

Samara Pereira da Silva Camargos¹
Alexandre Vianna Montagnero^{2,3}
Renata Ferrarez Fernandes Lopes^{2,3}
Ana Flávia Monteiro Lima^{2,3}

Esquemas Iniciais Desadaptativos em Pacientes Pré e Pós-Bariátricos

Early Maladaptive Schemas In Pre and Post Bariatric Patients

RESUMO

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são padrões psicológicos que envolvem fatores emocionais e cognitivos autoderrotistas que se desenvolvem na infância ou adolescência e podem estar no cerne de transtornos psicológicos. Identificá-los se torna essencial para entender a manutenção desses comportamentos e, assim indicar o tratamento correto e intervenções específicas. O objetivo deste estudo foi avaliar os EIDs predominantes em pacientes bariátricos, incluindo aqueles indicados a passar pelo procedimento e os que já o realizaram. Trata-se de um estudo exploratório no qual utilizou o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2) em uma amostra de 30 participantes (20 pré-bariátricos e 10 pós-bariátricos). Os dados foram processados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), e realizada uma análise descritiva. O EID que apresentou maior pontuação média foi o autossacrifício ($X=4,72$), enquanto a menor pontuação foi no esquema de defectividade/vergonha ($X=1,6$). O esquema de autossacrifício é um esquema condicional, caracterizado como tentativa de alterar resultados negativos e obter alívio de uma autoimagem negativa produzida, pelo menos em parte, pela obesidade. Considerando que a maioria da amostra era pré-bariátrica e apresentava obesidade mórbida, o autossacrifício, enquanto uma forma desadaptada de orientação para o outro, pode ser uma forma desses pacientes lidarem com sua autoimagem.

Palavras-chave: Esquemas Iniciais Desadaptativos; Obesidade; Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

Maladaptive Initial Schemes (EIDs) are psychological patterns that involve self-defeating emotional and cognitive factors that develop in childhood or adolescence and may be at the heart of psychological disorders. Identifying them becomes essential to understand the maintenance of these behaviors and thus indicate the correct treatment and specific interventions. The aim of this study was to evaluate the predominant EIDs in bariatric patients, including those indicated to undergo the procedure and those who have already performed it. This is an exploratory study using the Young Scheme Questionnaire (YSQ-S2) in a sample of 30 participants (20 pre-bariatric and 10 post-bariatric). Data were processed using the Statistical Package for Social Science (SPSS), a descriptive analysis was performed. The EID with the highest average score was self-sacrifice ($X = 4.72$), while the lowest score was defectivity scheme ($X = 1.6$). The self-sacrifice scheme is a conditional scheme, characterized as an attempt to alter negative results and gain relief from a negative self-image produced at least in part by obesity. Considering that the majority of the sample was pre-bariatric and had morbid obesity, self-sacrifice, while one misadjusted form of orientation to the other, may be a way for these patients to cope with their self-image.

Keywords: Early Maladaptive Schemas; Obesity; Bariatric Surgery.

¹ Universidade Federal de Uberlândia,
Faculdade de Medicina da Universidade Federal
de Uberlândia.

² Universidade de São Paulo,

³ Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Uberlândia.

Correspondência:

Samara Pereira da Silva Camargos
E-mail: samara_camargos@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema
de Gestão de Publicações) da RBTC em 26 de
Fevereiro de 2019. cod. 740.

Artigo aceito em 14 de Maio de 2020.

DOI: 10.5935/1808-5687.20200006

INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso estão aumentando em muitos países, especialmente nas áreas urbanas (World Health Organization, 2016). Devido a este amplo crescimento, a obesidade representa uma questão de saúde pública mundial que necessita de atenção dos diversos profissionais (Silva et al., 2018). De modo sumariado, a obesidade é caracterizada como depósito excessivo de gordura corporal prejudicial à saúde (World Health Organization, 2016) É uma doença complexa, de causa multifatorial e, na maioria das vezes, verifica-se a existência de comorbidades de difíceis intervenções e tratamentos (Gaira et al., 2018).

