudo e gerar conhecimento a partir de fatos, fenômenos e processos produzidos pelo próprio objeto de estudo. Dessa forma, não é possível se contentar com uma concepção apenas psicométrica da avaliação psicológica, visto estar nela uma prática fundamental para o fortalecimento do caráter científico da Psicologia.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA GASTROPLASTIA

A avaliação psicológica para fins de cirurgia bariátrica é nova no campo da Psicologia da saúde. A própria modalidade cirúrgica é nova e os conhecimentos relativos à Avaliação Psicológica para essa área se encontram em construção.

Apesar da grande demanda para a cirurgia bariátrica e o envolvimento de profissionais da área de saúde mental no processo de preparação do paciente, existem poucos dados sobre a melhor forma de avaliar esses indivíduos e não existem normas uniformes de avaliação psicológica de candidatos à cirurgia. Poucos estudos tem investigado sistematicamente as variáveis comportamentais como indicadores positivos ou negativos para o prognóstico da cirurgia.

A presença obrigatória de psicólogos em equipes de cirurgia bariátrica foi oficialmente instituída por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1766/05. E embora não exista um padrão na literatura, há o reconhecimento de elementos importantes a serem abordados e os meios adequados para coletar os dados necessários para uma preparação e avaliação psicológica para o procedimento cirúrgico (Snyder, 2009).

Independente da questão legal:

É necessária a avaliação psicológica para esse tipo de paciente uma vez que a cirurgia acarreta numa reorganização da vida da pessoa em grandes proporções, seja porque impõe uma nova rotina de hábitos alimentares, que pode ser assimilada com maior ou menor facilidade, ou porque os efeitos da cirurgia interferem na imagem corporal que a pessoa tem de si. (...) É necessário explicitar nesse momento quais os recursos psíquicos que tornam o paciente mais apto para esse procedimento. Entre eles destacamos que, além das questões básicas como ausência de psicopatologias graves, devem ser observadas a existência de uma capacidade de elaboração de conflitos (o que possibilitará surgimento de um comportamento adaptativo mais eficiente), as condições para separar a cirurgia da problemática emocional e uma percepção da imagem corporal menos distorcida. (FRANQUES E ARENALES-LOLI, 2006 APUD MACHADO, 2007).

Snyder (2009) aponta que a função primária da avaliação psicológica para gastroplastia é determinar a presença de quaisquer condições psiquiátricas que prejudicariam

a capacidade do paciente de se submeter à cirurgia. Os pacientes são avaliados em relação aos sintomas de depressão, mania, ansiedade, psicose, ideação suicida, abuso de substâncias, história de abuso sexual, histórico familiar de saúde mental e todas as experiências de tratamento.

Pode-se dizer que a metodologia para a avaliação psicológica não deve seguir “fórmulas prontas”, com indicação desta ou daquela técnica específica. Cabe ao psicólogo a escolha das ferramentas que melhor atinjam os objetivos da avaliação e que irão gerar o documento, constante da aptidão do paciente ao procedimento cirúrgico. Segundo Machado (2007) a avaliação deve responder a seguinte pergunta: O paciente tem condições psicológicas de se submeter à cirurgia e a todos os procedimentos posteriores, assim como se adaptar a um novo estilo de vida e relacionamento?

A partir da abordagem escolhida, desenvolve-se a avaliação, fator determinante do processo, resultando na liberação do paciente.

Os transtornos psicológicos manifestam-se por meio de um conjunto complexo de sintomas e queixas expressas de forma subjetiva, sendo muitas vezes de difícil compreensão para o profissional que pretende realizar uma intervenção. Assim, a utilização e o desenvolvimento de técnicas e escalas de mensuração podem conferir maior confiabilidade e validade ao diagnóstico, permitindo que sejam respondidas as hipóteses de forma mais objetiva e científica e menos intuitiva (CRIPPA, HALLAR, VILELA, LOUREIRO & ZUARDI, 1999 apud COSTA 2009).

Sabe-se que neste momento inicia-se uma grande jornada, tendo como foco o conhecimento do paciente sobre a cirurgia e os aspectos psicológicos que a envolve. Porém em sua grande maioria, os pacientes não têm conhecimento do papel do psicólogo no processo, nem de sua complexidade. Para alguns deles, a função do Psicólogo é emitir parecer favorável ao procedimento cirúrgico.

Mesmo tendo optado pela cirurgia, outros conflitos se instalam. O paciente traz consigo, além de sua história de vida, da sobrecarga de peso, sofrimento proveniente das frustrações, do preconceito, da dificuldade de transitar na vida.

