

Perfil Psicológico de Mulheres e a Cirurgia Bariátrica: Estudo Exploratório

Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro¹

José Ernesto dos Santos

Sonia Regina Loureiro

Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo

Caracterizou-se o perfil psicológico de 16 mulheres antes e depois da cirurgia bariátrica, utilizando-se o método de Rorschach. As avaliações foram realizadas precedendo à cirurgia e as reavaliações entre três e sete meses após a intervenção. Os dados foram codificados e quantificados de acordo com recomendações do método de Rorschach. As avaliações foram comparadas (Teste de Wilconxon, $p < 0,05$). Os dados indicaram vivências de maturidade psíquica antes e depois da cirurgia. Observou-se tendência à diminuição da intensidade dos indicadores de angústia no pós-operatório, e maior facilidade do uso de recursos cognitivos sobre tais vivências. O método de Rorschach permitiu caracterizar mecanismos defensivos e de controle frente à angústia. Considera-se que tal avaliação pode favorecer o planejamento do necessário suporte psicológico.

Palabras-claves: Avaliação psicológica, Rorschach, obesidade, Cirurgia Bariátrica

Psychological Profile of Women and the Bariatric Surgery: Exploratory Study

Abstract

It was characterized the psychological profile of 16 women before and after bariatric surgery, using Rorschach Test. The evaluations were performed before surgery and reevaluations occurred within three and seven months after the intervention. Data were coded and quantified according Rorschach Test recommendations. The evaluations were compared using Wilconxon Test ($p < 0.05$). The data indicated experiences of psychic maturity before and after surgery. There was a tendency to decrease in intensity of the indicators of anxiety in the postoperative period, and greater ease of use of cognitive resources on such experiences. The Rorschach Test allowed to characterize and control the defensive mechanisms against the anxiety. It is considered that such an assessment may collaborate with the planning of necessary psychological support.

Keywords: Psychological evaluation, Rorschach; obesity; bariatric surgery

A obesidade é considerada um transtorno clínico, crônico e de etiologia multifatorial, resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura, sob a forma de tecido adiposo, de forma que possa resultar em prejuízos à saúde. (World Health Organization, 1997). Dentre as modalidades de intervenção para a obesidade encontram-se os programas baseados em dieta e/ou reeducação alimentar, os tratamentos medicamentosos e cirúrgicos todos eles podendo ser associados ou não a acompanhamento psicológico.

Em relação à obesidade mórbida ou grau III (índice de massa corporal – IMC > 40 kg/m²), as intervenções convencionais, baseadas em diminuição de ingestão de alimentos e/ou uso de medicamentos, têm se mostrado pouco eficazes tanto para a perda de peso quanto para

a manutenção desta perda (Garner e Wooley, 1991). As cirurgias bariátricas têm sido consideradas tratamentos de escolha para este tipo de obesidade, já que leva à importante perda de peso, favorecendo melhorias significativas na qualidade de vida (Vallis et al, 2001; Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas, 2005; van Hout, Boekestein, Fortuin, Pelle & van Heck, 2006). Observa-se, contudo, que a avaliação positiva dos resultados da cirurgia para a vida dos pacientes nem sempre acompanha a perda ponderal. Neste contexto, aspectos não cirúrgicos, como, por exemplo, os fatores psicológicos, têm sido considerados relevantes, requerendo ser investigados (van Hout, van Oudheusden & van Heck, 2004), especialmente no período pré-operatório. Tal avaliação visa investigar a estrutura e o funcionamento da personalidade tendo como foco a identificação de variáveis internas do paciente que podem ser preditoras de sucesso ou fracasso no tratamento cirúrgico (Vallis e Ross, 1993; Fabricatore et al, 2006).

¹ Profa Dra Graziela Nogueira de A. Ribeiro; Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP-USP; <http://www.fmrp.usp.br/>; e-mail: graziela@fmrp.usp.br

Numerosos estudos têm investigado e documentado o estigma e as dificuldades de pessoas morbidamente obesas com relação a diversas áreas de funcionamento, como o físico, o psíquico e o comportamental (Sarlio-Lahteenkorva et al., 1995; Fontaine et al., 1997; Mc Intyre, 1998; Wadden et al., 2001; Dixon, Dixon & O'Brien, 2001; Waadegaard, Clemmesen & Jess, 2002; Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas, 2005).