Um dos tratamentos é a cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia, um procedimento cirúrgico muito utilizado que consiste na redução do estômago destinado ao tratamento de comorbidades e mudança na estética corporal. Esta é indicada aos pacientes com obesidade grau III (IMC > 40 kg) e/ou grau II (IMC entre 35 - 39,9 kg) com comorbidades, e idade entre 18 e 65 anos, em que os outros métodos de tratamentos de perda de peso foram ineficazes (Brasil, 2013; Stival, Reis, Cabral, & Oliveira, 2019). No Brasil, as realizações de cirurgias bariátricas iniciaram em 1974, e na década de 1990 surgiram os primeiros serviços especializados na área. Atualmente, o Brasil é o segundo país do mundo com o maior número de cirurgias bariátricas realizadas, com aproximadamente 90 a 95 mil cirurgias por ano (Ramos, 2016; Zilberstein, Santo, & Carvalho, 2019).

O paciente que é submetido à gastroplastia, inicialmente passa pela avaliação de uma equipe multidisciplinar, geralmente composta por médico, nutricionista e psicólogo. No campo da psicologia, a avaliação visa identificar e tratar aspectos psicológicos e emocionais que possa influenciar no tratamento, assim como contribuir para que o paciente entenda seu comportamento alimentar e as influências que esse comportamento exerce no seu estilo de vida e na sua saúde. Além disso, o acompanhamento psicológico no pós-operatório também é importante, uma vez que contribui para a adaptação das alterações no padrão alimentar, na forma corporal, na vida social, na promoção saúde mental e prevenção de agravos (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2019).

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

Pessoas com obesidade apresentam alta taxa de transtornos psicológicos, como alterações de humor, de personalidade, sintomas de ansiedade, estresse e conflitos emocionais (Lima & Oliveira, 2016; Corrêa, Souza, & Rahim, 2018). Além disso, as consequências psicossociais que envolvem a obesidade influenciam também a motivação e a decisão de submeter-se à cirurgia. Dessa forma, se torna necessário, que a equipe envolvida no tratamento tenha conhecimento sobre as experiências psicológicas e sociais dos pacientes candidatos à bariátrica (Stival et al., 2019).

O conhecimento específico dos aspectos psicológicos do paciente bariátrico é essencial para ajudar os profissionais da saúde a compreenderem a motivação e decisão dos pacientes de se submeterem à cirurgia bariátrica. Além de auxiliar esses profissionais na identificação das necessidades pós-cirúrgicas e, ainda, para que eles possam adotar um tratamento com intervenções apropriadas.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são caracterizados como padrões psicológicos amplos, difusos e duradouros. São constituídos por aspectos emocionais e cognitivos auto-derrotistas e compreendem memórias, emoções e sensações corporais, relacionados à percepção de si próprio e dos outros. Em resposta a esses esquemas, o indivíduo emite comportamentos disfuncionais graves (Cecero & Young, 2001; Young et al., 2008; Wainer, Paim, Erdos, & Andriola, 2016).

Os EIDs têm origem na infância ou adolescência a partir de experiências recorrentes, as quais são, em sua maioria, nocivas. Eles se desenvolvem quando necessidades emocionais básicas não são supridas nos primeiros anos de vida e na adolescência (Young, 2003; Young & Klosko 1994) e também na medida em que a pessoa tenta lidar com eventos estressores da vida (James, Reichelt, Freeston, & Barton, 2007). Os EIDs são influenciados pelo temperamento e podem ser centrais aos transtornos psicológicos (Young et al., 2008).

Na vida adulta, os EIDs são ativados através de eventos que o indivíduo interpreta como semelhantes às suas experiências já vividas. Quando esses esquemas são ativados, eles trazem à tona sentimentos e emoções negativas como, por exemplo, medo, raiva e aflição (Young et al., 2008). Esses esquemas fazem parte da constituição do indivíduo. Apesar de provocarem sofrimento, a pessoa os mantém, pois eles tornam-se “familiares” e “confortáveis”. Assim, os ambientes prejudiciais vividos durante a infância são recriados de forma inadequada na vida adulta (Young et al., 2008).