A cirurgia bariátrica não é uniformemente bem sucedida, uma seleção apropriada de pacientes ajuda a melhorar o resultado. Compreender os fatores psicológicos que afetam o controle de peso, como o uso de alimentos como mecanismo de defesa ou uma consequência de um trauma é importante, pois é uma compreensão realista dos resultados físicos e psicológicos da cirurgia. Uma série de estudos têm examinado o papel de fatores psicológicos pré-operatórios para prever o desfecho da cirurgia bariátrica.

Os sintomas psicológicos que persistem ou reaparecem após a cirurgia bariátrica podem ter um forte impacto sobre o curso da perda de peso e qualidade de vida no pós-operatório do paciente.

Entrevistas clínicas estruturadas são geralmente consideradas como método mais confiável e válido para avaliação de transtornos psiquiátricos no pré-operatório da cirurgia bariátrica, e embora os pacientes se apresentem hesitantes e desconfortáveis com a ideia de consultar um psicólogo antes da cirurgia, as informações discutidas durante a entrevista clínica são essenciais não apenas para avaliar sua adequação para a cirurgia, mas também para melhorar seu sucesso após a cirurgia. Segundo Snyder (2009), muitos pacientes relatam quão valioso foi para eles examinar as questões levantadas na entrevista. Nesse momento é possível fazer uma revisão do peso do paciente e história da dieta usando uma linha do tempo para realçar eventos importantes que possam estar associados como casamento, gravidez, mudança de emprego, etc. A informação diz respeito de quando o peso se tornou problema, tipos de dieta que tentou e história familiar de obesidade. Esses dados são importantes, pois contêm informações sobre a motivação, necessidade de mudanças de comportamento e possíveis transtornos alimentares.

Mas a construção de um diagnóstico apresenta-se, na maior parte das vezes, complexa. O uso de instrumentos com reconhecidas propriedades psicométricas é um importante aliado nessa tarefa, pois possibilita ao paciente e ao profissional identificar comportamentos que, muitas vezes por inibição do próprio paciente, são omitidos na entrevista clínica (Costa 2009). Ou ainda pelo fato de se sentir pressionado a parecer psicologicamente apto, o paciente pode voluntariamente distorcer algumas informações. Uma avaliação detalhada nesse momento é necessária para determinar a prontidão do paciente para a cirurgia e as necessidades de mudança no estilo de vida pós operatórias.

Acerca dos testes psicológicos:

não se propõe uma bateria-padrão, sendo que as escolhas dos instrumentos dependem de vários aspectos: quem formula o pedido, a idade cronológica, o nível sociocultural e o grupo étnico do paciente, casos com déficit sensorial ou comunicacional; o momento vital, o contexto espaço-temporal em que se realiza. (GARCIA-ARZENO,1995 APUD MACHADO, 2007):

O estudo da psicopatologia em si pode não ser suficiente para identificar os pacientes com maior risco de complicações médicas e psicológicas. Hábitos alimentares, níveis de estresse, presença de um ambiente saudável e de apoio, bem como as expectativas para a cirurgia são igualmente importantes nessa população para caracterizar uma avaliação psicológica voltada para avaliação de pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica.

Segundo Machado (2007) nesse processo é importante compreender os seguintes pontos: O objetivo e expectativas do sujeito com a cirurgia; a condição física e psicológica do paciente e o estabelecimento de um prognóstico a partir da cirurgia, ou seja, sua adaptação ao novo estilo de vida, as tendências à ansiedade e depressão e as possibilidades de transferência da compulsão. Por sua vez, Snyder (2009) assinala que a maioria dos pacientes descreve o desejo de perder peso para melhorar dos atuais problemas de saúde, aumentar sua mobilidade e energias e promover saúde e longevidade. Mas quando há um relato de pressão externa para a realização da cirurgia, uma ênfase exagerada na aparência física ou ideias irrealistas em relação às mudanças que acontecerão em sua vida é necessária uma investigação mais aprofundada.

Em um estudo com 500 candidatos, ZIMMERMAN e cols. 2007 apud LIMA FILHO 2008, verificaram 18% de cirurgias impedidas, e as razões mais comuns para recomendação negativa foram: hiperalimentação para lidar com estresse, transtorno alimentar ativo, psicopatologia descontrolada e a presença de significativos estressores de vida. Um paciente foi excluído por falta de entendimento dos riscos potenciais da cirurgia. Do mesmo modo, segundo a American Psychiatric Association (APA) contraindica-se ou posterga-se a operação em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos de eixo ou por incapacidade cognitiva.

Para a avaliação psicológica de obesos têm-se à disposição instrumentos específicos (próprios para determinada população) e genéricos. De modo mais detalhado, os instrumentos específicos são projetados para investigar especificidades das doenças. No que se refere à obesidade, podem-se utilizar tanto instrumentos que avaliam o comportamento alimentar do paciente quanto fatores e estressores psicossociais. Os genéricos, por sua vez, são utilizados para uma variedade de doenças crônicas e podem abranger um espectro amplo de características e sintomas presentes em diversas doenças.