Um aspecto importante relativo à avaliação psicológica de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica refere-se ao fato de que eles apresentam uma tendência a negar problemas psicológicos na avaliação pré-operatória como uma tentativa de serem “aprovados” para a cirurgia, o que pode comprometer os resultados pós-operatórios (van Hout, van Oudheusden & van Heck, 2004). Desta forma, torna-se de grande relevância a escolha adequada dos instrumentos de avaliação psicológica, de modo a ter acesso à condição emocional do paciente frente à cirurgia bariátrica. Neste sentido, o método de Rorschach (Traubenberg, 1998; Elfhag, Rossner, Lindgren, Andersson & Carlsson, 2004), dada às suas características projetivas, que dificultam o controle sobre as respostas, pode ser considerado um instrumento bastante útil para a investigação de aspectos psicológicos.

Um estudo prévio procurou avaliar as características psicológicas de 30 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica através do Teste de Rorschach em três momentos: antes da cirurgia, três meses depois, e 10 meses após o procedimento cirúrgico. Os autores concluíram que o tratamento cirúrgico gera alterações psicológicas, especialmente relacionadas à auto-imagem. Além disso, os autores observaram que a maioria dos obesos foi caracterizada com um perfil introversivo ou ambigüal. Os autores sugerem que nesses pacientes a concepção que se tem é que a obesidade gera uma espécie de empobrecimento mental, de modo que diminuindo-se a obesidade, também ocorrerá diminuição deste empobrecimento (Marsden, Michel & Mormont, 1999).

Considerando-se os pontos destacados e a relevância de estudos que avaliam os correlatos psicológicos associados à cirurgia bariátrica, enquanto modalidade terapêutica que tem reconhecidos benefícios para a saúde física e qualidade de vida de pessoas obesas, o presente estudo objetivou caracterizar, por meio do método de Rorschach, o perfil psicológico de mulheres com obesidade grau III, antes e depois da cirurgia bariátrica, tendo como foco principal a presença de indicadores de angústia.

Método

Participantes

Foram estudadas 16 mulheres adultas, antes e após a cirurgia bariátrica, (Método de Capella), atendidas em um centro de cirurgia bariátrica de um hospital escola do interior do estado de São Paulo.

A seleção dessas pacientes foi feita da seguinte forma: assim que a paciente era liberada pela equipe médica para a cirurgia, ela era convidada a participar deste estudo. Tendo em vista que não houve nenhuma recusa, as 16 primeiras pacientes foram avaliadas.

A escolha por selecionar apenas mulheres para participar do estudo se deu em função do número maior de mulheres inscritas na ocasião para a cirurgia.

A idade média das participantes foi de 43 anos, com variação de 23 a 62 anos, estando 68,7% delas na faixa etária de 32 a 49 anos. O índice de massa corporal (IMC) médio no período anterior à cirurgia era de 50,62 kg/m², variando de 42,19 a 71,78 kg/m², e no período pós-cirúrgico o valor médio foi de 36,66 kg/m², com variação de 24,38 a 50,55 kg/m². No que diz respeito à porcentagem de perda de peso no período pós-cirúrgico, a média de perda ponderal foi de 28%, variando de 18% a 44%.

No serviço onde o estudo foi desenvolvido, considera-se como critério de exclusão para a realização da referida cirurgia o uso abusivo de álcool e drogas, e diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico grave, como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline e depressão não controlada, critérios esses considerados para as pacientes estudadas.

No período pós-cirúrgico as pacientes incluídas no estudo receberam acompanhamento médico e orientações nutricionais, não sendo incluídas em um programa de suporte psicológico.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida de acordo com os objetivos da pesquisa, utilizada como fonte de dados sociodemográficos, e o método de Rorschach, instrumento projetivo de investigação da personalidade.

Procedimento

Coleta de dados

As 16 participantes foram encaminhadas pelo centro de cirurgia bariátrica do hospital escola para a avaliação psicológica, como procedimento de rotina prévio a tal cirurgia. Foram contatadas pela primeira pesquisadora, que lhes explicou o objetivo do estudo, quando, então, assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido² e se dispuseram, voluntariamente, a participar das duas avaliações. As avaliações foram realizadas em dois momentos distintos: antecedendo à cirurgia em aproximadamente um mês, e posterior à cirurgia, entre o 100º e 200º dia, considerado o período de maior perda ponderal. Procedeu-se à realização da entrevista face a face, seguida da aplicação do método de Rorschach, conforme as recomendações técnicas.