Inicialmente, Young estabeleceu 15 EIDs. Posteriormente acrescentou três, o que totalizou, ao final, 18 esquemas. Estes esquemas foram categorizados, em um primeiro modelo, em cinco domínios esquemáticos de acordo com as necessidades emocionais não supridas durante a infância (Young, 2003; Young et al., 2008). Esse modelo vem sofrendo alterações e em 2011, os EIDs foram distribuídos em quatro domínios, a saber: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; esforços extremos e limites prejudicados (Lockwood Perris, 2012). Mais recentemente, Bach, Lockwood e Young (2018) apresentaram uma nova organização dos EIDs em quatro domínios identificados como: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; padrões e responsabilidades excessivas e limites prejudicados. No entanto, os instrumentos de avaliação dos EIDs, como o Questionário de Esquemas Young - forma breve, bem como as pesquisas realizadas no Brasil, até agora, têm levado em conta o modelo de cinco domínios apresentado por Young, et al. (2008) que será apresentado a seguir:

- Desconexão e Rejeição: caracterizado quando as necessidades de proteção, segurança, empatia e cuidado não foram supridas de modo eficaz. Composto pelos EIDs de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação;
- Autonomia e desempenho prejudicados: diz respeito à dificuldade do sujeito de se torna independente. Envolve os EIDs: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso;
- Limites prejudicados: relacionados às dificuldades de lidar com limites, responsabilidade e de seguir orientações para gratificação em longo prazo. Estão presentes os EIDs de arrogo/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes;
- Direcionamento para o outro: a principal característica deste domínio é satisfazer o desejo, sentimentos e solicitações do outro em detrimento das próprias demandas. Agrupam-se os EIDs de necessidade de subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.
- Supervigilância e inibição: neste domínio há supressão exagerada dos sentimentos, impulsos e espontaneidade, e alto empenho com o objetivo de cumprir regras rígidas e internalizadas. Os EIDs são o de negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva (Young et al., 2008).

Poursharif, Bidadian, Bahramizadeh e Salehinezhad (2011) pesquisaram a relação de EIDs e traços de identidade em 66 pessoas com obesidade e afirmaram que alguns aspectos da identidade foram positivamente relacionadas com os EIDs, sobretudo com o esquema de autossacrifício Fereidouni et al. (2015) relatam em seu estudo que mulheres obesas e candidatas à cirurgia bariátrica apresentaram maior pontuação nos EIDs de privação emocional, desconfiança, fracasso, dependência, autossacrifício, abandono, isolamento social vulnerabilidade, autocontrole e de subjugação quando comparadas com o grupo de mulheres não obesas.

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

Westphalen e Méa (2018) dizem que os EIDs mais presentes em pessoas com sobrepeso ou obesidade se encontram dentro do domínio de desconexão e rejeição e do domínio de limites prejudicados. Os autores ressaltam que o conhecimento das questões psicológicas do indivíduo pode levar a um tratamento e intervenções específicas baseadas em esquemas.

Além disso, Anderson, Rieger e Caterson (2006) afirmam a obesidade pode vir acompanhada de severos EIDs.

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

MÉTODOS

PARTICIPANTES

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

Foram incluídas na pesquisa as pessoas participantes do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU que, desde modo, atendiam aos critérios de obesidade mórbida, alfabetizadas, com idade entre 18 e 60 anos e de ambos os sexos. Participaram 27 mulheres e três homens.

A amostra foi composta 66,7% pré-bariátricos e 33,3% pós-bariátricos, conforme Tabela 1. A idade média foi de 41,50 anos (dp- 9,325), sendo o mais jovem de 28 anos e o mais velho de 60 anos.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra de pacientes pré-pós bariátricos

Grupo	n	%
Pré-bariátrico	20	66,7
Pós-bariátrico	10	33,3
Sexo	n	%
Feminino	27	90
Masculino	3	10
Estado Civil	n	%
Solteiros	5	16,7
Casados	18	60%
Divorciados ou viúvos	7	23,3
Escolaridade	n	%
Ensino fundamental	18	60
Ensino médio	7	23,3
Ensino superior	5	16,7
Filhos	n	%
Sim	24	80
Não	6	20
Renda Familiar	n	%
1-3 salários mínimos	29	96,7
4-6 salários mínimos	1	3,3

