



ORGANIZAÇÃO

Aída Regina Marcondes Franques

Cristina Cardoso Freire

Michele Pereira da Silva

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

COESAS/SBCBM

SUMÁRIO

- I **PREFÁCIO**
 - I Antônio Carlos Valezi - Presidente da SBCBM
 Biênio 2023/24
 - III Aída R. M. Franques
- VII **COMISSÃO ORGANIZADORA**
- VIII **COMISSÃO TÉCNICA**
- X **GRUPOS DE TRABALHO**
- 16 **CONSIDERAÇÕES GERAIS**
- 18 **ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO TRATAMENTO
 CIRÚRGICO DA OBESIDADE CLINICAMENTE GRAVE**
- 22 **A PSICOLOGIA INSERIDA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**
- 23 Metodologia
- 26 Práticas atuais
- 27 Etapas do acompanhamento do paciente na
 assistência psicológica
- 28 **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA E
 PREPARO PSICOEDUCACIONAL**
- 30 Entrevista clínica
- 35 Identificação do paciente
- 36 Composição familiar, investigação da dinâmica das
 relações familiares de origem e atual
- 38 Motivos para procurar a cirurgia
- 41 Expectativas com o tratamento
- 42 Histórico da obesidade
- 46 Comportamentos alimentares atuais
- 48 Hábitos alimentares e prática de atividades físicas
- 50 Histórico psiquiátrico, uso de álcool e outras drogas
- 52 Preparo psicoeducacional

SUMÁRIO

- 54 **TRANSOPERATÓRIO**
- 55 Acompanhamento hospitalar ajuda a minimizar a ansiedade e o estresse desencadeados pelo processo cirúrgico
- 56 Atendimentos individuais – realizados na enfermaria, após internação do paciente
- 58 Pós-operatória e Follow-up
- 64 **CARACTERÍSTICAS DO PÓS-OPERATÓRIO**
- 64 Adesão ao tratamento
- 66 Sobre as psicopatologias
- 67 Sobre a perda de peso
- 67 Especificidades do pós-operatório de pacientes adolescentes
- 68 A psicoeducação durante a fase pós-operatória
- 69 **RECOMENDAÇÕES**
- 69 Profissional de psicologia
- 70 Encaminhamento para avaliação e acompanhamento psiquiátrico
- 70 Estágio: supervisores e docentes responsáveis
- 70 Atividades de pesquisa
- 71 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 72 **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

PREFÁCIO



Antônio Carlos Valezi

Presidente da Sociedade Brasileira
de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
Biênio 2023-2024

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica congratula seu núcleo de Saúde Mental por esta iniciativa. Eu, como presidente, sinto-me honrado em prefaciар este livro.

As dificuldades vividas pela pessoa que convive com obesidade são inúmeras, sua condição acarreta consequências fisiológicas e transtornos no âmbito psicológico. Seu estado emocional pode influenciar negativamente o tratamento, sendo assim, torna-se relevante a compreensão deste processo na busca de avanços para melhorar o atendimento a estes pacientes, durante sua jornada de cuidados pré e pós-operatórios.

É muito oportuno o lançamento destes diretrizes. Esta obra representa contribuição importantíssima à comunidade científica, notadamente aos profissionais da psicologia, pelas características com que foi elaborada.

Trata-se de texto profundo, abrangente, de grande contribuição sob os aspectos teóricos e práticos, elaborado por especialistas reconhecidos pelo vasto conhecimento sobre os diferentes temas que constituem esta obra.

Cada autor, com admirável conhecimento do tema sob sua responsabilidade, escreveu e completou este valioso livro, que não se trata de uma obra comum. A leitura amena, agradável e con-

sistente de cada página proporciona ao leitor a atualização do tema em pauta.

O presente documento torna-se objeto de consulta obrigatória a todos que desejam atualização sobre o assunto da jornada psicológica do portador de obesidade.

O lançamento veio ocupar um espaço que estava vago e demonstrar a pujança dos profissionais da saúde mental da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Todos os autores estão de parabéns pelo esforço e pelo resultado final ao publicarem esta notável obra.

PREFÁCIO



Aída R. M. Franques

A atuação do psicólogo junto ao cirurgião bariátrico está presente desde os primórdios da Cirurgia Bariátrica, quando o médico cirurgião Dr. Arthur Garrido passou a realizar essas cirurgias inovadoras, no Hospital das Clínicas de São Paulo. Participação discreta, pontual, mas já presente desde o início. Logo após criar o Instituto Garrido em 1993, a primeira equipe particular de Cirurgia Bariátrica em nosso país, Dr Arthur incluiu o atendimento psicológico no processo de avaliação e preparo dos pacientes para a cirurgia e no acompanhamento pós-operatório. Essa participação do psicólogo aconteceu portanto, muito antes da resolução do CFM de 2005 e do Consenso Multissocietário em Cirurgia Bariátrica da SBCBM de 2006, que instituíram a presença da Equipe Multidisciplinar junto ao cirurgião bariátrico. Para mim, é motivo de grande orgulho ter participado dessa equipe praticamente desde o seu início. Tinha a meu favor mais de dez anos de experiência, no trabalho exclusivo com pessoas com obesidade em tratamento clínico. Contudo a cirurgia bariátrica nos trouxe um desafio completamente novo, já que acelerou as transformações que acometem o indivíduo no processo de emagrecimento. Se antes podíamos acompanhar o paciente durante toda a sua jornada de descobertas e adaptações de forma gradativa, agora a mudança física passou a ocorrer de uma maneira bem mais rápida e sustentada, provocando impactos e transformações na vida das pessoas, que na época desconhecíamos. A partir dessa intervenção cirúrgica surgia uma “subárea” completamente nova

na psicologia da obesidade que requeria ajustes e modificações na abordagem desses pacientes.

Por algum tempo foi um trabalho realizado de forma quase que intuitiva, já que não tínhamos bibliografia a respeito e muito menos referências anteriores, mesmo fora do Brasil, onde o atendimento psicológico nessa área era praticamente inexistente. Baseamos nossas atuações em experiências que tínhamos no tratamento de pessoas com obesidade em processo de emagrecimento. Através da transdisciplinaridade, aprendemos sobre a cirurgia bariátrica e as alterações orgânicas que provocavam e investimos na interlocução e apoio entre as poucas psicólogas que foram despontando nas equipes bariátricas que surgiam, com cirurgiões treinados pelo próprio Dr. Arthur Garrido. Com tudo isso fomos nos aprimorando, estudando e nos capacitando muito na prática, no exercício da atividade, através do acompanhamento dos nossos novos pacientes.

Nosso fortalecimento maior veio com a criação da COESAS (Comissão das Especialidades Associadas) em 2003, um braço dentro da SBCBM, que se propõe a agregar todas as especialidades que atuam junto a cirurgia bariátrica (menos os cirurgiões). A partir de então, desde o VI Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica realizado no Rio de Janeiro em 2004, passamos a ter programação científica específica das especialidades e a participação cada vez maior dos profissionais das diferentes especialidades envolvidas no atendimento ao “paciente bariátrico”. Desde o começo da COESAS, a psicologia era a especialidade que maior número de profissionais agregava, sendo seguida de perto algum tempo depois pela nutrição, alternando a liderança numérica por pequenas diferenças, ao longo dos anos.

Com o crescimento da Cirurgia Bariátrica no Brasil e com o consequente aumento constante dos profissionais de psicologia atuando nessa área, fez-se necessário estabelecermos diretrizes, a fim de sistematizar e garantir a participação efetiva desses profissionais, alinhando intervenções e estratégias, para melhor prestação de serviço aos nossos pacientes.

Foi assim que em 2014, no XVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foi apresentado e aprovado o Protocolo de Psicologia, que se transformou no I Consenso Clínico da Comissão das Especialidades Associadas (COESAS) sobre a Assistência Psicológica no Tratamento Cirúrgico da Obesidade. Foi um importante primeiro passo, pois serviu para nortear nosso trabalho, mostrar caminhos e reduzir o risco de intervenções psicológicas inadequadas.

Recentemente, quase dez anos depois, o Núcleo de Saúde Mental da COESAS criou a Comissão do Protocolo de Psicologia, da qual com muita honra fiz parte, juntamente com Michele Pereira e Cristina Freire. Precisávamos pensar e desenvolver um novo protocolo, agora mais maduro, experiente e abrangente. A descrição de como desenvolvemos esse trabalho está no item 6. Metodologia, na apresentação deste referido documento.

Foi um trabalho iniciado em 2020, quando ainda enfrentávamos o isolamento social imposto pela pandemia do COVID 19. Muitas reuniões online, nas quais além do trabalho em si, tínhamos o prazer de rever colegas e amigos que havíamos deixado de encontrar nos simpósios, cursos e congressos, suspensos desde o início do isolamento social. Vale a pena destacar o envolvimento, a dedicação e a alegria em fazer parte desse grupo da construção das novas Diretrizes de Assistência Psicológica em Cirurgia

Bariátrica e Metabólica, que se fez presente o tempo todo, entre todos aqueles que trabalharam nesse projeto!

Este documento aborda de forma abrangente as questões da obesidade, dos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento cirúrgico da obesidade, cita os tipos de cirurgias mais realizadas e detalha as várias etapas do acompanhamento do paciente na assistência psicológica no pré, trans e pós-operatório, além de oferecer informações importantes a serem repassadas aos pacientes na orientação psicoeducativa. Assim, este documento, da forma que foi construído, pode oferecer, mesmo aos profissionais de psicologia “não iniciados” na área, uma base importante de informações para que, a partir dela e da direção que aponta, busquem estudo e formação para desenvolver uma atuação competente e assertiva junto às equipes de bariátrica.

Quero manifestar minha gratidão por ter sido convidada a fazer parte dessa construção e a enorme satisfação em constatar o grande número de jovens profissionais da psicologia, atuando de forma tão séria e competente para o desenvolvimento e a consolidação da “Psicologia Bariátrica”. Mais do que isso, por sentir em cada um deles, o respeito e a empatia com que se referem às pessoas que estão sob seus cuidados. E acreditem, essa é a base de qualquer trabalho de excelência!

Boa leitura e aproveitamento do conteúdo desse trabalho que é fruto da expertise e dedicação de muitos psicólogos, hoje com embasamento teórico e reconhecida experiência prática e atuantes no atendimento pré, trans e pós-operatório da Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Aída Regina Marcondes Franques

- Psicóloga Especialista em Obesidade e Transtornos Alimentares (Unicamp-SP).
- Atua em equipes multidisciplinares desde 1996 em São Paulo-SP.
- Uma das fundadoras e Ex-Presidente (2007- 2008) da Comissão de Especialidades Associadas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM).
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ aidafranques@gmail.com

Cristina Cardoso Freire

- Psicóloga Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Endocrinologia/ UNIFESP.
- Especialista em Psicossomática Psicanalítica/ Sedes Sapientae.
- Atua em equipes multidisciplinares desde 2012 em São Paulo-SP.
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ freirecris@hotmail.com

Michele Pereira da Silva

- Psicóloga Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar.
- Pós-graduação em Teoria Psicanalítica (UniCEUB).
- Atua em equipes multidisciplinares desde 2011 em Brasília-DF. Voluntária no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUB (2013-2014).
- Colaboradora do Núcleo de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) desde 2015.
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ mpereira1606@yahoo.com.br

COMISSÃO TÉCNICA

Cícero Nunes Menezes

- Psicólogo Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB).
- Pós-graduação em Psicologia Jurídica pela UniSãoPaulo- Universidades in Copany de São Paulo. Pós-graduando em Neuropsicologia pela Faculdade Unyleya.
- Psicólogo militar do Exército Brasileiro atuando na Seção de Assistência Social - SAS/11ª Região Militar em ações socioassistenciais.
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/ SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ menezescicero.psi@gmail.com

Ivanimeire Grossi

- Psicóloga Especialista em Neuropsicologia no Hospital Israelita Albert Einstein.
- Aprimoramento e Especialização em Psicologia Hospitalar UNICAMP.
- Atua em equipes de Cirurgia Bariátrica e Metabólica desde 2005 em Campinas-SP.
- 2017-2022 - Colaboradora do Núcleo de Estudos de Obesidade (NEO), do IPq HC FMUSP
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/ SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ ivanimeire@gmail.com

COMISSÃO TÉCNICA

Lia Cristina Mello Pellini Vieira

- Psicóloga Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).
- Estágio de aperfeiçoamento clínico no Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) Especialização em Serviço Social pela Indiana School of Social Work
- Aprimoramento interdisciplinar em Transtornos Alimentares do Ambulatório De Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade De São Paulo (IPq/HC-FMUSP).
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ lia.pellini@gmail.com

Thaaty Burkle Hercowitz de França

- Psicóloga Doutora (2013) e Mestre (2009) em Saúde Coletiva – UFRJ.
- Especialização em Psicanálise e Saúde Mental (2007) - UERJ. Pós-graduação em Sexologia e Terapia de casais (2022) - Universidade de Barcelona.
- Atua na equipe do Centro Médico Dr. Sérgio Ricardo Dias Guimaraes desde 2008 no Rio de Janeiro-RJ.
- Membro Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS/SBCBM) e da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

✉ thaatyb@gmail.com

GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO 01

CONSULTORAS

Andrea Levy | anlevy@hotmail.com
Helena Muller | hmullerobesidade@gmail.com

COORDENADORA

Barbara Falcão | bchsfalcao@gmail.com

PARTICIPANTES

Alaelçon Gomes Barbosa
Andreza Cristina Pirillo
Camilla Accioly Pereira
Daniele Barbosa
Donzilia do Rosário Aveiro
Jordana Petillo
Ruth Fabbri Ramos Ascencio

GRUPO 02

CONSULTORAS

Ana Maria Pinto Gatto | ana@gatto.com.br
Maria Elisabeth Gatto | m.bethgatto@gmail.com

COORDENADOR

Cícero Nunes Menezes | menezescicero@hotmail.com

PARTICIPANTES

Fábia Oliveira Baima do Lago Santos
Fernanda Gamal
Karina Andrea Fabricio
Larissa Slhessarenko Ribeiro
Sonia Regina Nunes
Thais Maynart Machado

GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO 03

CONSULTORAS

Simone Marchesini | simonedallmarc@yahoo.com

Cristina Freire | freirecris@hotmail.com

COORDENADORA

Lia Cristina Mello Pellini Vieira | lia.pellini@gmail.com

PARTICIPANTES

Joana Cristina Da Silva

Laura Da Costa Diniz

Lilian Landin

Patricia Queiroz Ferreira De Brito

Thaaty Burkle Hercowitz De França

Virginia Serpa Correia Lima

GRUPO 04

CONSULTORAS

Eliane Gomes Ximenes | egximenes@yahoo.com.br

Soraya Aparecida de Oliveira | soraya.br@hotmail.com

COORDENADORA

Mariângela Leme de Almeida De Paolis | mariangelalemedealmeida@gmail.com

PARTICIPANTES

Bruna Cerqueira Paes

Carolina Mocellin Ghizoni

Loreta Barioni Garcia Capassi

Maria Ignez Xavier de Toledo Duarte

Marina de Souza Monteiro

Paula Chaves de Andrade

Viviane Barbosa de Melo Torres

GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO 05

CONSULTORAS

Marcela Abreu Rodrigues | marcelabreu81@gmail.com

Isabel Paegle | icmpaegle@terra.com.br

COORDENADORA

Uilma César de Lima Espíndola Salgueiro | uilma.lima@hotmail.com

PARTICIPANTES

Anderson Monteiro Lins

Márcia Silva Marques

Melissa Pascoal

Michelle Lyrio Tabachi Volpato

Renata Rodrigues Arnoni

Thais costa Ribeiro de Andrade

Thainá de Castro Benatto Ferreira

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A especialidade de Psicologia do Núcleo de Saúde Mental da Comissão de Especialidades Associadas (COESAS), que pertence a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SB-CBM), apresenta aos psicólogos - e demais profissionais da área da saúde - as Diretrizes Brasileiras de Assistência Psicológica em Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Essas diretrizes, na prática clínica, para avaliações psicológicas, são desenvolvidas sistematicamente visando auxiliar os psicólogos e demais profissionais da equipe multiprofissional na tomada de decisões em condições clínicas específicas.

O embasamento da diretriz advém da experiência profissional dos autores que apresentam conhecimento em avaliação pré-cirúrgica e no acompanhamento pós-cirúrgico nos cuidados de pacientes bariátricos e da literatura científica acerca da temática.

Organizar a avaliação e orientação psicológica em consenso com os profissionais da Psicologia, ajuda a fornecer informações importantes aos pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica e/ou metabólica através de orientações que objetivam a conscientização e estimulação para as mudanças no estilo de vida após a cirurgia [1;2;3;4].

As diretrizes são orientações que definem e regulam como atuar diante dos casos clínicos. Assim, é um documento de trabalho que apresenta instruções e indicações para que seja estabelecido um plano, em conjunto com os profissionais, levando em consideração as peculiaridades de cada caso. Desse modo, a avaliação adequada de cada caso permitirá que essas orientações sejam

aplicadas de maneira assertiva.

Essa proposta visa nortear a conduta dos psicólogos que atuam no tratamento da obesidade, cirurgia bariátrica e metabólica em serviços públicos e/ou privados. Assim, pretende-se reduzir a grande variedade de intervenções psicológicas, por vezes, inadequadas no tratamento cirúrgico da obesidade.

Propõe-se, então, estabelecer diretrizes a partir da participação efetiva dos profissionais de psicologia, com seus saberes e práticas específicas, para a construção conjunta de estratégias no tratamento cirúrgico da obesidade. Consequentemente, este documento exigirá revisões periódicas para continuar a refletir a respeito dos conhecimentos mais atuais.

Essa proposta visa nortear a conduta dos psicólogos que atuam no tratamento da obesidade, cirurgia bariátrica e metabólica em serviços públicos e/ou privados. Assim, pretende-se reduzir a grande variedade de intervenções psicológicas, por vezes, inadequadas no tratamento cirúrgico da obesidade.

Propõe-se, então, estabelecer diretrizes a partir da participação efetiva dos profissionais de psicologia, com seus saberes e práticas específicas, para a construção conjunta de estratégias no tratamento cirúrgico da obesidade. Consequentemente, este documento exigirá revisões periódicas para continuar a refletir a respeito dos conhecimentos mais atuais.



ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE CLINICAMENTE GRAVE

A intervenção de tratamento da obesidade pela cirurgia bariátrica e metabólica surgiu como um recurso muito eficiente para pessoas com obesidade de grau III quando outros tipos de tratamentos não obtiveram o mesmo sucesso com essa população. O tratamento cirúrgico não apenas induz a perda de peso, mas, também, melhora as suas comorbidades.

A redução do peso, com a cirurgia, é o objetivo principal cujo benefício está relacionado à melhora do quadro clínico de saúde do indivíduo, proporcionando adequada qualidade de vida.

A cirurgia bariátrica teve um crescimento rápido, se popularizou no mundo e no Brasil. [15;16]. Em 2014, o Brasil ficou atrás apenas dos Estados Unidos no número de procedimentos cirúrgicos bariátricos/metabólicos, com > 95000 cirurgias [17]. Das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a obesidade, bem como alguns transtornos mentais a ela associados, surgem como grandes desafios para a saúde mundial nas próximas décadas [18].

No que diz respeito aos transtornos mentais, o transtorno da compulsão alimentar (TCA), a depressão e a ansiedade são os distúrbios psiquiátricos mais frequentes em indivíduos com obesidade grau III que procuram a cirurgia bariátrica [19]. Dificuldades com a autoimagem, auto prejuízo, adições, traumas e abusos também

estão presentes, mostrando que problemas psicológicos e psiquiátricos estão frequentemente ligados ao alto índice de massa corporal [20; 21].

As dificuldades e os comportamentos associados à desordem alimentar podem ser um desafio para esses pacientes obesos. Manejar, reconhecer ou descrever, para si mesmos, tais comportamentos é um resultado que, geralmente, é alcançado com o auxílio do acompanhamento psicológico [21].

A avaliação psicológica pré-operatória à cirurgia bariátrica permite identificar nos pacientes psicopatologias como depressão maior, transtorno da compulsão alimentar, abuso de substâncias, entre outros, que podem impactar na programação do procedimento cirúrgico e indicar para o paciente o encaminhamento para uma intervenção especializada prévia à cirurgia. A indicação para realizar a cirurgia, de modo geral, deve ocorrer após a estabilização desses transtornos [22; 23].

No período posterior à cirurgia, é importante acompanhar a adesão do paciente a uma restrição calórica e a uma dieta líquida inicial por serem condições necessárias para o processo de cicatrização da cirurgia e para a indução da perda de peso. Aos poucos, a alimentação vai se ampliando e vão surgindo as mudanças trazidas pelo emagrecimento. A assistência psicológica durante todo esse período deve estar presente.

O primeiro ano após a cirurgia, apesar de grandes mudanças, costuma transcorrer de modo satisfatório para o paciente tanto com a adaptação a sua alimentação, quanto com relação ao resultado da redução de peso. Porém, a compulsão alimentar, que tem alta

prevalência entre os pacientes bariátricos, e outros problemas alimentares podem surgir, interferindo na manutenção da alimentação prescrita e propiciando a recidiva da obesidade [19].

Entender os aspectos de comportamento que precisam ser abordados, o delineamento dos mecanismos psicológicos envolvidos no desenvolvimento da compulsão alimentar e de outras desordens da alimentação, em candidatos bariátricos, influencia na melhora dos resultados pós-cirurgia [24].

TIPOS DE CIRURGIA

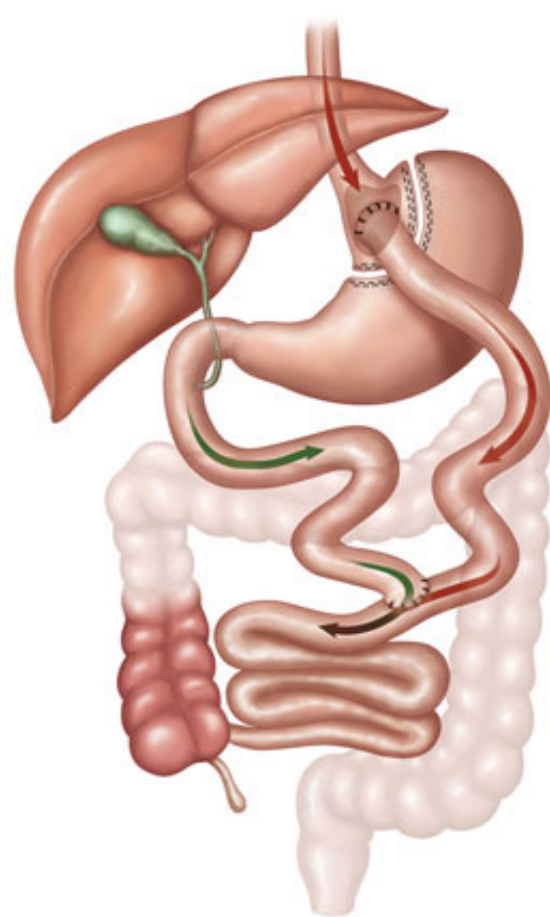
A quantidade de pacientes com indicação cirúrgica cresceu nos últimos anos devido ao aumento do número de pessoas com obesidade grau III (incluindo adolescentes e indivíduos com mais de 60 anos), além da inclusão das cirurgias metabólicas - em pacientes obesos/sobrepeso para tratamento do Diabetes Tipo 2 (DMII).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) reconhece, atualmente, quatro tipos de cirurgias bariátricas, que são: o bypass gástrico, a gastrectomia vertical (sleeve), a derivação biliopancreática e a banda gástrica ajustável. Esses procedimentos podem ser feitos por cirurgia aberta, videolaparoscopia e cirurgia robótica. Estudos em andamento estimam a intervenção por meio endoscópico, mas está ainda em fase de avaliação de resultados e definição do perfil do paciente [16].

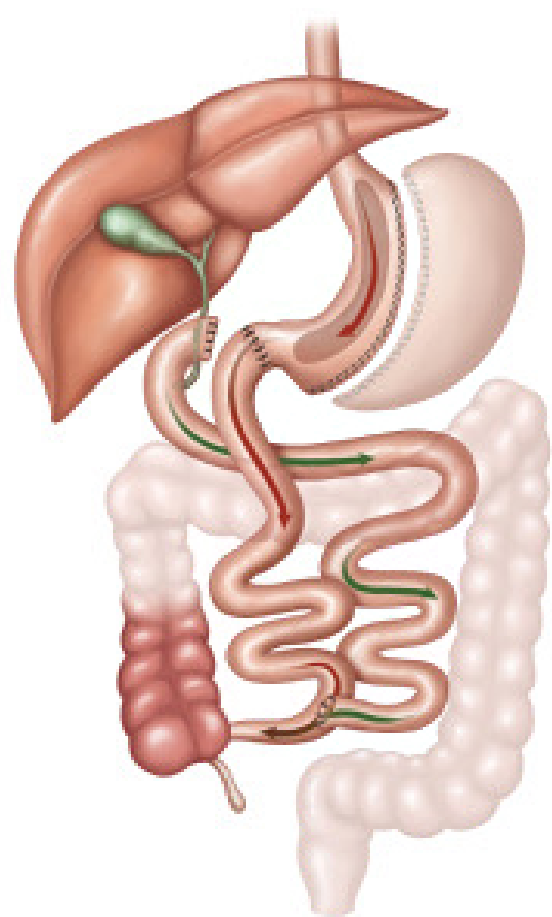
As cirurgias se diferem pelo mecanismo de funcionamento no organismo. Existem três tipos básicos de cirurgias bariátricas: as restritivas, as disabsortivas e as mistas. As cirurgias restritivas diminuem a quantidade de alimentos que o estômago recebe, in-

duzindo a sensação de saciedade. As cirurgias disabsortivas alteram pouco o tamanho do estômago e sua capacidade em receber alimentos, mas modificam a absorção dos alimentos no intestino delgado, reduzindo o tempo do trânsito do alimento pelo intestino delgado, diminuindo sua absorção e induzindo o emagrecimento. As cirurgias de técnica mista restringem a quantidade de alimento recebido no estômago, que se tornará pequeno, e havendo curto desvio do intestino com discreta má absorção dos alimentos. Promovem aumento da saciedade e redução da fome, sendo avaliadas, pelos cirurgiões, como “cirurgias de padrão ouro” pelo elevado índice de satisfação, bom controle das doenças associadas e manutenção do peso perdido em longo prazo.