No Brasil, poucos são os instrumentos específicos disponíveis para a avaliação de condições psicológicas que podem estar associadas à obesidade, mas a literatura internacional dispõe de uma série de instrumentos específicos. Tal achado aponta para a necessidade de adaptação, normatização e validação de instrumentos para o nosso meio.

Neste trabalho foi feito um levantamento dos instrumentos utilizados em pesquisas publicadas nos bancos de dados Bireme, Scielo, Pubmed, Dedalus e Capes no período de 2008 à 2012.

Pode-se observar nas tabelas 1 e 2 os instrumentos genéricos e os específicos utilizados nas referidas pesquisas.

Tabela 1. Instrumentos Genéricos

Instrumento	Autor	Ano última revisão	Objetivo
A.1) M.I.N.I	Sheehan et al.	1997	Avaliação dos transtornos mentais baseada no DSM IV
A.2) Medical Outcomes Study 36 – Item short form (SF 36)	Ware, snow, Kosinski & Gandek	1993	Avaliar qualidade de vida relacionada à saúde geral.
A.3) Structured Interview for DSM IV (SCID)	First et al	2002	Avaliação dos transtornos mentais baseada no DSM IV
A.4) Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40)	Diana T. Laloni	2001	Avaliar sintomas Psicopatológicos.
A5) Desenho da figura humana	Florence Goodenough	2005	Avaliar características psicológicas.
A6) Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD)	Theodore Millon et al.	2001	Avaliar hábitos de saúde, indicadores psiquiátricos, estilos de enfrentamento, moderadores de estresse e prognósticos e condução de tratamento.

Tabela 2. Instrumentos Específicos

Instrumento	Autor	Ano última revisão	Objetivo
B.1)Hospital Anxiety and depression scale	Zigmond and Snaith	1983	Identificar transtornos de ansiedade e depressão.
B.2)Multidimensional personality questionnaire (MPQ)	Auke Tellegen	1980	Avaliar as dimensões da personalidade.
B3)The Beck depression Inventory (BDI)	Aaron T. Beck	1996	Mensurar os sintomas depressivos.
B4) The Beck Anxiety Inventory (BAI)	Aaron T. Beck	1999	Mensurar os sintomas de ansiedade.
B5) Escala de compulsão alimentar (BES – Binge eating scale)	Gormally	1982	Avaliar a gravidade da compulsão alimentar em pacientes obesos.
B6) Teste das Pirâmides coloridas de Pfister	Max Pfister	2005	Avaliar a dinâmica emocional e aspectos cognitivos.
B7) Escala de Alexitimia de Toronto	Taylor, Ryan e Bagby	2000	Avaliar o grau de alexitimia em quatro fatores.
B8) Defensive style questionnaire	Bond et al.	2004	Aferir e monitorar a maturidade dos mecanismos de defesa do ego.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de Avaliação Psicológica para cirurgia bariátrica é muito incipiente, na qual em geral, há poucas referências a respeito na formação da graduação, assim como em pesquisas ou referências bibliográficas.

A inclusão de profissionais da saúde mental no processo de avaliação pré operatória de pacientes candidatos à cirurgia deve ser regra e não exceção, pois a realização de uma avaliação psicológica criteriosa é fundamental na triagem de pacientes que se submeterão à cirurgia bariátrica.

A avaliação psicológica dos pacientes antes da cirurgia bariátrica é uma etapa crítica, não só para identificar contraindicações para a cirurgia, mas também – e mais ainda – para entender melhor a sua motivação e fatores emocionais que podem afetar seu enfrentamento e adaptação às alterações em seu estilo de vida no pós-cirúrgico.

Para tanto se deve ter o cuidado de escolher técnicas, testes e escalas que atendam à demanda de investigar os aspectos psicológicos associados à obesidade e aos transtornos alimentares. Por mais que se possa sugerir a utilização de alguns instrumentos para a avaliação do paciente obeso, o olhar criterioso do profissional que realiza a avaliação é imprescindível para que se construam hipóteses pertinentes. Essas informações serão de suma importância para a continuidade do atendimento clínico no pós-operatório.

Nada substitui o adequado conhecimento das repercussões/aspectos envolvidos na obesidade e de suas implicações físicas, pois, embora os psicólogos possam atender a uma demanda psíquica, não se pode perder de vista a etiologia física, que muitas vezes é indevidamente interpretada. Também é da responsabilidade do psicólogo a criteriosa seleção das técnicas e recursos específicos próprios.