Dos participantes, 90% eram do sexo feminino e 10% do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 16,7% eram solteiros, 60% casados e 23,3% divorciados ou viúvos. Desses, 80% possuíam filhos, enquanto 20% não. Na categorização da variável escolaridade, 60% dos participantes possuíam formação até o ensino fundamental (incompleto ou completo), 23,3% possuíam formação até o ensino médio (incompleto ou completo) e 16,7% até o ensino superior (incompleto ou completo). A variável renda familiar teve como base o salário mínimo estipulado pelo governo em 2018 e caracterizou que 96,7% da amostra possuía renda familiar entre um e três salários mínimos e 3,3% entre quatro e seis salários mínimos. Como pode se visto na Tabela 1.

INSTRUMENTOS

Foi utilizado o Questionário de Esquemas Young - forma breve, que permite identificar quinze Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), a saber: abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso, arrogo/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, necessidade de subjugação, autossacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada (Young, 2003). É um instrumento composto por 75 itens, uma versão breve, adaptada e validada para Brasil da versão original de Jeffrey Young, por Cazassa (2007). O questionário possui um grau satisfatório de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,955) (Cazassa, 2007; Cazassa & Oliveira, 2012). Os esquemas são avaliados por meio de uma escala Likert de seis pontos, em que “um” se refere à alternativa “inteiramente falsa” e “seis” à alternativa que “descreve perfeitamente”. Na análise dos grupos separadamente, pré e pós-bariátrico, pode se perceber também a maior média no esquema de *autossacrifício* ($X=5$ e $X=5,6$, respectivamente). Por outro lado, quando se obtém a menor média os grupos, essas se diferem. O grupo de pré-bariátrico possui a menor média no esquema de *privação emocional* ($X=1,2$), enquanto a menor média no grupo pós-bariátrico é no EID de *defectividade/vergonha* ($X=1$). Entretanto, o esquema de *defectividade/vergonha* ($X=1,3$) obteve a segunda menor média no grupo de pré-bariátrico.

Outro instrumento utilizado foi um questionário sociodemográfico estruturado composto por sete itens que permitiam identificar a faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, presença de filhos e se o indivíduo pertence ao grupo pré ou pós-operatório, visando caracterizar e analisar o perfil da amostra.

PROCEDIMENTOS

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

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

Após a aprovação, os participantes foram abordados diretamente e individualmente no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU sendo convidados a participar da pesquisa. Aos que optaram por participar, inicialmente, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida, foi realizado o preenchimento do questionário sociodemográfico, juntamente com o Questionário de Esquemas de Young (versão breve) impresso. Todas as pessoas que optaram por participar do estudo receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram coletados dados de 33 pessoas, entretanto, os dados de três pessoas não foram incluídos nos resultados da pesquisa, uma vez que os questionários estavam incompletos ou por não se adequar ao critério de inclusão de idade, pois estavam acima de 60 anos.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e processados com o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22. Foram realizadas estatísticas descritivas (média) das variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, pré ou pós-bariátrico e os EIDs presentes. Para analisar a diferença de EIDs entre grupos pré e pós-bariátricos, foi utilizado um teste não paramétrico de comparação de medianas, o teste U de Mann-Whitney para amostras independentes, devido ao tamanho (30) e anormalidade da amostra.

RESULTADOS

No que diz respeito aos EIDs dos pacientes bariátricos ($n=30$), foi calculada a média de cada um dos 15 esquemas, conforme se observa na tabela 2. O EID que obteve a maior média foi o de *autossacrifício*, ($X=4,72$) seguido do esquema: *padrões inflexíveis/postura crítica exagerada* ($X=3,27$). Por outro lado, o esquema que obteve a menor média foi o: *defectividade/vergonha* ($X=1,6$), seguido pelo de *fracasso* ($X=1,73$). As demais médias dos outros EIDs ficaram em um intervalo médio entre $X=2,0$ e $2,8$ (Tabela 2).