Tratamento dos dados

Os protocolos foram codificados pela primeira pesquisadora, tendo por referência a nomenclatura francesa (Traubenberg, 1998). Em seguida, os protocolos foram misturados e numerados de forma aleatória, sendo codificados de forma independente por um segundo avaliador com experiência clínica e em avaliação psicológica, que desconhecia a ordem das avaliações (se eram pré ou pós-operatórias).

As codificações foram, então, comparadas no que diz respeito às categorias relativas à localização, determinante e conteúdo. Quando da ocorrência de desacordos, os protocolos foram avaliados pela segunda pesquisadora, que também desconhecia a ordem das avaliações.

Com o objetivo de avaliar o nível de concordância na codificação dos protocolos, procedeu-se ao cálculo de acordo entre o primeiro e o segundo avaliador. Considerou-se como unidade de acordo a codificação das localizações, determinantes e conteúdos, bem como das banalidades. O acordo médio obtido foi de 94%, com variação de 88% a 100%, considerado bastante satisfatório. Para a análise, foram consideradas as avaliações de consenso para dois avaliadores.

Após o procedimento de codificação dos protocolos foram construídos os psicogramas, destacando-se algumas variáveis relativas à produtividade, organização lógica e afetiva, tendo por referência a comparação aos dados normativos de Pasion (2000).

Os dados relativos às avaliações e reavaliações foram comparados por meio da utilização do Teste de Wilcoxon ($p < 0,05$). Considerou-se para esta análise o agrupamento das variáveis relativas à produtividade, modos de apreensão da realidade, funcionamento lógico, controle afetivo, adaptação social intelectual e adaptação social afetiva.

Procedeu-se, ainda, à comparação das duas avaliações aos dados normativos de Pasion (2000), utilizando-se para tal o Teste t não pareado com correção de Welch ($p < 0,05$).

Resultados

Apresentar-se-á o perfil psicológico das mulheres morbidamente obesas comparando-se os dois momentos distintos - ou seja, as avaliações do pré e pós-cirúrgico - por meio de uma análise quantitativa dos indicadores do método de Rorschach.

A Tabela 1 apresenta a caracterização do perfil global relativo às áreas de produtividade, modos de apreensão e funcionamento lógico. Com relação à produtividade, observou-se um aumento no número de respostas (R) e de respostas adicionais (RA) na avaliação pré-cirúrgica, comparativamente à avaliação pós-cirúrgica.

Quanto aos modos de apreensão, verificou-se, em ambas as avaliações, a presença de maior número de respostas globais (G), seguidas de respostas de detalhe (D), de pequeno detalhe (Dd) e resposta de detalhe branco (Dbl). Na comparação das duas avaliações foi possível observar um aumento de respostas de detalhe (D) e pequeno detalhe (Dd) na avaliação pré-cirúrgica, enquanto que na avaliação pós-cirúrgica notou-se um aumento de respostas globais (G), porém, sem diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao funcionamento lógico, observou-se, na avaliação relativa ao período pré-cirúrgico, um aumento de respostas com determinante forma (F) e determinante forma de boa qualidade (F+), comparativamente à avaliação pós-cirúrgica.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas comparações das avaliações nos períodos pré e pós cirurgia bariátrica com relação a nenhuma das variáveis.

² O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Tabela 1
Rorschach - produtividade, modos de apreensão e funcionamento lógico pré e pós cirurgia bariátrica (N=16)

Variáveis do Rorschach		Pré-cirurgia			Pós-cirurgia		
		P40	P50 Mediana	P60	P40	P50 Mediana	P60
Produtividade	R (14)	15	18	20	15	15	16
	Ra (1)	1	1,5	2	0	1	1
	Rec (0)	0	0	0	0	0	0
	Den (0)	0	0	0	0	0	0
Modos de Apreensão	G (50%)	39	43	46	39	46	60
	D (33%)	36	38	43	27	28,5	40
	Dd (14%)	15	18,5	21	13	16,5	18
	Dbl (0%)	0	0	0	0	0	0
Funcionamento Lógico	F% (33%)	36	41	45	27	35,5	36
	F+%(67%)	60	64,5	67	55	57,5	60

Teste de Wilconxon, $p < 0,05$; () Valores de mediana - dados normativos de Pasian (2000)

R = Número de respostas; Ra = Respostas adicionais; Rec = Número de recusas; Den = Denegações; G = Respostas globais; D = Respostas de detalhe; Dd = Respostas de pequeno detalhe; Dbl = Respostas de detalhe branco; F% = Respostas com determinante forma; F+% = Resposta com determinante forma de boa qualidade.