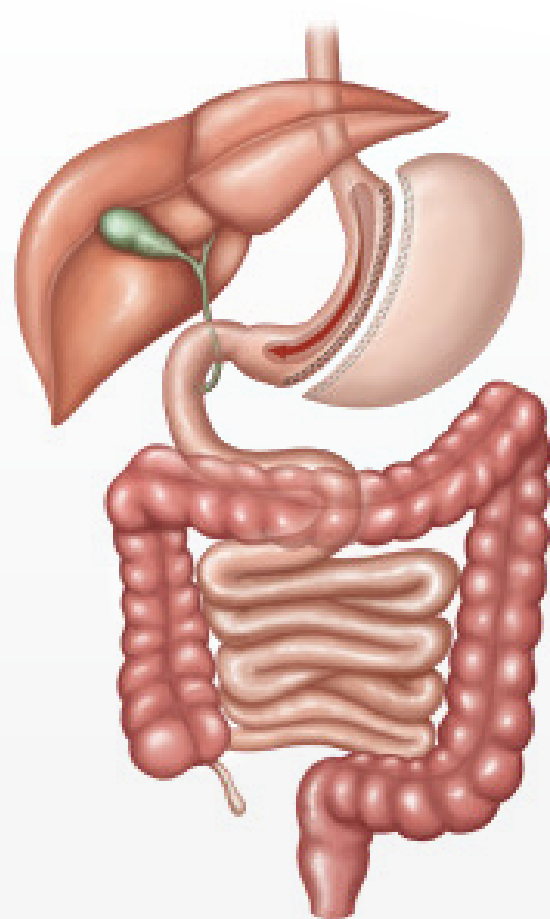
Bypass Gástrico



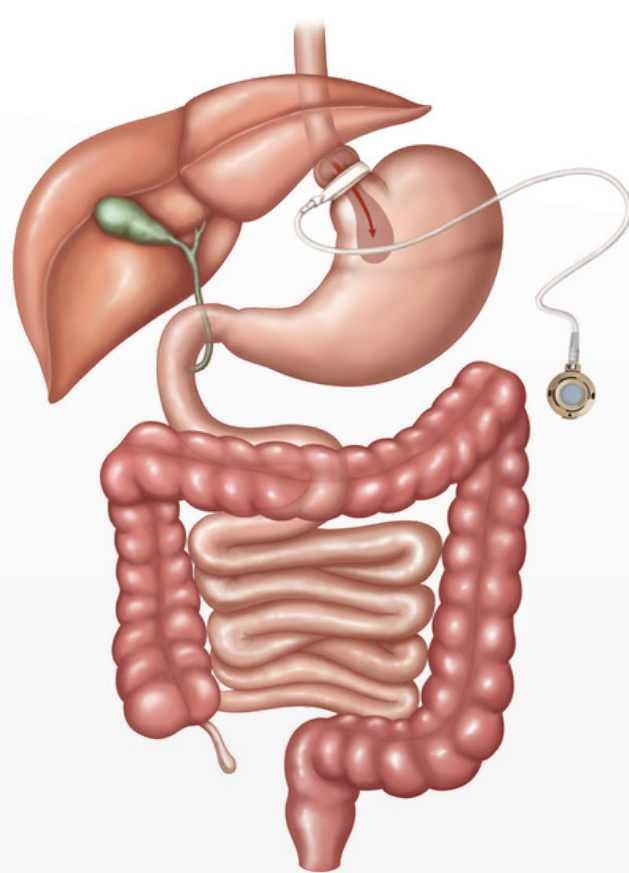
Duodenal Switch



Gastrectomia Vertical



Banda Gástrica





A PSICOLOGIA INSERIDA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A portaria do Ministério da Saúde de nº. 425, de 19 de março de 2013, estabelece o regulamento técnico, as normas e os critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, prevendo assistência psicológica nas fases pré e pós-operatória [25].

Ao longo do tratamento cirúrgico, o psicólogo tem o papel de identificar e tratar alterações psicológicas, questões emocionais que possam comprometer o tratamento, realizar intervenções psicoeducativas sobre a doença obesidade, suas comorbidades e o processo de tratamento cirúrgico, além de facilitar o manejo de demandas relacionadas ao emagrecimento e a adesão às orientações da equipe multiprofissional.

As transformações no campo de trabalho do psicólogo que atua na cirurgia bariátrica observadas, a partir de 2014, data da criação do primeiro protocolo sobre assistência psicológica, no tratamento cirúrgico da obesidade [26], justificam a atualização do protocolo clínico. As principais mudanças foram:

- Crescimento de aproximadamente 90% no número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil nos últimos cinco anos;
- Inclusão das cirurgias metabólicas, introduzindo um grupo de pacientes obesos/sobrepeso com suas especificidades;
- Crescente indicação da cirurgia bariátrica e metabólica para os adolescentes e pessoas acima dos 60 anos, que têm necessidades específicas;

METODOLOGIA

Para a atual construção deste documento, que nomeamos como Diretrizes, foi utilizado, como modelo, o Protocolo Clínico em Psicologia, publicado no ano de 2014, pela SBCBM, que foi elaborado por treze psicólogas membros da COESAS. (Aída R. Marcondes Franques (SP), Ana Maria P. Gatto (ES), Andrea Levy Sprengel (SP), Debora Gitman Gleiser (RS), Eliane Gomes Ximenes (PE), Helena Müller (RJ), Isabel C. Malischesqui Paegle (SP), Marcela Abreu-Rodrigues (DF), Maria Elizabeth Gatto (SP), Marisa Stroppa Zancaner (SP), Michele Pereira Martins (DF), Simone Dallegrove Machesini (PR) e Soraya Aparecida de Oliveira (GO) [26].

O protocolo de 2014 materializou as metodologias acerca das práticas clínicas nas etapas para o tratamento cirúrgico da obesidade. Entre as etapas estão as fases: pré-operatória, transoperatória e internação e pós-operatória e follow-up. Nele, foram identificados os principais objetivos a serem alcançados em cada fase para que o paciente apresentasse maior adesão aos tratamentos indicados pela equipe de saúde, além de evidenciar a necessidade de intervenções com a rede de apoio contribuindo, assim, para o êxito da cirurgia.

Diante dos desenvolvimentos de conhecimento e mudanças ocorridas no campo da cirurgia bariátrica e metabólica desde a publicação do Protocolo, a coordenação do Núcleo de Saúde Mental da Comissão de Especialidades Associadas à SBCBM criou uma comissão organizadora composta por três psicólogas (Michele Pereira, Aída Franques e Cristiane Freire) que possuem expertise nessa área de atuação para atualização do novo documento. Essas profissionais foram responsáveis pela organização das eta-

pas dos trabalhos de atualização que resultaram na construção das atuais diretrizes.

Inicialmente, as treze psicólogas que participaram da construção do primeiro documento, em 2014, foram convidadas a integrarem a equipe de elaboração das diretrizes. Além delas, também foram convidados(as) outros(as) psicólogos(as) associados à SBCBM. Como critérios para a participação na elaboração do novo documento, os interessados deveriam ser membros inscritos e adimplentes de COESAS/SBCBM, ser psicólogo(a) inscrito há pelo menos dois anos no CRP, possuir título de Especialista em Psicologia Clínica e/ou Psicologia Hospitalar e/ou Cursos de pós-graduação *Latu Sensu* ou *Stricto Sensu* ou extensão em Obesidade, Transtornos Alimentares e Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Outros critérios de inclusão também foram estabelecidos: ter, pelo menos, dois anos de experiência na área de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; ter mais de dois anos de associação de COESAS/SBCBM; ter participação, no mínimo, em dois Congressos da SBCBM ou possuir cinco anos de experiência na área de Cirurgia Bariátrica e Metabólica com a participação de, no mínimo, um Congresso da SBCMB.

A partir dos critérios supramencionados, foram criados cinco grupos de trabalho compostos por sete ou oito psicólogos(as). Cada grupo contaria com duas supervisoras, psicólogas, oriundas do trabalho que compôs o documento publicado em 2014. Desse modo, participaram 38 psicólogos(as) nos grupos de trabalho e 10 psicólogas supervisoras, totalizando 48 profissionais, conforme anexo A.

Em 11 de dezembro de 2020, ocorreu, on-line, a reunião de alinhamento presidida pela Comissão Organizadora com todos os participantes. Nesse encontro foram apresentados os objetivos, as metodologias de trabalho dos grupos, a escolha dos coordenadores de cada grupo e os prazos de entrega.

Um dos resultados da reunião foi o entendimento da necessidade de mudança dos termos “Protocolo” ou “Consenso” para “Diretrizes”. Essa alteração fez-se necessária diante da importância de aprofundamento de metodologias e orientações acerca da temática. Além disso, as diretrizes possibilitam o compêndio de evidências disponíveis e compilação de recomendações.

Os grupos foram orientados a realizar pesquisas bibliográficas, para a atualização do “Protocolo”, utilizando bases de dados para selecionar artigos publicados relacionados à: avaliação psicológica pré e pós-operatória, protocolos, diretrizes, com documentos recentes, publicados nos últimos cinco anos. Os termos de critério de busca sugeridos foram: cirurgia bariátrica, gastrectomia vertical, bypass gástrico, avaliação psicológica e diretrizes.

Diante das orientações citadas, os grupos conduziram os trabalhos com metodologias específicas e práticas independentes. Após a primeira reunião de alinhamento, outras duas reuniões, com todo o grupo, foram agendadas para a apresentação dos trabalhos desenvolvidos em cada grupo. Após a finalização dessas etapas, os textos foram recebidos pela comissão organizadora e compilados em documento único.

Essa última versão do documento foi encaminhada ao grupo de trabalho composto quatro psicólogos(as): Cícero Nunes Menezes (DF), Thaaty Burkle Hercowitz de França (MG), Lia Cristina

Mello Pellini Vieira (SP), Ivanimeire Oliveira Grossi (SP). O grupo teve como principais objetivos a análise técnica do documento, correção e revisão bibliográfica. Desse modo, as diretrizes aqui apresentadas são fruto dos trabalhos supracitados.



PRÁTICAS ATUAIS

Estão descritas, na literatura especializada, algumas abordagens para avaliação psicológica pré-operatória e algumas estão presentes de forma recorrente no momento da avaliação.

A entrevista clínica, por exemplo, é uma metodologia universal, amplamente considerada como o componente essencial da avaliação psicológica pré-cirúrgica [27]. Nela, os fatores psicossociais mais importantes a serem verificados junto aos pacientes serão

avaliados. Como destaques na(s) entrevista(s) clínica(s) estão: a compreensão do paciente quanto à cirurgia bariátrica; os motivos para realizar o procedimento cirúrgico; as expectativas com os resultados no pós-operatório; as habilidades de aderir recomendações pré e pós-cirúrgicas; as mudanças necessárias de estilo de vida; a história da evolução do aumento peso e tratamentos realizados; a presença de transtornos alimentares; a avaliação do funcionamento cognitivo; a avaliação de transtornos psiquiátricos; e a presença de abuso de substâncias/ álcool/ tabagismo/ drogas [28].

ETAPAS DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

As diretrizes referem-se a um conjunto de recomendações norteadoras para a atuação do psicólogo no contexto da cirurgia bariátrica e metabólica. Neste documento, tais recomendações foram estruturadas em três etapas/fases: a do pré-operatório, a do transoperatório e internação e a do pós-operatório e follow-up. Cada uma dessas fases tem um objetivo diferenciado cujo propósito comum é oferecer ao paciente as informações especializadas, suporte psicológico e acompanhamento psicológico no tratamento da obesidade.

A assistência ao paciente, em qualquer fase do seu tratamento, pode ser individual ou em grupo e de modo presencial ou on-line. Devem-se criar meios para melhorar o acesso do paciente ao suporte psicológico necessário, visando à redução do abandono do tratamento.



AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA E PREPARO PSICOEDUCACIONAL

A fase pré-operatória compreende a avaliação psicológica pré-operatória e o preparo psicoeducacional.

Os principais dados que facilitam a avaliação psicológica nessa fase são:

- Identificação do paciente: incentivar o paciente a descrever sua história de vida e familiar; investigar a dinâmica das relações familiares de origem e atual; história de abuso e de outras formas de traumas; experiências de vida estressantes anteriores e atuais, estabelecendo possíveis relações com o desenvolvimento da condição de obesidade;
- Histórico psiquiátrico e de variáveis que possam prejudicar o sucesso do tratamento - uso de álcool e outras drogas, tabagismo, transtornos psiquiátricos não controlados, déficits cognitivos; avaliar os possíveis impactos da cirurgia, principalmente em casos de psicopatologias, verificando a necessidade de encaminhamentos a outros serviços/ especialidades [29; 30];
- Levantamento de fatores psicossociais: hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis (adaptativos e não adaptativos): motivação para mudança; características da personalidade, expectativa de tratamento; função do alimento e da obesidade; condições emocionais e estratégias de enfrentamento para lidar com as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia: comportamentos protetores e de risco [31];
- Investigação e intervenção na rede de apoio social do paciente para obter suporte compatível com as necessidades do paciente e do tratamento [32];
- Oferecimento de informações e orientações aos pacientes e familiares a fim de promover: participação ativa e adesão ao tratamento (pré e pós-operatório), expectativas realistas e reflexões sobre as transformações que ocorrerão após a cirurgia bariátrica a curto, médio e longo prazo [33];

- Realização de intervenções sobre o comportamento alimentar disfuncional: verificação da relação emocional do comer na vida do paciente;
- Estimulação para a condição de adesão ao tratamento a curto / médio / longo prazo, valendo-se de recursos presenciais ou on-line;
- Identificação de fatores de comportamento de risco no paciente e dos principais desafios que poderão estar diretamente relacionados ao resultado da cirurgia.



As metodologias e intervenções sugeridas para alcançar tais objetivos são:

- Realização de avaliação psicológica individual: através de observação clínica, entrevista semiestruturada, aplicação de testes psicológicos, escalas e/ou outros instrumentos e técnicas de psicodiagnóstico, observância das contraindicações [31];
- **Psicoeducação¹**: promover ao paciente, seus familiares e cuidadores uma ampliação do conhecimento sobre a doença e o processo de tratamento [34;35];
- **Atuação em Equipe Multi ou Interdisciplinar**: reuniões de orientação, discussão de casos, encaminhamentos e laudos psicológicos;
- **Entrevista com familiares**: Acolhimento e orientação familiar com busca de uma participação ativa de rede de apoio para oferecer suporte compatível com as necessidades do paciente e do tratamento;

- Assistência psicológica realizada de forma on-line conforme Resolução 11/2018 [36] ou legislação vigente a respeito da temática;
- Elaboração de relatórios e laudos psicológicos conforme Resolução CFP nº 006/2019 [37] e/ou outra legislação emitida pelo Conselho Federal de Psicologia que trata sobre Elaboração de Documentos Psicológicos; Devolutiva e entrega de laudo psicológico;
- Realizar consulta de orientação com participação de, pelo menos, um membro da rede de suporte social do paciente.