Na análise dos grupos separadamente, pré e pós-bariátrico, pode se perceber também a maior média no esquema de *autossacrifício* ($X=5$ e $X=5,6$, respectivamente). Por outro lado, quando se obtém a menor média os grupos, essas se diferem. O grupo de pré-bariátrico possui a menor média no esquema de *privação emocional* ($X=1,2$), enquanto a menor média no grupo pós-bariátrico é no EID de *defectividade/vergonha* ($X=1$). Entretanto, o esquema de *defectividade/vergonha* ($X=1,3$) obteve a segunda menor média no grupo de pré-bariátrico.

Quando comparados os valores das medianas dos EIDs presentes nos participantes do grupo pré e pós-bariátrico, o teste não paramétrico de Mann-Whitney indicou que o esquema de *privação emocional* e o de *desconfiança e abuso* apresentaram valores mais altos para os participantes pós-bariátricos se com-

Tabela 2. Médias e Medianas dos EIDs em pacientes bariátricos e valores de significância Mann-Whitney na comparação dos EIDs dos grupos pré e pós-bariátricos.

Esquemas Iniciais Desadaptativos	Média bariátricos (n=30)	Teste U-Mann Whitney (Sig.)	Medianas	
			Prébariátrica (n=20)	Pósbariátrica (n=10)
Privação Emocional	2,12	0,031 ¹	1,2	2,2
Abandono/ Instabilidade	2,68	0,713 ¹	2,1	2,1
Desconfiança/ Abuso	2,79	0,039 ¹	2,4	3,8
Isolamento Social/ Alienação	2,72	0,650 ¹	2,5	1,9
Defectividade/ Vergonha	1,60	0,286 ¹	1,3	1
Dependência/ Incompetência	1,92	0,198 ¹	2,1	1,1
Vulnerabilidade ao dano	2,18	0,983 ¹	1,9	1,6
Emaranhamento/ Self subdesenvolvido	2,04	0,914 ¹	1,4	1,8
Fracasso	1,73	0,846 ¹	1,3	1,1
Arrogo/grandiosidade	2,42	0,948 ¹	2,6	2,5
Autocontrole/Autodisciplina Insuficiente	2,36	0,619 ¹	2,1	2,7
Subjugação	2,45	0,880 ¹	1,8	1,9
Autossacrifício	4,72	0,812 ¹	5	5,6
Inibição Emocional	2,25	0,559 ¹	2,7	2,3
Padrões Inflexíveis	3,27	1,000 ¹	3	2,9

parados aos pré-bariátricos e esta diferença é estatisticamente significativa a $p < 0,05$. Os índices de significância encontrados em todas as comparações dos esquemas e as medianas encontradas nos dois grupos estão resumidas na Tabela 2.

DISCUSSÃO

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

No esquema de autossacrifício, as pessoas espontaneamente satisfazem a necessidade e desejo dos outros, abrindo mão de sua própria gratificação para livrar-se do sentimento de culpa, como fonte de autoestima, poupar o outro de sofrimento ou manter vínculos com pessoas que se consideram carentes (Young et al., 2008). No domínio em que o autossacrifício está incluído, a base do déficit é a imposição de condições para trocas afetiva (Wainer et al., 2016).

O esquema autossacrifício faz parte dos denominados esquemas condicionais. Young et al (2008) postula os esquemas incondicionais e condicionais. Os EIDs incondicionais são os esquemas cujas crenças nucleares disfuncionais ocorrem muito precocemente no desenvolvimento, dizem respeito à visão de si e do outro e a pessoa acredita que a constitui de tal forma que não é possível mudar. Por outro lado, os esquemas

condicionais são tardios e oferecem esperança ao indivíduo, pois através destes esquemas ele pode alterar um resultado considerado negativo. São caracterizados como tentativas de obter alívio quanto ao esquema incondicional e se referem a esquemas “secundários”, em que o indivíduo tem a opção de subjugar-se, sacrificar-se, buscar aprovação, inibir emoções ou se esforçar para cumprir elevados padrões (Young et al., 2008).