Na Tabela 2, é apresentada a caracterização do perfil global no que se refere ao controle afetivo. No que diz respeito ao controle afetivo, caracterizado por meio dos recursos de dinamismo interno (G:K), maturidade emocional ($\Sigma K: \Sigma k$), controle racional sobre as emoções (FC:CF+C) e controle sobre as vivências de ansiedade

(FE:EF+E), identificou-se diferença estatisticamente significativa quando da comparação das duas avaliações ($p < 0,05$), apenas com relação à variável FE:EF+E.

Observou-se que, na proporção G:K, os valores obtidos nas duas avaliações apresentaram pouca diferença, com um discreto aumento no número de respostas G na avaliação pós-cirúrgica. Quanto à $\Sigma K: \Sigma k$, notou-se que os valores obtidos nas duas avaliações foram exatamente os mesmos e, em relação à FC:CF+C, verificou-se certa diminuição dos valores relativos à avaliação pós-cirúrgica, comparativamente à avaliação pré-cirúrgica.

Tabela 2
Rorschach - perfil relativo ao controle afetivo pré e pós cirurgia bariátrica (N=16)

Variáveis do Rorschach	Pré-cirurgia	Pós-cirurgia
Controle Afetivo		
G:K (5,3:1,0)	7,0:2,0	9,0:2,0
$\Sigma K: \Sigma k$ (1,0:2,7)	2,0:3,0	2,0:3,0
FC:CF+C (1,0:1,0)	2,0:2,0	1,0:1,5
FE:EF+E (1,5:1,0)	1,0:1,0	1,0:0*

Teste de Wilconxon * $p < 0,05$; () Valores de mediana - dados normativos de Pasian (2000)

G:K = Dinamismo interno; $\Sigma K: \Sigma k$ = Maturidade emocional; FC:CF+C = Controle racional sobre as emoções; FE:EF+E = Controle sobre as vivências de ansiedade

A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à fór-

mula de angústia. Quanto à fórmula de angústia, não se observou diferença estatisticamente significativa nas avaliações relativas aos períodos pré e pós cirurgia bariátrica, embora tenham sido observados valores mais elevados na avaliação pré-cirúrgica.

Tabela 3
Rorschach - indicadores de angústia pré e pós cirurgia bariátrica (N=16)

Variáveis do Rorschach	Pré-cirurgia		Pós-cirurgia			
	P40	P50 mediana	P60	P40	P50 mediana	P60
Fórmula de Angústia (15%)	8	9,5	10	6	7	7

Teste de Wilconxon, $p < 0,05$; () Valores de mediana - dados normativos de Pasion (2000)

Na Tabela 4 são apresentadas as características do perfil global das variáveis relativas à Adaptação Social Intelectual e Adaptação Social Afetiva levando-se em conta o agrupamento de variáveis do método de Rorschach. No que diz respeito à variável relativa à Adaptação Social Intelectual, na comparação das avaliações pré e pós-cirurgia, foi possível observar um aumento no número de respostas de detalhe (D), aumento de respostas de conteúdo animal (A), bem como de respostas banalidades (Ban) na avaliação pré-cirúrgica. No entanto, por meio da utilização do

Teste de Wilconxon, tais diferenças não se mostraram estatisticamente significativas. Com relação à variável relativa à Adaptação Social Afetiva, notou-se um aumento no número de respostas de determinante forma (F) na avaliação precedente à cirurgia. Porém, na comparação das duas avaliações por meio do Teste de Wilconxon, não se observou diferença estatisticamente significativa. Quanto às respostas de conteúdo humano (H) e movimento humano (K), os valores de mediana se mostraram bastante próximos, também sem se diferenciarem significativamente.