¹ A psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com o objetivo de ensinar para o paciente e cuidadores os aspectos relevantes e indispensáveis sobre o tratamento, bem como sobre as patologias físicas e/ou psíquicas associadas à obesidade, favorecendo a prevenção de problemas e a conscientização do autocuidado em saúde. [34]

Para atingir os objetivos e metodologias supracitadas, sugerem-se as seguintes intervenções:

ENTREVISTA CLÍNICA

Em relação ao período pré-operatório, na avaliação psicológica individual, recomenda-se a utilização de roteiro de entrevista semiestruturada baseada nos objetivos descritos nesta fase. Durante a avaliação, o (a) psicólogo (a), geralmente, utiliza perguntas abertas, incentiva o paciente a falar e responder com suas próprias palavras. A tarefa do psicólogo é discutir esses tópicos e orientar quanto às expectativas do paciente em uma direção realista, aumentando a motivação deste para seguir as orientações do seu tratamento [4].

Nesse momento, é possível identificar a presença de transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos e verificar se existem contraindicações, temporárias ou permanentes, para a cirurgia, respeitando as diretrizes da Resolução do CFP nº 9/2018 sobre a realização de

Avaliação Psicológica no exercício profissional do psicólogo [38] e as indicações para cirurgia bariátrica e suas contraindicações da Resolução do CFM nº 2131/2015 [39].

Quais são as contraindicações para a realização da cirurgia bariátrica?

De acordo com a legislação, as contraindicações psicológicas são: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado e quadro de transtorno psiquiátrico não controlado - incluindo uso abusivo de álcool ou drogas ilícitas. No entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações absolutas à cirurgia, embora necessitem avaliação e acompanhamento psiquiátrico contínuo [39].

Quais testes psicológicos devem ser utilizados?

A escolha e aplicação dos testes psicológicos e outros instrumentos, na avaliação pré-cirúrgica, fica a critério do psicólogo. Para a utilização dos testes psicológicos orienta-se a consulta ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos do Conselho Federal de Psicologia (SATEPSI), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que tem a lista atualizada de testes psicológicos favoráveis (aqueles que podem ser utilizados pelo psicólogo no momento da pesquisa). Considerando-se sempre as contraindicações de cada teste [40].

Quantas sessões devem ser realizadas na avaliação pré-cirúrgica?

A tarefa de avaliar depende de planejamento prévio com escolha de métodos e técnicas adequadas para a coleta de dados, análise do material, entrevista devolutiva e elaboração do relatório. Assim, o número de consultas deve contemplar a habilidade e a experiência do profissional, a acessibilidade e as condições emocionais do paciente, bem como as condições do serviço.

Existem diferenças na avaliação pré-cirúrgica de pacientes adolescentes e idosos?

Na avaliação de pacientes adolescentes e idosos, deve-se considerar os aspectos psicológicos referentes a cada faixa etária e seus respectivos processos de desenvolvimento.

O tratamento cirúrgico da obesidade em idosos tem o objetivo de aumentar a expectativa de vida do paciente, sem incapacidades, com redução das comorbidades musculoesqueléticas e melhora na qualidade de vida. A indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com mais de 65 anos, deve ser criteriosa, devido à necessidade de acompanhamento médico estreito para o idoso depois da cirurgia e a necessidade de boa rede de apoio psicossocial para a assistência pós-cirúrgica. Há preocupação na equipe médica com a perda de massa muscular, da densidade óssea e osteoporose na fase pós-cirúrgica. cecessidade de boa rede de apoio psicossocial para a assistência pós-cirúrgica. Há preocupação na equipe médica com a perda de massa muscular, da densidade óssea e osteoporose na fase pós-cirúrgica.

Entretanto, o envelhecimento populacional e o número crescente

de idosos com obesidade mórbida aumentou a procura do tratamento cirúrgico. A avaliação da situação de risco/benefício deve ser considerada individualmente. Doença neurológica no idoso e perda das habilidades cognitivas são contraindicações para a cirurgia [41].

O crescimento também significativo de adolescentes com obesidade, com os prejuízos de saúde física e mental daí decorrentes, provoca, como consequência, uma maior procura para o tratamento cirúrgico nessa faixa etária. A cirurgia bariátrica é recomendada para adolescentes com obesidade II e comorbidades e para aqueles com obesidade grau III.

As complicações trazidas pela obesidade no adolescente são parecidas com as dos adultos. Não é raro encontrar diabetes tipo 2, apneia do sono obstrutiva, esteatose não alcoólica, depressão, doenças do colesterol e triglicérides. A intervenção precoce pode reduzir os riscos de saúde que traz uma obesidade persistente, bem como os danos de sustentar as comorbidades longamente.

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 424, de 19 de março de 2013, regulamenta que a idade mínima para o tratamento cirúrgico da obesidade é 16 anos. Determina, ainda, que o adolescente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumir o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.

Adolescente com dificuldades cognitivas, histórico de doença mental ou transtornos alimentares, sem consolidação das epífi-

ses de crescimento ou baixo estágio na escala Tanner são contraindicados para a cirurgia [42].

É necessário iniciar o processo de psicoterapia após a avaliação pré-cirúrgica e/ou após a realização da cirurgia bariátrica/metabólica?

A indicação de psicoterapia pode acontecer a qualquer momento do processo de acompanhamento do paciente, tanto durante a fase pré-operatória, quanto na fase pós-operatória, de acordo com a necessidade identificada.

A psicoterapia poderá ser realizada pelo próprio psicólogo que está assistindo o paciente na equipe multidisciplinar ou esse psicólogo fazer a indicação de outro profissional fora da equipe. Alguns pacientes já estão com o processo terapêutico em andamento quando fazem a avaliação psicológica pré-operatória e devem ser incentivados a mantê-lo, sem que haja conflito entre a assistência psicológica especializada da equipe e seu tratamento paralelo de psicoterapia.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Sugere-se, aqui, coletar as seguintes informações: nome completo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos(as), número de pessoas (parentes) que residem na mesma casa que o paciente, profissão, cidade onde mora, endereço, telefones, aplicativos para comunicação por mensagem, nome do médico cirurgião que o acompanha, tipo de cirurgia prevista (sleeve, bypass ou banda), data da cirurgia estimada, peso atual, altura, IMC, peso ideal (para o paciente), peso previsto pela equipe multidisciplinar.

Nesta etapa, deve-se optar pela entrevista semiestruturada, ou seja, pré-estabelecer perguntas que possibilitem a análise aprofundada do caso e realizar outras de acordo com as singularidades de cada caso. Esse tipo de entrevista possibilita nortear a análise e permite que o entrevistado fale a respeito de suas experiências a partir de um foco proposto pelo entrevistador, nesse caso, o (a) psicólogo(a) [43].

COMPOSIÇÃO FAMILIAR, INVESTIGAÇÃO DA DINÂMICA DAS RELAÇÕES FAMILIARES DE ORIGEM E ATUAL

O contexto sociofamiliar é um fator de grande influência na condição do surgimento e permanência da obesidade. As crianças e os adolescentes são dependentes de uma organização e funcionamento familiar instituídos. A reedição de hábitos e a identificação parental com comportamentos alimentares e o valor dado às atividades físicas são determinantes no modo como o indivíduo cuida da sua alimentação e da saúde [44;45].

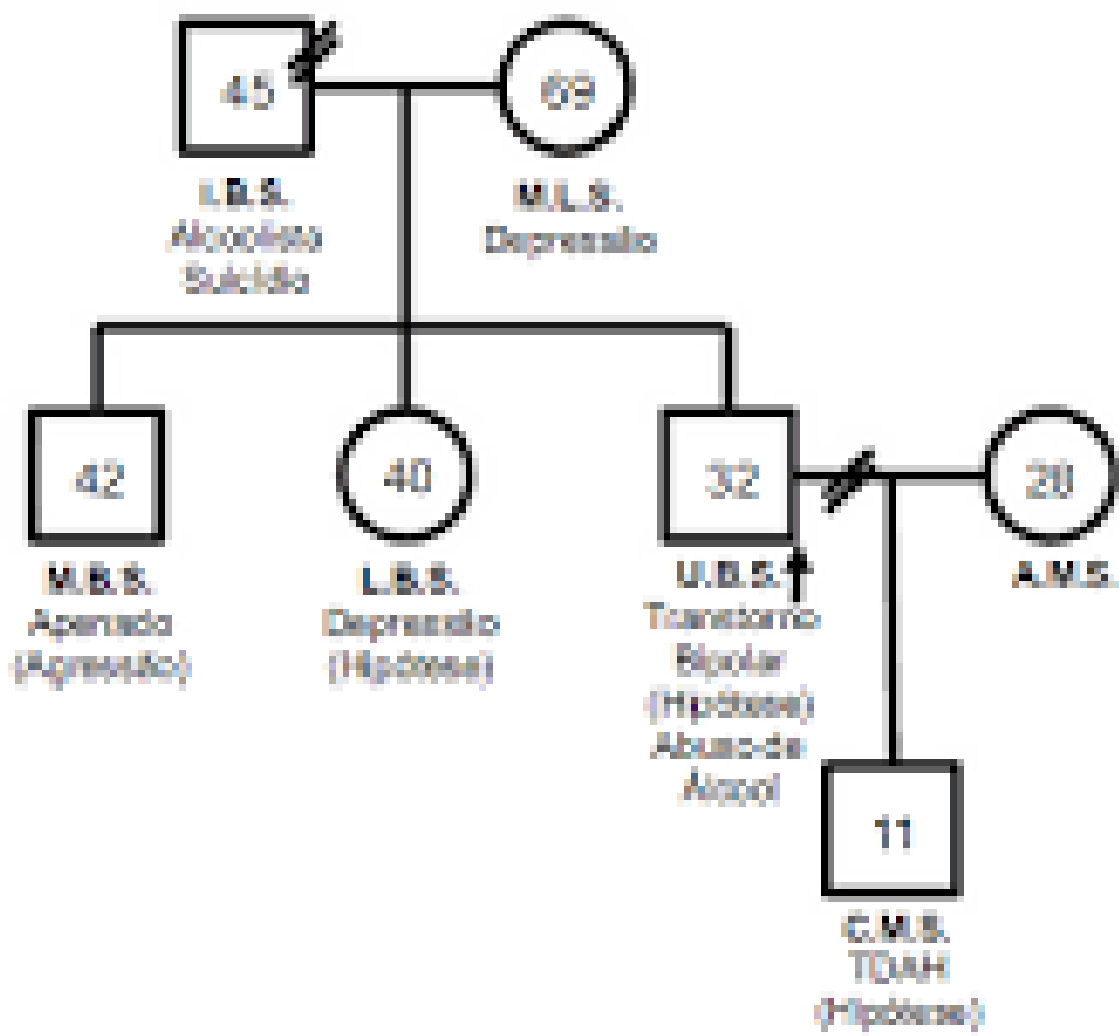
A análise da organização familiar e da dinâmica das relações familiares representa uma perspectiva da maior importância na assistência psicológica ao paciente obeso, em qualquer faixa etária, principalmente, no tratamento pós-cirurgia bariátrica.

O genograma, também conhecido como genetograma e famiolograma, pode ser utilizado para investigação e análise da dinâmica das relações familiares, pois é um instrumento que proporciona visão esquemática do quadro familiar e seu movimento durante o ciclo de vida [46]. Esse instrumento é composto por diagramas esquemáticos que listam os membros da família e seus relacionamentos onde são incluídas idades, datas de nascimento, morte e localizações geográficas. Os homens são representados por quadrados, e as mulheres, por círculos, com a idade dentro das figuras. Linhas horizontais indicam casamentos, com a data do casamento escrita sobre a linha; linhas verticais conectam pais e filhos [47].

Os genogramas permitem compreender a rede de relações familiares, os padrões de funcionamento, as histórias transgeracio-

naís e atuais presentes no cenário familiar [48]. Conforme figura abaixo [49]:

Exemplo de Genograma Simples



Você está planejando engravidar nos próximos meses?

As mulheres em idade reprodutiva correspondem a quase 50% das pacientes submetidas à cirurgia, sendo recomendado às candidatas à cirurgia bariátrica evitar a gravidez de 12 a 18 meses do pós-operatório. As cirurgias disabsortivas, restritivas ou derivação pancreática podem levar a deficiência de ferro, cálcio, tiamina, vitamina B12 e outras. Devido a isso tanto a mãe quanto o feto estão sujeitos a consequências como parto prematuro, baixo peso ao nascer, defeitos do tubo neural e retardo mental do feto [50].

As gestantes submetidas à cirurgia bariátrica devem ser aconselhadas e monitoradas para ganho de peso adequado, nutricional, suplementação e para a saúde fetal. Todas aquelas que estiverem em idade reprodutiva devem ser aconselhadas a procurar seu ginecologista para a decisão das opções de uso de anticoncepcionais após a cirurgia bariátrica.

MOTIVOS PARA PROCURAR A CIRURGIA:

Como surgiu a ideia em fazer a cirurgia bariátrica?

O aconselhamento psicológico deve avaliar, no histórico de saúde do paciente, desde quando ele lida com a obesidade e como ele chegou a essa decisão de fazer o tratamento cirúrgico. É importante que o paciente já tenha feito, anteriormente, tratamento clínico para emagrecer e que relate as prévias tentativas de emagrecimento avaliando porque não foi bem-sucedido.

A opção pela cirurgia, muitas vezes, é vista pelo paciente como o último recurso de emagrecimento mesmo quando ele não fez outras tentativas prévias. É preciso lembrar a ele que a obesidade é uma doença crônica que necessita, portanto, de controle permanente e que o envolvimento no tratamento e o autocuidado serão sempre necessários. Se o paciente insistir em operar sem nunca ter feito outras tentativas prévias de tratamento para emagrecer, sugere-se planejar, junto com o paciente e a equipe, o suporte a ser desenvolvido.

A maioria das pessoas com obesidade indicadas para a cirurgia têm comorbidades que as limitam, trazendo piora na qualidade de vida, elas tendem a ver na cirurgia uma esperança de cura que se encerra no retorno à alimentação livre. Precisam saber, entretanto, através do aconselhamento e que para que esse objetivo seja atingido é preciso um longo compromisso com o tratamento e que a alta prevista se dá 5 (cinco) anos depois de feita a cirurgia.

Quais razões levaram a buscar a cirurgia bariátrica?