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

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

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

Poursharif e colaboradores (2011) procuraram avaliar a relação de EIDs e aspectos ligados à identidade em indivíduos com obesidade. Os 66 voluntários que faziam parte de um programa de emagrecimento completaram o questionário Young versão reduzida e o "Aspects of Identity

Questionnaire-IV" (AIQ-IV). Os resultados mostraram que alguns aspectos da identidade (coletiva, pessoal, social e identidades relacionais) foram positivamente associados com os EIDs, principalmente com o esquema de autossacrifício. Segundo os autores, isso pode indicar que a manutenção de uma identidade pessoal negativa leva a pessoa obesa a desenvolver estratégias para não sofrer rejeições e o autossacrifício seria uma das saídas mais utilizadas. Esse mecanismo de enfrentamento da rejeição por meio do autossacrifício parece estar presente nas amostras pré e pós-bariátrica desta pesquisa.

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

No esquema de padrões inflexíveis as pessoas acreditam que devem se esforçar para cumprir altos padrões internalizados e são perfeccionistas à medida que dão atenção desproporcional aos detalhes e, geralmente, subestimam que seu desempenho é superior ao da maioria das pessoas. Os padrões elevados internalizados podem ser relacionados aos padrões de cunho ético, cultural ou religioso. O esquema de padrões inflexíveis, assim como o de autossacrifício, é um mecanismo hipercompensatório e, muitas vezes, o esquema de defectividade/ vergonha está subjacente a esses esquemas (Young et al., 2008).

O esquema de padrão inflexíveis, encontrado neste estudo, traz consigo o aspecto do perfeccionismo como uma forma de enfrentamento desadaptativo e hipercompensatório. A hipercompensação se refere à luta do indivíduo contra o esquema. Nesse enfrentamento a pessoa sente, pensa, se comporta e relaciona como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. A hipercompensação auxilia o indivíduo, por exemplo, a lidar com sentimentos fundamentais de privação emocional e defectividade (Young et al., 2008). A presença do perfeccio-

nismo indicado pelos padrões inflexíveis sugere um modo de enfrentamento hipercompensador da crença de defectividade na amostra de pacientes pré e pós-bariátrica. O perfeccionismo fornece autoestima, orgulho, sensação de superioridade e promove um senso de controle em ambientes que prejudicam a autoestima e construção da identidade. Portanto, pode-se dizer que os pacientes pré e pós-bariátricos dessa amostra parecem utilizar o perfeccionismo como modo de enfrentamento para lidar com a baixa autoestima.

Existem poucos estudos que compararam a ativação de EIDs em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e indivíduos pós-bariátricos. Os estudos, geralmente, comparam pacientes normais não obesos aos obesos com ou sem transtornos comórbidos. Imperatori et al. (2017) por exemplo, investigou a relação entre a compulsão alimentar e os Esquemas Iniciais Desadaptativos em 70 mulheres italianas obesas que procuraram um serviço de dietas para

emagrecimento, um dos principais resultados indicou que a gravidade da compulsão alimentar foi fortemente associada a todos os cinco domínios de esquemas. Além disso, severidade da compulsão alimentar foi relacionada positivamente aos domínios de desconexão / rejeição ($r = 0,41$; $p < 0,01$), limites prejudicados ($r = 0,26$; $p < 0,05$) e outros domínios ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Estes autores sugerem que tais comprometimentos nestes esquemas podem estar na raiz do desenvolvimento de transtornos alimentares.

Fereidouni et al. (2015) relatam em seu estudo com 60 mulheres iranianas obesas e candidatas à cirurgia bariátrica que responderam ao Questionário de Esquemas Young - forma breve com uma maior pontuação nos EIDs de privação emocional, desconfiança, fracasso, dependência, autossacrifício, abandono, isolamento social, vulnerabilidade, autocontrole e de subjugação se comparadas a outras 60 mulheres não obesas que formaram o grupo controle. Além disso, as mulheres obesas obtiveram baixa pontuação nos esquemas de vergonha, inibição emocional e padrões inflexíveis. Os resultados encontrados na pesquisa iraniana corroboram os dados encontrados nesta pesquisa de que o esquema de autossacrifício apresentou alta pontuação, do mesmo modo que o esquema de vergonha apresentou menor valor. Entretanto, neste estudo, o esquema de padrão inflexível obteve pontuação elevada o que não foi encontrado no estudo iraniano. Dessa forma, pode-se perceber a necessidade de considerar a importância de diferenças culturais na análise dos esquemas, além de mostrar ser necessário ampliar a pesquisa no campo da avaliação dos esquemas em paciente bariátricos, incluindo também população do sexo masculino e amostras maiores.