Tabela 4
Rorschach - perfil relativo à Adaptação Social Intelectual Afetiva pré e pós cirurgia bariátrica (N=16)

Variáveis do Rorschach		Pré-cirurgia		Pós-cirurgia			
		P40	P50 Mediana	P60	P40	P50 Mediana	P60
Adaptação Social Intelectual	D (33%)	36	38	43	27	28,5	40
	A (52%)	54	62,5	63	50	57,5	60
	Ban (28%)	26	28,5	29	24	26	27
Adaptação Social Afetiva	F (33%)	36	41	45	27	35,5	36
	H (17%)	15	18,5	20	17	18	20
	K (1)	1	2	2	2	2	2

Teste de Wilconxon, $p < 0,05$; () Valores de mediana - dados normativos de Pasion (2000)

D = Resposta detalhe; A = Resposta de conteúdo animal; Ban = Resposta banalidade; F = Resposta de determinante forma; H = Resposta de conteúdo humano; K = Resposta de movimento humano ou grande cinestesia.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das avaliações pré e pós cirurgia relativos às variáveis em que os grupos se diferenciaram significativamente, quando da comparação com o estudo normativo de Pasion (2000). Observou-se, ao comparar a avaliação prévia à cirurgia com os dados do grupo normativo, um aumento na média de respostas banalidades (Ban), de conteúdo animal (A) e de conteúdo humano (H), e uma diminuição na média de respostas de conteúdo botânico (Bot), fragmento (Frag) e de conteúdo anatomia

(Anat). Na comparação da avaliação pós-cirúrgica com o grupo normativo foi possível notar um aumento de repostas de movimento humano (K), bem como de respostas de conteúdo paisagem (Pais). Em todas as demais comparações com diferenças estatisticamente significativas - Dbl, kob, EF, Ad, Bot, Frag, Anat e Art - observou-se uma diminuição na média de respostas na avaliação posterior à cirurgia, comparativamente ao grupo normativo de Pasion (2000). Identificou-se, nas comparações dos resultados das duas avaliações com o grupo normativo de Pasion (2000), a presença de diferenças estatisticamente significativas com relação a 13 variáveis, sendo que em três delas foram observadas diferenças estatisticamente significativas tanto na comparação antes como depois da cirurgia.

Tabela 5

Rorschach - indicadores com diferenças significativas quando das comparações antes e após a cirurgia com os indicadores do grupo normativo de Pasian (2000) (N=16)

Variáveis	Antes da		Depois da		Grupo normativo		Comparações
	cirurgia (An)		cirurgia (D)		(N)		
Rorschach	M	DP	M	DP	M	DP	
Ban	5,00	1,27*	4,31	1,62	4,16	1,67*	An > N
Dbl	0,19	0,40	0,06	0,25*	0,20	0,64*	D < N
K	1,94	1,44	2,31	1,89*	1,32	1,38*	D > N
Kob	0,13	0,34	0,06	0,25*	0,23	0,56*	D < N
EF	1,31	1,35	0,50	0,82*	0,97	1,34*	D < N
A	8,88	3,81*	7,06	3,49	6,10	3,53*	An > N
Ad	0,94	1,18	0,56	0,89*	1,31	1,97*	D < N
H	2,38	1,99*	2,31	2,30	1,24	1,25*	An > N
Pais	0,25	0,58	0,44	0,73*	0,02	0,16*	D > N
Bot	0,31	0,48*	0,31	0,48*	0,69	1,20*	An < N; D < N
Frag	0,25	0,45*	0,19	0,40*	0,51	0,92*	An < N; D < N
Anat	0,63	0,72*	0,50	0,73*	1,11	1,65*	An < N; D < N
Art	0,19	0,75	0,06	0,25*	0,20	0,50*	D < N

Teste t não pareado com correção de Welch,* p<0,05

Ban = banalidade; Dbl = detalhe branco, K = movimento humano; kob = movimento de objeto; EF = estampagem associada a forma mal vista; A = conteúdo animal; Ad = conteúdo de parte de animal; H = conteúdo humano; Pais = conteúdo paisagem; Bot = conteúdo botânico; Frag = conteúdo fragmento; Anat = conteúdo anatomia; Art = conteúdo artístico

Discussão

Dentre as características mais evidentes nas avaliações precedentes à cirurgia, verificou-se um discreto aumento na produtividade (R), sugestivo da necessidade de se mostrar mais capaz de produzir e de apontar seus conhecimentos. As mulheres também mostraram uma tendência a se ater mais aos detalhes das situações (D e Dd), o que pode sinalizar um indicador de que elas estavam buscando cumprir com todas as exigências que lhes eram feitas, sem perder de vista as particularidades de cada nova situação a que elas estavam sendo expostas – como aos diversos exames clínicos e às diferentes consultas.