As principais motivações que levaram o paciente para procurar a cirurgia: uma noção de baixa autoestima por ser obeso, insatisfação com a própria aparência física, necessidade de emagrecimento por problemas de saúde, para melhorar as comorbidades, para diminuir a quantidade de uso de medicamentos.

Certas vezes, a motivação principal é uma exigência do ambiente, como, por exemplo, emagrecer para manter o trabalho ou o casamento. Essas motivações extrínsecas oferecem poucas condições, ao paciente, para lidar com as dificuldades associadas à perda de peso, pois, qualquer falha na exigência externa compromete a vinculação do paciente ao tratamento. Da mesma forma, expectativas não realistas sobre o emagrecimento a ser alcançado ou na forma física idealizada, podem levar o paciente a uma grande decepção com o resultado da cirurgia, o que pode ser evitado com a devida assistência psicológica.

O que você sabe sobre a cirurgia bariátrica e sobre esse tratamento e seus riscos?

É comum que o paciente não saiba dizer exatamente que tipo de cirurgia ele fará, nem porque o cirurgião aconselhou a técnica escolhida ou o que ele deve esperar como tratamento decorrente do tipo de cirurgia sugerida. O trabalho psicoeducacional é indispensável, neste momento, para ajudar o paciente entender o seu processo de tratamento.

Entre outras, uma das orientações é que ele faça consultas com o cirurgião e equipe para esclarecer suas dúvidas. Sugere-se,

por exemplo, que numa próxima consulta com o cirurgião o paciente busque as informações que lhe faltam e faça as perguntas específicas ao seu médico ou que procure junto à nutricionista para orientações alimentares próprias à sua cirurgia. Incentivar o estreitamento de vínculo com seu cirurgião e com a equipe costuma resultar em boa adesão ao tratamento.

Em casos raros, pode ser necessário testar, no processo de preparo para a cirurgia, as habilidades cognitivas e intelectuais do paciente para avaliar se ele é capaz de entender a declaração de consentimento que o cirurgião pede antes da cirurgia e, a partir daí, tomar as providências necessárias, que muitas vezes envolve a família, caso o paciente tenha dificuldades.

EXPECTATIVAS COM O TRATAMENTO

| Quais são as expectativas da cirurgia bariátrica?

Na orientação psicológica, busca-se compreender o que o paciente espera da cirurgia. Quais são suas expectativas de perda de peso, que tipo de mudanças em seu cotidiano ele espera, como seu emagrecimento pode influenciar na dinâmica conjugal e familiar ou nas atividades laborais. Como ele avalia uma possível mudança na autoestima e que necessidades no autocuidado ele pensa que vai ocorrer. Deve-se alinhar as expectativas do paciente ao resultado da cirurgia, indicando perspectivas realísticas proporcionadas pela intervenção cirúrgica.

O peso desejado e o peso esperado pelo médico e equipe foram comparados? Foi discutida a possibilidade dessa evolução sofrer ajustes naturais e, ainda assim, o emagrecimento ser considerado um êxito de tratamento? Nessa etapa, se houver dificuldade do paciente com sua autopercepção e expectativas de emagrecimento, podem ser utilizadas escalas para avaliação da percepção da imagem corporal como, por exemplo, a Escala de Figuras de Stunkard – Figure Rating Scale [49]. Ressalta-se a necessidade de verificar a validação da escala citada, no Brasil, no momento da aplicação no paciente. Esse e outros instrumentos podem auxiliar na observação de possíveis distorções da imagem corporal e melhorar a autopercepção, as expectativas da perda de peso e realidade possível.

HISTÓRICO DA OBESIDADE

Início da obesidade, tratamentos clínicos realizados e histórico familiar de obesidade e/ou sobrepeso

O relato do paciente sobre o início da obesidade oferece a ele a perspectiva de perceber a presença da doença em sua vida e avaliar os riscos de saúde, daí decorrentes, nem sempre estimados. Alguns pacientes têm um histórico pessoal de obesidade desde a infância. Para outros, a obesidade começa na fase reprodutiva, com o casamento, com a gestação associada a eventos traumáticos. Associar a presença da obesidade com determinados momentos de vida, ajuda o paciente a entender algumas situações facilitadoras ao aumento de peso e de comportamentos que contribuíram para a obesidade.

A evolução do aumento de peso, as possíveis tentativas de emagrecimento e o retorno à obesidade, o conhecido efeito sanfona, oferecem a oportunidade de discutir com o paciente não só a característica da doença crônica, como de reafirmar que a cirurgia o ajudará a emagrecer. A estabilidade do emagrecimento dependerá da permanência do paciente aderido ao tratamento. A história familiar da obesidade mostra não só uma possível determinação genética à doença, como também a avaliação da cultura familiar quanto à alimentação. Os pais, o ambiente familiar, oferecem aos filhos as primeiras experiências com o alimento e a forma de comer. Os pais têm papel importante na alimentação dos filhos, não apenas pelos alimentos que disponibilizam, mas também pelo seu próprio estilo de alimentação e mensagens verbais e gestuais emitidas. São o modelo e a primeira referência

que a criança e o adolescente têm nos seus hábitos alimentares, costumes e preferências alimentares. Eles ajudam a desenvolver comportamentos alimentares saudáveis ou podem promover excesso de peso ou o comer transtornado [45]

Como foi a adesão aos tratamentos para obesidade antes da decisão de realizar a cirurgia?

A adesão do paciente aos tratamentos anteriores relacionados à obesidade mostra o tipo de dificuldade que ele poderá encontrar na adesão ao tratamento pós-cirúrgico. A adesão ao tratamento de doenças crônicas é difícil e complexo, algumas vezes, os pacientes sentem-se impotentes para lidar com as dificuldades e abandonam o tratamento. De forma recorrente, os pacientes interrompem o tratamento clínico porque não conseguem manter duradouramente a mudança de hábitos alimentares e manter rotina de atividade física. Voltam à alimentação descuidada e aos hábitos sedentários e, de modo geral, voltam rapidamente a engordar.

Os pacientes obesos que passarão pela cirurgia bariátrica devem saber que precisam de acompanhamento de longo prazo para a manutenção do peso alcançado e a adesão ao tratamento representa uma possibilidade de sucesso que eles não tiveram anteriormente.

Como a doença crônica exige tratamento permanente, o paciente precisa desenvolver hábitos e atitudes que mantenham a consciência do autocuidado. É um processo no qual a pessoa envolvida é influenciada por vários fatores que determinam a continuidade

ou a descontinuidade desse processo. Dentre os fatores que influenciam na adesão ou não do tratamento: a confiança do paciente na equipe, a qualidade das redes de apoio, principalmente familiares, o nível de escolaridade do paciente, a aceitação dele da doença, efeito da terapêutica cirúrgica na vida, o acesso às indicações nutricionais/medicamentosas com limitação financeira, a duração e a longa permanência do tratamento, o esquema de tratamento complexo com vários profissionais envolvidos, a ausência de sintoma principal no caso da obesidade [46].

A adesão ao tratamento está também relacionada a fatores comportamentais, tais como a percepção e formas de enfrentamento das dificuldades e adversidades e com os fatores externos que facilitam ou dificultam a evolução do paciente.

Associação do aumento de peso ou do início do quadro de obesidade a alguma situação de estresse ou situação traumática

É importante o psicólogo perceber, para ajudar o paciente, como a obesidade e a autoaceitação afetam sua rotina e suas relações sociais.

Sentimentos de vergonha, por exemplo, estão associados à inadequação social e a ideias de fracasso e são comuns para os pacientes obesos. Pode ser um sentimento muito doloroso que conduz a pessoa a pensar que é defeituosa e indigna de amor e aceitação.

As alterações de humor, como a depressão, podem estar vinculadas à não aceitação do peso e da imagem corporal. Os quadros psicopatológicos relacionados à dismorfia corporal não são incomuns entre pacientes de grande obesidade.

Histórias de abuso sexual ou de outras formas de traumas ou experiências de vida estressantes anteriores e atuais, apontam estreitas relações entre tais fatores e o desenvolvimento da obesidade.

É necessário avaliar que situações podem estar correlacionadas ao surgimento e manutenção do quadro de obesidade e se essa situação está sanada. Nos casos que se observa que o evento estressor ainda existe, recomenda-se adotar estratégias, junto ao paciente e sua rede de apoio social, com intuito de resolver ou minorar as consequências que resultam na obesidade [47].

COMPORTAMENTOS ALIMENTARES ATUAIS

| De que forma você se alimenta hoje?

O ideal é que, antes da cirurgia bariátrica, o paciente já tenha tido informações sobre alimentação adequada e que tenha passado em várias consultas com nutricionista, nutrólogo, endócrino ou qualquer outro profissional que ajude aconselhar o paciente, conscientizando a importância da mudança no comportamento alimentar, melhorando seus hábitos. Com essas pequenas alterações na rotina antes da cirurgia, o paciente já demonstra um bom indicador da probabilidade de complicações pós-operatórias e descumprimento com o seguimento em curto prazo. É importante sempre reforçar o acompanhamento com os profissionais mesmo em longo prazo. O papel do psicólogo, nesse momento, é enfatizar a importância do que foi dito nas consultas nutricionais e avaliar se a informação foi compreendida pelo paciente. Se acontecer do paciente demonstrar dúvidas ou insegurança nas informações sobre a cirurgia, cabe ao psicólogo ajudá-lo a desenvolver habilidades, para retornar na consulta com o profissional e tirar todas as dúvidas sentindo segurança quanto ao procedimento [28].

A verificação da compreensão das orientações dadas sobre a mudança de alimentação ao paciente faz parte do trabalho psicoeducacional feito pelo psicólogo. A percepção do paciente sobre determinações da dieta dada pelo(a) nutricionista como o número de refeições no dia, a mastigação, os tipos de alimentos a serem preferencialmente ingeridos pode levá-lo a uma interpretação distorcida da dieta e resultar no surgimento de algum transtorno

alimentar, tais como bulimia, anorexia, transtorno de compulsão alimentar. Sugere-se que, na existência de algum desses quadros, o paciente seja encaminhado para avaliação psiquiátrica e um acompanhamento psicoterapêutico.

Na fase pré-cirúrgica, se o paciente indicar a existência de algum transtorno alimentar e não aceitar o encaminhamento para tratamento psiquiátrico e psicológico prévio a cirurgia, isso representa uma contraindicação para a realização das cirurgias bariátricas e metabólica.

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

As crenças e histórias de padrões repetitivos relacionados à alimentação também são fatores que levam a percepções distorcidas no seguimento da nova alimentação. Não deixar comida no prato e comer tudo, por exemplo, como indicação de respeito à sobrevivência e evitação desperdício pode dificultar a adequação às novas porções alimentares após a cirurgia. Ao modificar esses pensamentos e hábitos inadequados, podem aumentar as probabilidades de perder peso e de não voltar a ganhar peso mais tardiamente. Embora a mudança desse padrão de comportamento em “comer tudo” possa levar tempo, é sempre bom que o psicólogo verifique, na história alimentar, os vícios alimentares que o paciente desenvolveu durante a sua vida e as crenças e emoções o que o levaram a obesidade. Assim como a genética, os costumes e a cultura alimentar da família onde ele cresceu, também a modernidade e a praticidade dos dias atuais com os aplicativos digitais, influenciam nas preferências alimentares, na noção de castigo ou recompensa, ou mesmo na forma de comer como proteção ao corpo. É comum encontrar desordem alimentar nos pacientes que pretendem fazer a cirurgia bariátrica. A psicoterapia deve ser sempre recomendada para todos os casos [28].

Pacientes com obesidade mais grave são fisicamente inativos porque o movimento é doloroso e extenuante para eles. O antigo estilo de vida sedentário pode também ter contribuído para o desenvolvimento da obesidade. O psicólogo deve enfatizar que a atividade física no dia a dia na vida deste paciente promove vários benefícios e ajuda a manter a perda de peso em longo pra-

zo, a atividade física deve se tornar uma rotina diária e essencial. O exercício físico tenha muitos efeitos benéficos e contribui, por exemplo, para a melhora do controle do apetite, função cardiovascular e humor, motivando o paciente a um estilo de vida ativo [51].

HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO, USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

| Você já fez tratamento psiquiátrico? Por quanto tempo?

É necessário verificar se o paciente possui algum diagnóstico psiquiátrico. Além disso, verificar se está em tratamento psicológico e se faz uso de medicamentos. Também é necessário avaliar se o paciente fez algum tratamento psiquiátrico e qual a situação atual do quadro psicopatológico. Nesta etapa, também sugere-se avaliar se existe algum déficit cognitivo e, caso exista, verificar seus impactos na vida do paciente.

| Você apresenta histórico de automutilação, ideação suicida ou tentativa de suicídio?

Solicitar ao paciente a descrição das situações levando em consideração os fatos geradores, as providências adotadas. Em casos mais graves, sugere-se que a rede de apoio (família) seja ouvida. Nesse aspecto, também é importante verificar se os motivadores de tais situações foram sanados.

| Você faz uso de bebidas alcoólicas? Se sim, há quanto tempo e qual a quantidade diária? Você faz ou fez uso outro tipo de droga? Você fuma? Se sim, qual há quanto tempo e qual a quantidade diária?

Investigar o uso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas e tabagismo que possa prejudicar no sucesso da cirurgia. Vale evidenciar que o alcoolismo e uso de outras drogas não tratados devem ser fator de contraindicação para realização da cirurgia.

Diante das questões mencionadas nos tópicos anteriores sugere-



re-se que, após a realização da entrevista inicial, deve-se verificar a necessidade de encaminhamentos a outros serviços e especialidades.

PREPARO PSICOEDUCACIONAL

A psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com o objetivo de ensinar para o paciente e cuidadores os aspectos relevantes e indispensáveis sobre o tratamento, bem como sobre as patologias físicas e/ou psíquicas associadas à obesidade, favorecendo a prevenção de problemas e a conscientização do autocuidado em saúde [52; 33].