Na presente pesquisa, quando comparamos os escores dos EIDs presentes nos dois grupos, pré-bariátrica e pós-bariátrica, os resultados mostraram que os EIDs que obtiveram diferença significativas foram: privação emocional e de desconfiança e abuso, conforme a Tabela 2, com médias

maiores encontradas no grupo pós-bariátrica. Nos demais EIDs não foi possível verificar diferenças.

As medianas elevadas encontrados no grupo pós-bariátrica pode indicar que indicadores de saúde mental encontrados em pesquisas que atestam os benefícios psicológicos da cirurgia bariátrica, talvez não se estendam aos Esquemas Iniciais Desadaptativos que são rígidos, inflexíveis e difíceis de serem modificados (Young et al., 2008).

Young et al (2008) afirmam que pacientes que possuem o esquema de autossacrifício, geralmente, possuem de forma sobreposta o esquema de privação emocional, verificado em maior média em participantes do grupo pós-bariátrica. No autossacrifício, as pessoas aparentemente estão contentes em se sacrificar, entretanto, essa parece ser uma forma de hipercompensação da privação emocional, pois atendem as necessidades alheias, mas suas próprias estão insatisfeitas buscando receber carinho, atenção ou esforços empáticos daqueles pelos quais se autossacrificam. Podem apresentar raiva e ressentimento daqueles para os quais dirige seus sacrifícios ocasionando prejuízos significativos como, por exemplo, falta de prazer e problemas de saúde.

Por sua vez, o esquema de desconfiança/abuso, encontrado com maior média em grupo pós-bariátrico após comparação, se refere as expectativas de que o outro irá machucar, abusar, humilhar, enganar, mentir, manipular ou aproveitar-se (Young et al., 2008). Esse esquema foi indicado nesta pesquisa com pontuações altas nas afirmações: “sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim”; “desconfio muito dos motivos dos outros”; “eu geralmente fico preocupado com o motivo escondido nas pessoas”. Para lidar com essa expectativa em relação ao outro, é possível que tanto o esquema de autossacrifício, quanto o de padrões inflexíveis, podem ser de enfrentamento da ideia de que o outro o humilhe, o engane, minta, manipule o se aproveite. Dessa forma, sacrificar-se pelo outro e manter padrões muito rígidos (perfeccionistas) são formas de lidar com esse “outro” que pode ser percebido como agressor.

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

obesidade de fatores ligados a condições psicopatológicas prévias do indivíduo.

Deve-se considerar também que, ao se observar a composição desta amostra, percebe-se que ela foi constituída principalmente por mulheres, casadas e com filhos, na faixa dos 40 anos, com baixa escolaridade e renda de até três salários mínimos. É possível que o esquema de autossacrifício seja uma estratégia de enfrentamento ao estresse e às cobranças características dos papéis que possivelmente são impostos às mulheres em nossa cultura.

Consequentemente, se a Terapia do Esquema pode contribuir para explicar esquemas presentes em pacientes pré e pós-bariátrica, a abordagem pode colaborar para reduzir mecanismos compensatórios, comportamentos desadaptados e a disforia emocional que podem impactar o comportamento alimentar e o ganho de peso em pacientes bariátricos.

A obesidade em si não é considerada um transtorno psicológico, mas existe uma correlação forte entre a obesidade e comorbidade com outros transtornos mentais, sobretudo com a depressão e transtornos alimentares (Palavras, Hay, Filho, & Claudino, 2017; Corrêa et al., 2018). Novas pesquisas são necessárias para avaliar os EIDs em amostras maiores que considerem outras variáveis como a existência de quadros de ansiedade, depressão e transtornos alimentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se inferir, a partir desse estudo, que o esquema autossacrifício e padrões inflexíveis encontrados nos participantes pré e pós-bariátricos foi desenvolvido como tentativa para lidar com esquemas incondicionais ligados a baixa autoestima. Considerando que EIDs são vivências desadaptadas, este estudo exploratório aponta para a necessidade de avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica.