Ao se tratar das características mais evidentes no período posterior à cirurgia, tem-se, inicialmente, a diminuição no número de resposta de detalhe branco (Dbl) relacionado a indicadores de submissão e passividade frente ao meio. Considerando que após a cirurgia as pessoas tendem a vivenciar mudanças bastante importantes em suas vidas (Wadden et al, 1997 e Balsiger, Murr, Poggio & Sarr, 2000), estes indicadores

podem ser sugestivos de uma dessas reações frente às novas demandas trazidas por este procedimento. É esperado que após a cirurgia e conseqüente perda de peso, o paciente vivencie melhoras em sua qualidade de vida relacionada à saúde física e mental (Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas, 2005; Dixon, Dixon & O'Brien, 2001; Waadegaard, Clemmesen & Jess, 2002). Talvez essas mulheres estivessem passivas naquele momento, possivelmente no aguardo daquelas mudanças que provavelmente iriam acontecer.

Do ponto de vista da qualidade de vida relacionada à saúde mental, na avaliação pós-operatória, as pacientes já haviam perdido uma quantidade significativa de peso. Portanto estavam começando a poder vivenciar melhoras na aparência física, o que poderia estar levando, inclusive, a sentimentos de melhor auto-estima, considerado um indicador de maturidade emocional. O impacto da cirurgia na auto-imagem foi avaliado pelo método de Rorschach em um estudo com 30 pacientes (Marsden, Michel & Mormont, 1999), quando foram feitas três avaliações: uma antecedente à cirurgia bariátrica, outra três meses depois da realização da cirurgia e a outra após 10 meses. Neste foram observadas mudanças significativas na auto-percepção corporal quando as avaliações pré e pós cirúrgicas foram comparadas, apontando para uma auto-imagem mais negativa antes da cirurgia. Após a realização da mesma, a qualidade do interesse por si próprio melhorou significativamente entre os pacientes por eles avaliados. A intensidade de

tais melhoras dependeu da história da obesidade, do tipo de cirurgia e da realização ou não de seguimento psicológico pós-operatório. Diferentemente do que ocorreu naquele estudo, as nossas pacientes não foram incluídas em nenhum programa de acompanhamento psicológico após a cirurgia.

Um aspecto central deste estudo refere-se aos indicadores de vivências de angústia. Observou-se que no momento precedente à cirurgia, as mulheres pareceram vivenciar descontrole sobre tais vivências, sugerindo que a situação da cirurgia e também os diversos aspectos envolvidos – como a situação de risco de vida, a extensão das mudanças no padrão alimentar que iriam acontecer – poderiam estar sendo experimentados como fontes geradoras de muita angústia. Porém, pela intensidade das mesmas, apesar de ter havido um esforço lógico e racional na tentativa de contê-las, o controle não pareceu ter sido suficiente, o que resultou em descontrole e insegurança no tomar contato emocional com tais vivências afetivas. Um artigo de revisão (van Hout, van Oudheusden & van Heck, 2004), mostrou a tendência do indivíduo obeso de esconder ou tentar minimizar suas dificuldades no pré-operatório como um reflexo do uso de mecanismo de defesa psicológico para evitar emoções negativas ou ainda como uma possibilidade desses indivíduos serem emocionalmente imaturos e com pobre controle dos impulsos.

Já, na avaliação posterior à cirurgia, observou-se um aumento de respostas movimento (K), bem como uma diminuição de respostas de movimento de objeto (kob). Tais indicadores referem-se às possibilidades de coordenação de vivências emocionais utilizados neste momento, quando essas mulheres pareceram não se deixar invadir por angústias e vivências emocionais a ponto de desorganizarem seus pensamentos e ações. Observou-se, inclusive, a presença de indicadores de uso de recursos cognitivos que poderiam estar amenizando tais vivências, apontando para a presença de maturidade emocional. Por outro lado, apesar do controle racional sobre a angústia no pós-operatório, foi possível identificar tanto antes quanto após a cirurgia, uma tendência a experimentar dificuldade no contato com a angústia, sugerindo certo distanciamento de si, talvez como uma forma de se protegerem desses conteúdos internos. Fica, assim, o questionamento relativo ao tipo de controle sobre a angústia que essas mulheres irão exercer, quando o controle racional não for suficiente. Os dados sugerem a hipótese de que elas, possivelmente, acentuarão as defesas de repressão, dissociação e sublimação, podendo, diante de demandas elevadas de ajuste adaptativo, atuarem as angústias no ambiente, e, em situações extremas, defender-se da angústia, por um maior afastamento de si e do meio.