O modelo psicoeducacional envolve diferentes teorias psicológicas e educativas. É uma intervenção psicoterapêutica cujo objetivo é enfoque das satisfações e objetivos desejados pelo paciente no tratamento a que se propõe. Vale-se de dados teóricos de outras disciplinas como educação, nutrição, medicina, com o intuito de ampliar as informações que o paciente necessita de forma que ele obtenha um entendimento organizado, não fragmentado do seu diagnóstico [53].

O ambiente onde a psicoeducação é empregada é amplo, podendo ser tanto em instituições hospitalares, quanto ambulatoriais ou consultórios privados. Pode ser feita de forma individual ou coletiva (grupo), de forma presencial ou via internet. A ação psicoeducativa compartilha informações do cotidiano, através de trocas verbais e atividades, com o engajamento do profissional nessas trocas e atividades.

O trabalho psicoeducativo é realizado pelo psicólogo e equipe multidisciplinar no tempo que antecede a cirurgia, podendo ser estendido após sua realização, até o período que a equipe de saúde avaliar que deve ocorrer essa intervenção. Os propósitos

desse trabalho diferem em seu conteúdo no período pré-cirúrgico do período pós-cirúrgico. Pode-se entender a diferença entre esses períodos a partir das características presentes em cada período.

TRANSOPERATÓRIO

A fase transoperatória é facultativa /opcional, pois depende da organização do serviço e da equipe a qual o psicólogo compõe. Dentre as funções do papel do psicólogo hospitalar no serviço de saúde, existem alguns fatores que são importantes na área da cirurgia bariátrica quando o paciente estiver na fase de internação e cirurgia. Os principais objetivos são:

- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos;
- Auxiliar na compreensão do ato cirúrgico, proporcionar um clima de segurança [1];
- Facilitar a comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde;
- Acolher e fazer uma escuta ativa sobre os primeiros dias;
- Desmistificar o pós-operatório imediato;
- Atuar e orientar em caso de complicações cirúrgicas;
- Trabalhar o tempo de internação quando estiver além do programado;
- Favorecer a comunicação equipe multidisciplinar e familiar;
- Conhecer e entender sobre cirurgia bariátrica, as possíveis complicações, os procedimentos, medicamentos e funcionamento de toda a equipe hospitalar;
- Preparar a alta hospitalar;
- Oferecer suporte psicológico à família, caso o paciente venha a ter alguma complicação física e/ou emocional ou falecimento.

As metodologias e intervenções recomendadas para alcançar tais objetivos são:

- Acompanhamento hospitalar no pós-operatório (centro cirúrgico e internação);
- Oferecer suporte e orientação familiar;
- Orientação à equipe de saúde.

ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR AJUDA A MINIMIZAR A ANSIEDADE E O ESTRESSE DESENCADEADOS PELO PROCESSO CIRÚRGICO

Como amenizar a ansiedade e o estresse oriundo do processo cirúrgico?

Dentre os pacientes que aguardam o momento da sua cirurgia, a ansiedade é uma das reações psicológicas mais comuns. Pesquisas mostraram que a ansiedade pré-operatória grave pode afetar até 80% daqueles que aguardam cirurgia [54]. Além do desconforto vivenciado pelos pacientes, os níveis de ansiedade estão ligados a fortes sintomas físicos, como aumento do batimento cardíaco e aumento da pressão arterial, desencadeando sintomas de estresse [55].

Estudo feito no departamento de anestesiologia e terapia intensiva na Alemanha com 3.087 pacientes cirúrgicos avaliou a ansiedade através de escalas validadas, mostrando que 1.205 pacientes apresentaram alta ansiedade pré-operatória e que a conversa, as orientações e informações com a equipe médica ajudaram os pacientes a desenvolver estratégias de enfrentamento e qualidade no pós-operatório [56]. Portanto, a atuação do psicólogo junto ao paciente na fase intraoperatória ajuda a modificar um ou mais desses fatores de ansiedade e estresse emocional melhorando os resultados na recuperação do pós-operatório [57].

Assim, o psicólogo deve propiciar espaço de escuta e reflexão, onde o paciente possa se expressar frente os aspectos que envolvem a internação e a realização da cirurgia bariátrica, propiciar suporte psicológico para o gerenciamento de situações e sentimentos vivenciados na internação, facilitar a comunicação

entre paciente, familiares e equipe de saúde, quando necessário.

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS – REALIZADOS NA ENFERMARIA, APÓS INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Como deve ocorrer a intervenção psicológica na enfermaria (após a internação do paciente)?

Nesse aspecto, sugere-se ao psicólogo que realize intervenções verbais com o paciente em internação, objetivando a avaliação das condições emocionais e realize suporte psicológico diante das circunstâncias apresentadas. Vale evidenciar que, nesta etapa, é importante realizar escuta e suporte à família do paciente, além de orientar a equipe de saúde acerca do estado emocional do paciente. Ressalta-se que o suporte psicológico também possa ser estendido para o acompanhamento do paciente no centro cirúrgico e na internação após a intervenção cirúrgica.

A intervenção psicológica realizadas na enfermaria pode trazer benéficos ao estado emocional do paciente cirúrgico. Fornecer informações processuais (informações sobre todo o processo, como acontecerá durante o período de internação), usar técnicas de relaxamento (instruções sistemáticas para estratégias físicas e cognitivas para aumentar o relaxamento e a sensação de calma, com o objetivo de permitir que o paciente gerencie suas emoções. A Tabela 1 resume os elementos da preparação psicológica antes da cirurgia.

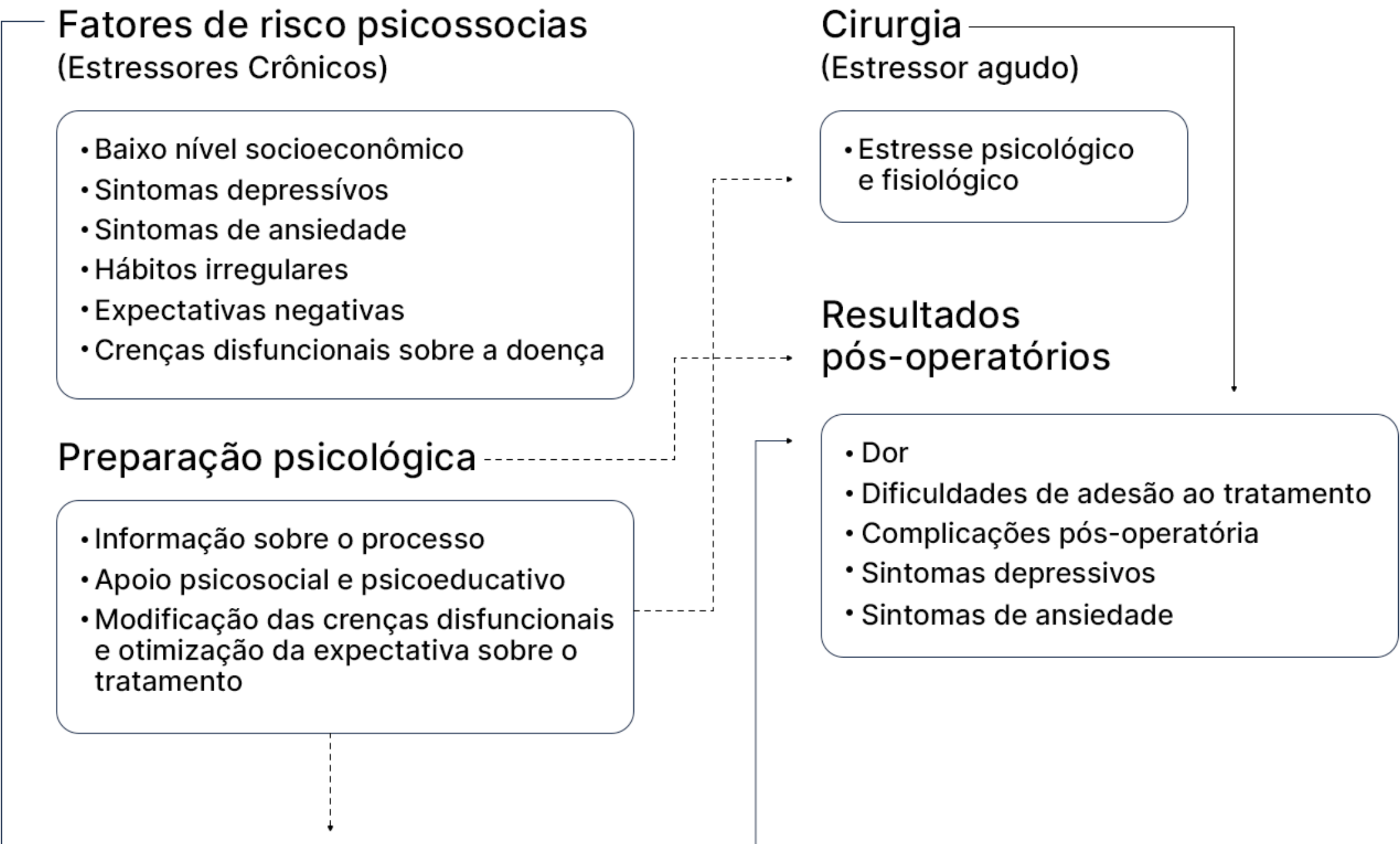


Fig. 1 O modelo acima mostra a preparação psicológica antes da cirurgia cardíaca segundo o autor, que resume os efeitos dos fatores de risco psicossociais pré-operatórios e o estresse agudo devido à cirurgia cardíaca nos resultados pós-operatórios (setas contínuas). O modelo ainda mostra que a preparação psicológica pré-operatória não visa apenas modificar esses efeitos, mas também visa diretamente os resultados pós-operatórios (setas tracejadas). Salzmman S.(2020) [57]

PÓS-OPERATÓRIA E FOLLOW-UP

Considera-se que após a realização da cirurgia o paciente deve fazer o tratamento pós-operatório. O acompanhamento psicológico faz parte de tratamento realizado com a equipe multidisciplinar.

Por quanto tempo deve ocorrer o acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica/metabólica?

Alguns países já desenvolveram diretrizes para orientar a atuação do psicólogo na equipe de cirurgia bariátrica. A partir de uma revisão de literatura, apontaremos, em linhas gerais, as diretrizes encontradas.

O consenso do Núcleo de Psicólogos de Cirurgia da Obesidade do Chile [4] estabeleceu que após a realização da cirurgia o paciente deve fazer consulta de acompanhamento com psicólogo da equipe quando completa um mês de operado, depois aos três meses, em seguida aos seis e aos 12 meses. Se existe presença de sintomas/diagnóstico de psicopatologia o psicólogo deve encaminhar o paciente para tratamento especializado em paralelo as consultas de acompanhamento. Após o primeiro ano, a consulta com o psicólogo da equipe deve acontecer a cada seis meses, até completar cinco anos de realização do procedimento cirúrgico.

Em 2019, a Sociedade Britânica endossou diretrizes para o suporte psicológico pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. Ogden, Ratcliff & Snowdon-Carl¹ (2019) propõem que o suporte psicológico deve ser realizado de forma escalonada (stepped¹ [2]

care model), onde os recursos são alocados de acordo com a complexidade da demanda do paciente e as habilidades do profissional. Para aumentar a acessibilidade ao suporte indicam que diferentes modalidades, tais como recursos on-line e atendimento em grupo sejam utilizados, recomendam que os pacientes sejam monitorados através de avaliação de triagem entre os seis e nove meses após a cirurgia.

Ogden, Ratcliff & Snowdon-Carl (2019) sugerem também o uso de páginas on-line para compartilhar informações ou mesmo módulos de treinamento, através dos quais os pacientes possam ter acesso quando acharem necessário. Para o pós-operatório, recomendam a utilização de grupos de apoio e, para os casos mais complexos, o atendimento psicológico clínico individual.

O que deve ser abordado, com o paciente, pelo psicólogo, na fase pós-operatória?

Consideram que as seguintes questões devem ser observadas durante o pós-operatório: aspectos comportamentais referentes a mudanças / ajustes aos requisitos do pós-operatório, peso e alimentação (presença de distúrbios alimentares), traumas (passado ou atual que impacte no peso e/ou alimentação), aspectos de risco em saúde mental (desestabilização, risco de automutilação ou suicídio), uso indevido do álcool, imagem corporal (excesso de pele) e cirurgia revisional.

As diretrizes europeias apontam que pacientes que durante a fase pré-operatória tiveram identificados fatores de risco associados a menor adesão pós-operatória, como presença de transtornos alimentares e dependência de álcool ou drogas, devem receber

intervenções pós-operatórias através da implementação de estratégias de automonitoramento para os casos de maior risco [58].

Existem diferenças no acompanhamento psicológico pós-cirúrgico levando em consideração o tipo de cirurgia a qual o paciente foi submetido?

Existem especificidades de cada técnica cirúrgica, embora para Fried et al³ (2013) pacientes devem ser acompanhados da mesma forma pela equipe, sugerindo acompanhamento pela equipe multidisciplinar a cada três meses durante o primeiro ano, a cada seis meses durante o segundo de pós-operatório e anualmente a partir de então.

O que pode acontecer caso o paciente não realize acompanhamento psicológico pós-operatório?

Ainda que tenhamos essas diretrizes descritas acima, atualmente os documentos a respeito da avaliação dos resultados psicossociais nos pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica são escassos [59]. Porém, pesquisas demonstram que a perda do acompanhamento pós-operatório está associada à diminuição da perda de peso e ao reganho [30; 60]. Fried et. al (2013) apontam que pacientes que fazem parte de grupos de apoio após a cirurgia (bariátrica/metabólica) apresentam maiores resultados de perda de peso. A indicação de disponibilidade de grupos de apoio (especialmente durante o primeiro ano após a cirurgia) também foi ressaltada por Leiva et. al (2020) com a finalidade de favorecer as mudanças no estilo de vida dos pacientes. Uma metanálise feita por Stewart & Avenell (2016) indicou que inter-

venções comportamentais, especialmente focadas no comportamento alimentar e na alimentação, aumentaram os resultados relativos à perda de peso durante os primeiros 12 meses de pós-operatório. Em contrapartida, a falta de tratamento psicológico após a realização da cirurgia pode ameaçar os resultados iniciais já alcançados relativos à perda de peso e também os impactos diretamente relacionados à saúde, especialmente em relação às comorbidades [59].