Avaliar e tratar os EIDs nestes pacientes é importante, uma vez que fazer emergir esquemas adaptados podem levar ao incremento de uma maior consciência e adaptação do comportamento alimentar, bem como melhorar possíveis psicopatologias que possam apresentar-se comórbidas

A Terapia do Esquema propõe que um dos principais objetivos do tratamento com pacientes que apresentam o esquema autossacrifício é ensinar que todas as pessoas possuem o mesmo direito de terem suas necessidades supridas e desenvolver um autointeresse saudável. Como também, incentivar o autocuidado em pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica é uma intervenção importante. Além disso, padrões inflexíveis e perfeccionismo podem ser modificados por intervenções que flexibilizem os padrões e os tornem realísticos.

REFERÊNCIAS

- Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 245-252. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.002.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 abril 2013.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349. <http://doi.org/10.1080/165060073.2017.14110566>.
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: Validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – Short Form* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: Forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100003>.
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016657508247>.
- Corrêa, L., Souza, V. B., & Rahim, S. T. (2018). *A relação entre obesidade e depressão em adultos: Uma revisão de literatura brasileira nos últimos 10 anos*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.
- Fereidouni, F., Atef-Vahid, M. K., Lavasani, F. F., Orak, R. J., Klonsky, E. D., & Pazooki, A. (2015). Are Iranian obese women candidate for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 397-403. doi:10.1007/s40519-014-0168-6.
- Gaira, H. M., Martins, T., Lopes, D. W., Roos, N., Poll, F. A., & Wichmann, F. M. A. (2018). Aspectos relacionados ao comportamento alimentar na obesidade. *Anais do IX Salão de Ensino e Extensão*. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lester, D., Continisio, M., Balsamo, M., Saggino, A., & Fabbicatore, M. (2017). The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*, 9,1-10. doi: 10.3390/nu9111259.
- Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24 (1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p1-14>.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotion needs. In J. Broersen & M. van Vreeswijk (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory research and practice* (pp 41-66). Chichester: Wiley.
- Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., Silva, D. C., & Oliveira, M.
- S. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(10), 1-11. doi: 10.3390/bs7010010.
- Palavras, M. A., Hay P., Filho, C. A., & Claudino, A. (2017) The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with bulimia nervosa and binge eatin disorder who are overweight or obese: A critical synthesis and meta-analyses. *Nutrients*, 9(3) doi: 10.3390/nu9030299.
- Poursharifi, H., Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Salehinezhad, M. A. (2011). The relationship between early maladaptive schemas and aspects of identity in obesity. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30, 517–523. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.101>.
- Ramos, A. C. (2016). Cirurgia bariátrica: A situação atual do Brasil. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Acesso em 25/11/2018. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>.
- Silva, A. F., Gimenes, A. F., Souza, N. M., Amaral, D. B., Silva, M. A. O., Araújo, D. B., Pinto,
- G. A., & Chicayban, L. M. (2018). Comparação da capacidade funcional entre obesos, pós tardio de cirurgia bariátrica. *Revista Perspectivas Online: Biológicas e Saúde*, 8(27). doi: 10.25242/886882720181439.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2019. *Psicologia*. Acesso em: 06/01/2019. Disponível em: https://www.sbcbm.org.br/psicologia/#1507055885451-6ce15684_8580.
- Stival, N. L., Reis, J. B., Cabral, J. F., & Oliveira J. M. (2019). Perspectiva da pessoa submetida à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(77), 79-89.
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). *Terapia Cognitiva focada em esquemas Integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Westphalen, R. B., & Méa, C. P. D. (2018). Esquemas iniciais desadaptativos em indivíduos com diagnóstico de obesidade. *XII Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária e X Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação IMED*, Passo Fundo, RS, Brasil.
- World Health Organization. (2016). The launch of the WHO Global report on diabetes. Acesso em 30/05/2018. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/2016/world-health-day/en/>.
- Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquema* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior...and feel great again*. New York: Plume Book.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zilberstein, B., Santo, M. A., & Carvalho, M. H. (2019). Análise crítica das técnicas de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 32(3). doi: /10.1590/0102_672020190001e1450.