Do ponto de vista do funcionamento lógico

(F% e F+%), apesar de não terem sido verificadas diferenças antes e depois da cirurgia, observou-se um discreto aumento nos indicadores referentes a esta variável na primeira avaliação. Assim, pode-se novamente considerar que essas mulheres mantiveram um contato lógico e racional com o ambiente, talvez como uma forma de se defenderem de seus afetos e emoções. Tal dado mais uma vez chama a atenção para a presença de recursos internos e para o impacto da decisão que estas mulheres tiveram que tomar. Nos dias de hoje a cirurgia tem sido considerada uma alternativa importante de tratamento para a obesidade grau III, mas, no entanto, não são todos os pacientes que têm indicação para se submeter a ela (Balsiger, Murr, Poggio & Sarr, 2000). No presente estudo, as mulheres tentaram mostrar o que tinham de melhor do ponto de vista emocional, fazendo uso de muitos recursos, como que objetivando “passar na prova”, como sugerido pelos comentários de várias delas no contexto de toda a avaliação. Observou-se, por meio de suas produções, que eram capazes de realizar tarefas, cumprindo com os objetivos propostos, tendo, portanto, condições para se submeterem ao tratamento cirúrgico.

Os dados do estudo reforçam a relevância da avaliação da estrutura e funcionamento da personalidade nas avaliações pré-cirúrgicas. Os aspectos que devem ser considerados como contra-indicações, do ponto de vista psicológico, para a realização da cirurgia de restrição gástrica (Balsiger, Murr, Poggio & Sarr, 2000) e que também são adotados pelos serviços de onde essas mulheres provinham, são eles: uso abusivo de drogas, não adesão a tratamentos médicos para perda de peso em etapas anteriores, diagnóstico de transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline e depressão não controlada. O perfil psicológico caracterizado no presente estudo, pelo seu nível de integração, deixa clara a exclusão daqueles transtornos. Por outro lado, um estudo que procurou investigar a prevalência de sintomatologia para transtorno de personalidade borderline entre pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, mostrou uma baixa prevalência deste transtorno entre os indivíduos obesos (Sansone, Schumacher, Wiederman & Routsong-Weichers, 2008), embora a prevalência fosse maior quando comparados à população geral. Tais resultados não foram observados no presente estudo e supõe-se que essa diferença tenha ocorrido em função das diferentes técnicas utilizadas. No estudo em questão utilizou-se o Rorschach, método projetivo de avaliação de personalidade, enquanto que no estudo referido os autores fizeram uso de um instrumento de auto-avaliação (Personality Diagnostic Questionnaire, Hyler, 1994) o que pode ter favorecido a negação de sintomas psicológicos por se tratar de um instrumento de auto-relato (van Hout, van Oudheusden & van Heck, 2004).

Assim, as questões levantadas anteriormente, não contra-indicam a realização da cirurgia, mas necessitam serem reconhecidas pelos profissionais envolvidos e pelos próprios pacientes, no sentido de prevenir as dificuldades emocionais e promover a saúde mental.

Alguns limites deste estudo, como a inclusão exclusiva de mulheres, o número reduzido de participantes que buscaram a cirurgia bariátrica na ocasião da coleta de dados deste estudo e que realizaram a avaliação psicológica como condição para tal, assim como a realização de uma única avaliação pós-cirúrgica, chamam a atenção para a necessidade de novos estudos com a utilização do mesmo instrumento que ampliem a amostra e que acrescentem novos períodos de avaliações, de modo a verificar a estabilidade do perfil psicológico ao longo do tempo.

Ao salientar o impacto e o significado pessoal, que envolvem mudanças objetivas, como o peso e o tamanho do corpo, colocam-se em destaque aspectos psicológicos que vão além dos aspectos de aparência e momentâneos, chamando a atenção para os pontos mais estruturais da personalidade que refletem a conservação ao longo da história de vida, evidenciando padrões que se mantêm, como pôde ser observado na caracterização do perfil psicológico.