⁴ [58] ⁵ [4] ⁶ [61]

Como deve ocorrer o acompanhamento psicológico no pós-operatório?

O tratamento (acompanhamento psicológico) pode ser realizado através de atendimento individual [2] ou de grupos de apoio [58, 62]. Para Ogden et al⁷ (2019), a duração do tratamento pode variar entre seis e nove meses após a realização do procedimento. Em seu brief report Rutledge, Ellison e Phillips (2020) indicam o acompanhamento em torno de um ano após a cirurgia pode favorecer no monitoramento da evolução do paciente (2020) indicam que acompanhamento de em torno de um ano pode favorecer o monitoramento da evolução do paciente. Ogden, Hollywood e Pring (2015) recomendam que os grupos de apoio devem ser orientados a favorecer as mudanças no estilo de vida.

No consenso chileno, os temas que devem ser abordados durante o tratamento pós-operatório são: autocuidado, adesão ao tratamento, imagem corporal, regulação do estresse e dar ênfase à identificação de sintomatologia do transtorno do comportamento alimentar [4].

Como objetivos transversais ao acompanhamento pós-operatório, Leiva^{1º} (2020) considera que, durante o primeiro ano, o psicólogo deva focar na identificação de sinais de fome/saciedade, no repertório comportamental para adaptação ao processo de tratamento, na imagem corporal e nos vínculos do paciente (inclusive possíveis mudanças na esfera sexual e de casal). Já a partir do segundo ano, o foco deve estar na prevenção de recaídas [4].

O trabalho realizado pelos grupos de trabalho (descrito em detalhes na metodologia) concluiu que nesta fase os principais objetivos são:

- Ampliar o autoconhecimento do paciente e familiares para facilitar a compreensão e adaptação ante as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia (em relação aos hábitos e a imagem corporal) [64];
- Avaliar e prevenir a reativação de comportamentos de risco como: tabagismo, uso excessivo de álcool, hábitos alimentares disfuncionais e sedentarismo. Com foco na promoção de saúde e prevenção de agravos em saúde mental e física, visando o enfrentamento ou compensação frente às restrições alimentares e as modificações do estilo de vida após a cirurgia [65, 66, 67];
- Avaliar, acompanhar e estimular o autocuidado, motivação, manejo do estresse, ansiedade, manejo das experiências vivenciadas, através da mobilização dos recursos intrapsíquicos de enfrentamento, de forma a minimizar sentimentos de angústia e prevenir sofrimento psíquico. Favorecendo a adesão e a continuidade do tratamento junto à equipe multidisciplinar;

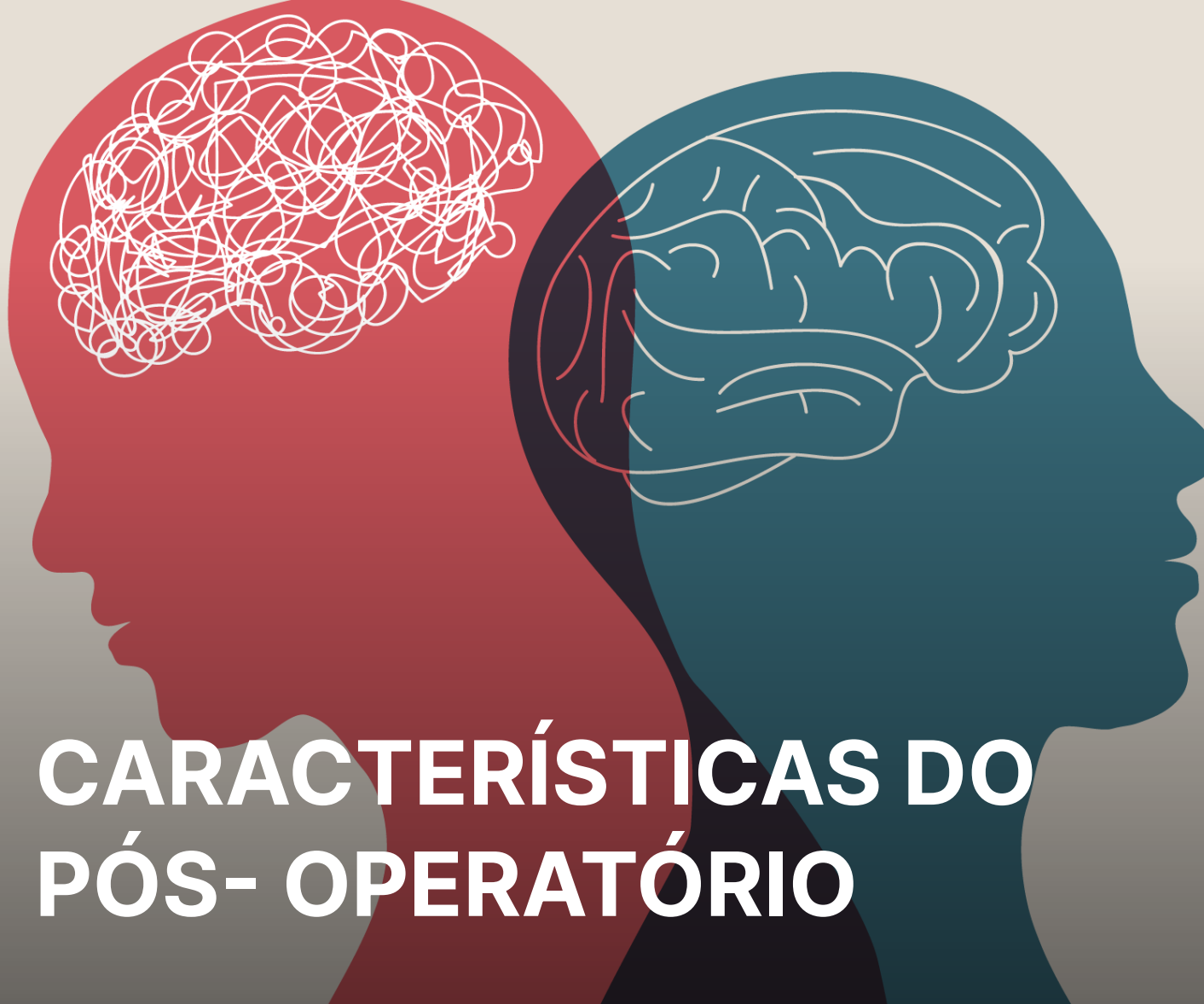
Avaliar, acompanhar e estimular as mudanças comportamentais e adesão ao tratamento (prevenção de deficiências nutricionais e recidiva da obesidade) [58];

Avaliar a relação do paciente com sua imagem corporal e suas repercussões emocionais associadas às mudanças significativas acarretadas pela cirurgia bariátrica, promovendo reflexões para auxiliar na construção de novos hábitos [68, 69, 70];

- Auxiliar o paciente na retomada ou desenvolvimento de projetos de vida após a cirurgia;
- Facilitar o manejo de estressores cotidianos e na busca da qualidade de vida;
- Avaliar a estabilidade emocional do paciente e a recorrência ou o aparecimento de comorbidades psicológicas/psiquiátricas e, se necessário, indicar psicoterapia, de modo a restabelecer a saúde mental do paciente e a capacidade de praticar habilidades promotoras de saúde, além de realizar os encaminhamentos necessários [71];
- Avaliar a evolução da adaptação ao novo estilo de vida (prevenção de deficiências nutricionais e reganho de peso).

As metodologias e intervenções recomendadas para alcançar tais objetivos são:

- Acompanhamento psicológico individual e/ou em grupos para pacientes e familiares, no modelo de grupos de apoio de mútua ajuda, que podem ser tanto presenciais, quanto via telepsicologia [2, 58];
- Encaminhar o paciente aos devidos profissionais, como por exemplo: psiquiatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, entre outros, conforme demanda identificada;
- Atuação em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar: reuniões de orientação, discussão de casos, encaminhamento e laudos psicológicos;
- Assistência psicológica realizada de forma on-line conforme Resolução 11/2018 ou legislação vigente a respeito da temática [36];
- Psicoeducação, orientações e informações gerais sobre o pós-operatório: individuais ou em grupo [2, 4, 58];
- Orientação familiar;
- Psicoterapia.



CARACTERÍSTICAS DO PÓS- OPERATÓRIO

Quanto tempo após a realização da cirurgia bariátrica/metabólica é possível atingir a meta de peso (peso adequado) e melhora das comorbidades?

Em torno de 12 meses após a realização do procedimento cirúrgico, os pacientes atingem a maior parte da perda de peso [72]. Essa perda de peso está associada à melhora das comorbidades, tal como demonstrou Hutter et al¹¹ (2011) nos casos de pacientes com diabetes e Jakobsen et al¹² (2018) para casos de hipertensão. Durante o pós-operatório muitos pacientes relatam melhora na percepção da sua imagem corporal [69, 70] e também no seu comportamento sexual [70, 75, 76].

ADESÃO AO TRATAMENTO

Muitas enfermidades crônicas já demonstram as dificuldades em relação à adesão ao tratamento. Com a obesidade não é diferente. Os hábitos alimentares e a relação que a pessoa tem estabelecida com os alimentos não se alteram com o procedimento cirúrgico ou a diminuição do estômago. Os pacientes obesos que passaram pela cirurgia bariátrica precisam de um acompanhamento em longo prazo e a manutenção, a adesão ao tratamento, precisa ser considerada. As doenças crônicas, entre elas a obesidade, representam um desafio para os profissionais de saúde, estimulando ações que visam manter os pacientes no tratamento.

Como a doença crônica exige tratamento permanente, o paciente precisa desenvolver hábitos e atitudes que mantenham a consciência do autocuidado. É um processo no qual a pessoa envolvida é influenciada por vários fatores que determinam a continuidade ou a descontinuidade desse processo.

| Quais fatores podem influenciar na adesão ao tratamento?

Vários são os fatores que influenciam na adesão ou não do tratamento: a confiança do paciente na equipe, a qualidade das redes de apoio, principalmente familiares, o nível de escolaridade do paciente, a aceitação dele da doença, efeito da terapêutica cirúrgica na vida, falta de acesso às indicações nutricionais/medicamentosas por limitação financeira, a duração e a longa permanência do tratamento, o esquema de tratamento complexo com vários profissionais envolvidos, a ausência de sintoma principal no caso da obesidade [77].

A adesão ao tratamento está relacionada a fatores comportamentais, tais como a percepção e formas de enfrentamento das dificuldades e adversidades e com os fatores externos que facilitam ou dificultam a evolução do paciente.

A adesão ao tratamento de pacientes adolescentes apresenta ainda mais desafios uma vez que estão em uma fase específica de desenvolvimento [78].

SOBRE AS PSICOPATOLOGIAS

Durante o decorrer do tratamento pós-operatório é fundamental avaliar a presença de sintomas de psicopatologias. E, caso se verifiquem os sintomas, encaminhar para o tratamento especializado, nesse caso, com psiquiatra e também com psicólogo [4].

Estudos apontam que o uso de medicamentos psiquiátricos diminui após a realização da cirurgia [79], ainda que posteriormente voltem a aumentar [80]. Comportamentos de perda de controle alimentar (LOC) podem persistir após a cirurgia [81].

Algumas pesquisas indicam que pacientes com diagnóstico de transtorno de humor podem apresentar menor perda de peso após a cirurgia [82, 83, 84, 85] e, posteriormente, aumentar os riscos de ganho de peso [83, 86]. Por outro lado, outros estudos demonstraram que as psicopatologias, em geral, não são preditores consistentes para impacto na perda de peso pós-operatória [63, 87].

Pacientes com diagnóstico de ansiedade e depressão relatam significativas reduções nos sintomas durante o primeiro ano de pós-operatório [70]. Pessoas com quadro de ansiedade social persistente podem apresentar dificuldade para aderir a grupos de apoio e a realização de atividade física [30].

O histórico do uso de substâncias de abuso demonstra estar relacionado a maior perda de peso no pós-operatório [88]. Muitos estudos vêm sendo realizados sobre o abuso do álcool após a cirurgia bariátrica. King et al (2017) apontam que 20% dos pacientes indicam taxa de abuso de álcool durante os 10 primeiros anos após a realização da cirurgia. Outros autores indicam aumento de

após a realização da cirurgia. Outros autores indicam aumento de uso de outras substâncias nos primeiros dois anos após a realização do procedimento [66, 67]. O que demonstra a importância do acompanhamento e da psicoeducação constante e prolongada após a cirurgia.

SOBRE A PERDA DE PESO

Em relação à perda de peso, estudos demonstram que entre 10% e 25% dos pacientes submetidos à cirurgia não perdem o peso esperado durante o tratamento pós-operatório [72, 89]. Adams et al¹⁴ (2017) apontam que durante os 10 primeiros anos após a realização da cirurgia, a recuperação do peso é de aproximadamente 10% do total perdido. Fatores fisiológicos e comportamentais podem ser os responsáveis pelo ganho de peso [91].

A prevenção de reganho de peso deve ter especial atenção do profissional, especialmente, a partir do segundo ano após a realização da cirurgia bariátrica [4].

¹⁴ [90]

ESPECIFICIDADES DO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES ADOLESCENTES

Como devem ocorrer as intervenções psicológicas no pós-operatório em adolescentes?

O consenso chileno [4] aponta que o acompanhamento do paciente adolescente deve acontecer de forma diferente do paciente adulto. Indica que as consultas de acompanhamento com o psicólogo devem acontecer a cada 15 dias até completar três meses da realização da cirurgia, a cada mês entre o 4º e o 6º

mês e a cada dois meses entre o 7º e o 12º mês. Posteriormente, deve acontecer de maneira semestral entre o segundo e terceiro ano de pós-operatório e anual do quarto ano em diante, sem definir o período de fim do tratamento. Em paralelo, estabelecem também a frequência em grupos de apoio para os adolescentes e seus familiares (sem definir a data exata da frequência, apenas estabelecendo que deve acontecer desde a realização da cirurgia até o final do terceiro ano).