Dessa forma, o profissional da psicologia, tem o desafio de além de coletar uma vasta quantidade de dados ao mesmo tempo, educar e motivar os pacientes na sua busca de melhoria de saúde e desenvolver e/ou validar instrumentos específicos (muitos já disponíveis em outras culturas) para o paciente obeso.

REFERÊNCIAS

AGRA G, HENRIQUES ERM. Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.11,n.04,p.982-992.2009.

ALCHIERI, João Carlos; CRUZ, Roberto Moraes. **Avaliação Psicológica: conceitos e instrumentos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003

ANDERSEN et al. **Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch**. Health and Quality of Life Outcomes. 2010.

ARNAUD, Gerlandia. **O papel do psicólogo no programa de cirurgia bariátrica**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-papel-do-psicologo-no-programa-de-cirurgia-bariatrica/32122/>>. Acesso em: 28 Jan. 2012.

BLAYA et al. Versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26,n.04, p.255-258. 2004.

BRINDERJIT, Kaila; MAITREYI, R. Obesity: A review of pathogenesis and management strategies. **Canadian Journal of Gastroenterology**. v.22,n.01,p.61- 68.2008.

BAUCHOWITZ et al. Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Candidates: A Survey of Present Practices. **Psychosomatic Medicine Journal of Biobehavioral Medicine**. n.67,p.825–832.2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Cartilha sobre avaliação psicológica**, Agosto de 2007. Brasília, DF: CFP.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº002/2003**, de 24 de Março de 2003. Brasília, DF: CFP.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº007/2003**, de 14 de Junho de 2003. Brasília, DF: CFP.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº1766/05**, de 13 de Maio de 2005. Brasília,DF:CFM.

COSTA, Fabiana Silva et al - **Considerações acerca da avaliação Psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos**. 2009

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995.

FAULKNER, Guy; GORCZYNSKI, Paul; COHN, Tony. **Psychiatric illness and obesity:** Recognizing the “obesogenic” nature of an inpatient psychiatric setting. *Psychiatric Services*, v.60, nº04.2009.

LIER et al. **Quality of life among patients undergoing bariatric surgery:** associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2011.

LIMA FILHO, José Vieira de. **Cirurgia da obesidade:** caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos .2008.86 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Recife/PE,2008.

MACHADO, Adriane Piacchetto. **Manual de Avaliação Psicológica.** Curitiba: Unificado, 2007.

NOVAES, José. **Avaliação psicológica, fundamentos e processo.** Ano da Avaliação Psicológica Textos geradores. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Pág –37 – 42.2011.

NUNES, Maria Angélica Antunes et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. **Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica.** Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. vol.2.São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PADWAL, Raj; SHARMA, Arya M. Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. **Canadian Medical Association Journal.** v.181,n.11.2009.

PETERSON, Carol B. et al. Personality Dimensions in Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Obesity. **Comprehensive Psychiatry.**v.51,n.01, p. 31-36.2010.

POLATO, Ana Paula. **Cresce a procura pela avaliação psicológica.** Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=608>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

PRIMI, Ricardo, NUNES, Carlos H.S. O Satepsi: desafios e propostas de aprimoramento. **Avaliação Psicológica - Diretrizes na regulamentação da profissão**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, CFP, 2010. Pág. 129 à 171.

SANTOS, Acácia Aparecida Angeli. **O possível e o necessário no processo de avaliação psicológica**. Ano da Avaliação Psicológica Textos geradores. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Pág.13 – 16. 2011.

SANTO, Marco Aurélio; CECCONELLO,Ivan. **Morbid obesity: risks control**. Arquivos de Gastroenterologia. v.45,n.01,p.1-2.2008.

SIQUEIRA, Ilma Lopes Soares de Meirelles;OLIVEIRA, Mari Angela Calderari. **O processo de avaliação psicológica**. Ano da Avaliação Psicológica Textos geradores. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Pág 43- 48.2011.

SNYDER,Alisson G. Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. **The Ochsner journal**, Vol. 09.nº 3.2009.

TAYLOR, Valerie H.; MISRA, Monali. Psychopharmacology for the Clinician. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**.v.34,n.04.2009.

TREVISAN,Maria Júlia. **Contextos em que a avaliação se insere**. Ano da Avaliação Psicológica Textos geradores. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Pág.121-125.2011.

US department of health and human services. **Eating disorders**. National Institute of mental health, 2011.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; AMARAL, Anna Elisa de Villemor; NASCIMENTO, Regina Sonia Gattas Fernandes. Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. **Avaliação Psicológica - Diretrizes na regulamentação da profissão**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, CFP, Pág. 87 à 100.2010.

YOSHIDA, Elisa M; SILVA, Fernanda. **Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40): validade e precisão em amostra não-clínica**. Abrepee, Vol.02. nº01.2007.