Neste contexto, podem-se analisar as contribuições relevantes do método de Rorschach que permitiu a caracterização do perfil psicológico dessas mulheres que buscaram a cirurgia bariátrica, identificando peculiaridades mais estruturais do funcionamento psíquico das mesmas, como os recursos de organização da personalidade, e aspectos mais funcionais, como os indicadores de angústia.

Desta forma, conclui-se que os dados sinalizaram para a necessidade de suporte psicológico para essas mulheres durante todo o processo de decisão da cirurgia, de forma que elas procurem potencializar os seus recursos, no sentido de tomarem contato e buscarem lidar com as vivências de angústia de forma menos ameaçadora e mais promotora do desenvolvimento e da satisfação consigo próprias.

Referências

- Balsiger, B.M.; Murr, M.M.; Poggio J.L.; Sarr, M.G. (2000). Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2), 477-489.
- Fabricatore, A.N.; Crerand, C.E.; Wadden, T.A.; Sarwer, D.B. & Krasucki, J.L. (2006). How Do Mental Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. *Obesity Surgery*, 16, 567-573.
- Fontaine, K.R.; Barofsky, I. & Cheskin, L.J. (1997). Predictors of Quality of Life for Obese Persons. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 120-122.
- Fox, K.M.; Taylor, S.L. & Jones, J.E. (2000). Understanding the bariatric surgical patient: a demographic, lifestyle and psychological profile. *Obesity Surgery*, 10, 477-481.
- Garner, D.M. & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-80.
- Larsen, F. & Torgersen, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 323-334.
- Maddi, S.R.; Fox, S.R.; khoshaba, D.M. et al. (2001) Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11, 680-685.
- Marsden, E.; Michel, A.; Mormont, C. (1999). Study of the impact of a gastroplasty on the self-image through the Rorschach. *Rorschachiana*, 23, 43-57.
- McIntyre, A.M. (1998). Burden of illness review of obesity: are the coasts realized? *J. R. Soc. Health*, 118(2), 76-84.
- Morais, G.P. Contribuição do psicodiagnóstico de Rorschach ao estudo da obesidade. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo, 1990.
- Pasian, S. R. (2000). *O psicodiagnóstico de Rorschach em adultos: atlas, normas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Provencher, V.; Bégin, C.; Gagnon-Girouard, M-P; Tremblay, A.; Boivin, S. & Lemieux, S. (2008). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9, 294-302.
- Sansone, R.A.; Schumacher, D.; Wiederman, M.W. & Routsong-Weichers, L. (2008). The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eating Behaviors*, 9(2), 197-202.
- Sarliio-Lahteenkorva, S.; Stunkard, A. & Rissanen, A. (1995). Psychosocial factors and quality of life in obesity. *International Journal of Obesity and Metabolic Disorders*, 19, S1-S5.
- Scott, K.M.; McGee, M.A.; Wells, J.E. & Browne, M.A.O (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524S-532S.
- Traubenberg, N. R. (1998). *A prática do Rorschach*. Trad. Álvaro José Lelé. São Paulo: Vetor.
- Vallis, T.M. & Ross, M.A. (1993). The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. *Obesity Surgery*, 3, 346-359.
- Vallis, T.M.; Butler, G.S.; Perey, B.; van Zanten, S.J.O.V.; MacDonald, A.S. & Konok, G.(2001). The Role of Psychological Functioning in Morbid Obesity and Its Treatment with Gastroplasty. *Obesity Surgery*, 11, 716-725.
- van Hout, G.C.M.; Boekestein, P.; Fortuin, F.A.M.; Pelle, A.J.M. & van Heck, G.L. (2006). Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16(6), 787-794.
- van Hout, G.C.M.; van Oudheusden, I. & van Heck, G.L. (2004). Psychological Profile of the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, 14, 579-588.
- Wadden, T.A.; Sarwer, D.B. Womble, L.G. et al. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgery Clinics of North America*, 81, 1001-1024.
- Wadden, T.A.; Sarwer, D.B.; Womble, L.G.; Foster, G.D.; McGuckin, B.G. & Schimmel, A. (1997). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Obesity Research*, 81(5), 1001-1024.
- World Health Organization. *Obesity – preventing and managing the global epidemic*, Geneva, 1997.

Received 27/11/2010
Accepted 30/03/2011

Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro. Universidade de São Paulo, Brasil
José Ernesto dos Santos and Sonia. Universidade de São Paulo, Brasil
Regina Loureiro. Universidade de São Paulo, Brasil