As diretrizes europeias [58] apontam que para indicar um paciente adolescente com obesidade grave, ele deve estar disposto a participar de um programa de tratamento multidisciplinar no pós-operatório.

A PSICOEDUCAÇÃO DURANTE A FASE PÓS-OPERATÓRIA

Tal como durante o pré-operatório, a psicoeducação é parte fundamental do período pós-operatório. Fornecer informações a respeito de cada fase que o paciente está passando e o que esperar das próximas fases pode auxiliá-lo no seu percurso de tratamento.

Como descrevemos nos itens anteriores, compartilhar com o paciente as tendências em relação a perda de peso, os riscos de reganho, os riscos do consumo de álcool e outras substâncias é fundamental para o sucesso do tratamento.



RECOMENDAÇÕES

PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

Considerando a especificidade da população assistida e da terapêutica, além do compromisso ético-profissional da Psicologia, recomenda-se que os(as) psicólogos(as) que atuem no contexto da cirurgia bariátrica/metabólica sejam inscritos há pelo menos dois anos no Conselho Regional de Psicologia da sua jurisdição, possuam título de especialista em Psicologia Clínica e/ou Psicologia Hospitalar, embasamento técnico-científico consistente em obesidade, transtornos alimentares e cirurgia bariátrica e metabólica.

A presença de equipe multiprofissional na assistência ao paciente sugere que o preparo psicológico seja realizado pelos psicólogos dessa mesma equipe. Sendo assim, recomenda-se aos cirurgiões bariátricos que encaminhem os candidatos à cirurgia bariátrica para o psicólogo da sua equipe. Casos em que o candidato tenha sido preparado por profissional de Psicologia não pertencente à equipe, recomenda-se que seja realizada ao menos uma consulta com o(a) psicólogo(a) da equipe a fim de alinhar o preparo psicológico às especificidades do respectivo serviço.

ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO

Deve-se encaminhar para avaliação e acompanhamento com psiquiatra os candidatos que apresentem quadros psiquiátricos graves (exemplo: depressão, psicose, transtorno alimentar, abuso/dependência de substâncias de abuso [26]).

ESTÁGIO: SUPERVISORES E DOCENTES RESPONSÁVEIS

As atribuições e as condições para a prática, a supervisão e a responsabilidade em estágios de Psicologia estão previstas no Código de Ética (art. 17) [39] e na Resolução do CFP nº 3/2007 [92] [30]. Destaca-se também a observância da Lei 11.788/2008 [93] [31], que descreve as condições, as regras e as responsabilidades do estagiário, das instituições de ensino superior e das organizações onde os estágios são realizados.

ATIVIDADES DE PESQUISA

Casos de execução de pesquisa com seres humanos, além de considerar o Código de Ética [39] profissional do psicólogo, em especial o art. 16, o pesquisador deverá cumprir as normas exigidas pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da sistematização da assistência psicológica guarda uma relação direta tanto com a melhoria dos serviços como com os investimentos dos profissionais em pesquisas.

As diretrizes também podem ser utilizadas como instrumento em supervisão formal e informal para outros psicólogos, estagiários e residentes. Ressalta-se que os profissionais envolvidos na construção dessas diretrizes colocam-se à disposição para dialogar com outros colegas da área a fim de implantá-lo e aperfeiçoá-lo, afinal, a sistematização da assistência não pode ser confundida com assistência rígida, burocratizada e sem empatia, mas, sim, constituir um meio para assistência humanizada, resolutiva e compatível com as necessidades do paciente e do tratamento.

Entende-se que essas diretrizes abarcam temas relevantes à realidade atual do Brasil e que, por isso, necessitam de readequações para contemplar as mudanças de legislações e publicações atualizadas. Para que se mantenha a atualização dessas diretrizes, recomenda-se que sejam revisadas a cada três anos. Sugere-se, ainda, que seja criada uma comissão permanente com objetivo e manter as atualizações dessas diretrizes, além de sugerir e realizar pesquisas que abarquem as lacunas que não foram abordadas nesse documento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Mechanick JL, Apovian C, Brethauer S, et al. **Clinical practice guidelines for the preoperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures.** Endocr. Pract. 2019; Dec 25(12): 1346-1349.
- [2] Ogden J, Ratcliff D, Snowdon-Car V. **British obesity metabolic surgery Society endorsed guidelines for psychological support pre-and post- bariatric surgery.** Clinical Obesity. 2019; <https://doi.org/10.1111/cob.12339>
- [3] ASMBS. **Pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines.** 2018; <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.03.019>.
- [4] Leiva M, Cruz M, Diaz P, et al. **Manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica.** Consenso núcleo de psicólogos de cirugía de la obesidade de Chile, Rev. Med Chile. 2020; 148: 518-524.
- [5] Kyle T, Dhuranadhar E, Allison D. **Regarding obesity as a disease: evolving policies and their implications.** Endocrinol Metab Clin North Am. 2017.
- [6] Berti L V, Campos J, Rossi M et al. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (ABCD).** Nomenclatura e definições para os resultados em cirurgia bariátrica e metabólica São Paulo, 2015, vol 28, supl 1, Editorial
- [7] BRASIL, MS, **Vigitel, 2019: fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde.
- [8] Harrison G. **Hight-weigth tables.** Ann. Intern. Méd. 1985; 103 (6): 989-994.
- [9] ABESO/SBEM. **Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso,** ABESO 76. 2010; Out. Edição Especial.
- [10] Bray G, Greenway F, Molitch M, et al. **Use of anthropometric measures to assess weight loss,** Am. J. Clin. Nutr, 1978; 31 (5): 769-773.
- [11] Hruby A, Hu F, **The epidemiology of obesity: a big Picture.** Pharmacoeconomics. 2015; 33 (7): 673-689.
- [12] Yoon J, C J, Park K, et al. **Diagnostic performance of body mass index using the Western Pacific Regional Office of World Health Organization reference standards for body fat percentagem,** J. Korean Med. Sci. 2015; 30(2): 162-166.

- [13] Wolfe B, Kvach E, Eckel R. **Treatment of obesity: weight loss and bariatric surgery.** Circ. Res. 2016; 118 (11): 1844-1855
- [14] Raserá I, Luque A, Junqueira S, et al. **Effectiveness and safety of bariatric surgery in the public healthcare system in Brasil: real world evidence from a high-volume obesity surgery center.** 2017; 27 (2): 536- 540.
- [15] Slijovic S, Gusenoff J. **The obesity epidemic and bariatric trends.** Clin. Plast. Surg. 2019; 46 (1): 1-7.
- [16] Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). **Cirurgia bariátrica cresce 84,3% entre 20211 e 2018.** Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/Acesso> em 22 abril 2020.
- [17] Pajecki D, Kawamoto F, Dantas A. **Real world evidence of health outcomes and medication use 24 months after bariatric surgery in the public healthcare system in Brasil: a retrospective, single center study.** Clinics São Paulo. 2020; 75, e1588, apr 6.
- [18] Duarte-Guerra L, Coelho B, Santo M, et al. **Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interview.** Obes. Surg. 2015; 25: 830-837.
- [19] Leung S, Wnuk S, Jackson T, et al. **Prospective study of attachment as a predictor of binge eating, emotional eating and weight loss after two Years after bariatric surgery.** Nutrients. 2019; 11 (7): 1625.
- [20] Bjørngaard J, Carslake D, Lund Nilsen T, et al. **Association of body mass index with depression, anxiety and suicide - an instrumental variable analysis of the HUNT study.** PLoS One. 2015; 10(7), e0131708. Published 2015 Jul 13.
- [21] Duarte-Guerra, L, Coêlho, B, Santo, M, et al. **Morbidity persistence and comorbidity of mood, anxiety and eating disorders among preoperative bariatric patients.** Psychiatry Research. 2017; 257: 1-6.
- [22] Sogg, S, Lauretti, J, West-Smith, L. **Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients.** Surgery for Obesity and Related Diseases, 2016, 12(4): 731-749.
- [23] Flores, C. **Psychological assessment for bariatric surgery: current practices.** ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. 2014; (São Paulo), 27(supl 1): 59-62.
- [24] Altman D, Tanofsky-Kraff M., Shank L et al. **Assessment of loss-of-control eating in healthy youth by interview and questionnaire.** International Journal of Eating Disorders. 2020.
- [25] BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº425. **Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade.** 2013; bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pr-t425_19_03_2013.html

[26] COESAS, Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, SB-CBM, **Protocolo clínico de assistência psicológica no tratamento cirúrgico da obesidade**, São Paulo, 2014.

[27] Sogg, E, Friedman K. **Getting off on the right foot: the many roles of the psychosocial evaluation in the bariatric surgery practice**. European Eating Disorders Review. 2015; v. 23, ago, 451-456 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2395>.

[28] Tisljár-Szabó E, Tisljár R. **Bariátriai műtétekre való pszichológiai alkalmasság felmérése [Psychological assessment of candidates for bariatric surgery]**. Orv Hetil. 2019 Mar;160(12):448-455. Hungarian. doi: 10.1556/650.2019.31316. PMID: 30876384.

[29] Segal A, Franques. **A Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão da COESAS/SBCBM**, 2012; São Paulo, Miró Editorial.

[30] Sarwer D, Heinberg L. **A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery**. Am Psychol. 2020; Feb-Mar; 75(2):252-264. doi: 10.1037/amp0000550. PMID: 32052998; PMCID: PMC7027921.

[31] Martins M, Freire C. **Avaliação psicossocial pré-cirurgia bariátrica e metabólica**. In: Pereira A, et al. Cirurgia Bariátrica e Metabólica: abordagem multiprofissional. 2019; Rio de Janeiro, Editora Rubio.

[32] Franques A, Levy A. **Obesidade e seus determinantes culturais e psicossociais**. In: Tonelli H, Pereira M, Marchesini J. Saúde mental e cirurgia bariátrica. 2020; São José do Rio Preto, Editora DLR-Serviços Médicos.

[33] Joaquim B O, Bassetto J A, Castro M P et al. **Avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica: a experiência dos pacientes**, Bol. Acad. Paul.Psicol. vol.39 São Paulo, jan/jun. 2019

[34] Lemes, C, Ondere J, **Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde**. Temas em Psicologia. 2017; março vol.25, nº1: 17-28.

[35] Magro D. **Preparo pré-operatório nutricional e psicoeducação**. In: Segal A, Franques A Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão COESAS/SBCBM. 2012; São Paulo, Editora Miro.

[36] CFP. **Resolução nº11, de 11 de maio de 2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias de informação e da comunicação**. <https://site.cfp.org.br/wipe-content/uploads/2018/05/Resolucao...>

[37] CFP. **Resolução nº6 de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo no exercício profissional** <https://site.cfp.org.br/wipe-content/uploads/2019/09/Resolucao...>

[38] CFP. **Resolução nº9 de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização da avaliação psicológica** <https://site.cfp.org.br/wipe-content/uploads/2018/04/Resolucao...>

[39] CFM. **Resolução nº 2131 de 12 de dezembro de 2015. Estabelece normas seguras para o tratamento da obesidade mórbida**

[40] CFP. **Resolução nº10 de 12 de maio de 2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo** <https://atosoficiais.com.br/cfp/Resolucao-do-exercicio-profissional-n...>

[41] Pajecki D, Santo M A, Joaquim H et al. **Bariatric surgery in the elderly: results of a mean follow up of 5 years**, 2015, ABCD, suppl-1, 15-18

[42] BRASIL, MS. **Portaria nº424 de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para organização e prevenção do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**

[43] Lima M A D da S, Almeida M C P de. **A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa de enfermagem**. R. gaúcha de Enferm., v.20 n. esp., p. 130-142, 1999.

[44] Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. **O papel da sociedade na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores de saúde em diferentes níveis de atenção**, Saude soc. 32(4), Oct.Dec. 2014, <https://doi.org/101590/S0104-12902014000400013>

[45] Estima C C, Leal G V, Alvarenga M. **Comer em família: impacto no comportamento de crianças e adolescentes** in: Nutrição e transtornos alimentares, Barueri, SP, Editora Manole, 2011, p. 211-220

[46] Carter B, McGoldrick M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 1995; Porto Alegre, Artmed.

[47] Nichols, M. P.; Schwartz R. C. (2007). **Terapia familiar estrutural; Terapia familiar: conceitos e métodos** 7ed. – Porto Alegre: Artmed.

[48] Penso MA, Costa LF, Ribeiro MA. **Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma**. In: Penso MA, Costa LF. (Orgs.). A transmissão geracional em diferentes contextos. 2008, São Paulo: Summus. P. 9-23.

[49] Stunkard, Sorensen e Schulsinger, 1983); Adaptação para o Português: Scagliusi e colaboradores (2005).

[50] Beard J H, Bell R L, Duffy A J. **Reproductive considerations and pregnancy after bariatric surgery: current evidence and recommendations**, Obes. Surg. 2008, 18, 1203-7].

[51] King NA, Horner K, Hills AP, et al. **Exercise, appetite and weight management: understanding the compensatory responses in eating behaviour and how they contribute to variability in exerciseinduced weight loss**. Br J Sports Med. 2012; 46: 315–322

[52] Lemes CB, Ondere JN, **Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde**, Trends in Psychology, março 2017, vol.25, nº1, 17-28).

[53] (Cole HP, Lacefield WE, **Teorias da aprendizagem, desenvolvimento e design psicoeducacional: origens e aplicações em configurações não escolar**, v.58, nº3, p6-16, Soma, 1982).

[54] Bansal T, Joon A. **Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review**. The Indian Anaesthetists' Forum. 2016; 17(2): 37, doi: 10.4103/0973-0311.195955.

[55] Zemła, Adam Jarosław, et al. **"Measures of preoperative anxiety."** Anaesthesiol Intensive Ther 51.1 (2019): 64-69.

[56] Aust H, Rüsch D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. **Coping strategies in anxious surgical patients**. BMC Health Serv Res. 2016; Jul 12; 16:250. doi: 10.1186/s12913-016-1492-5. PMID: 27406264; PMCID: PMC4941033.

[57] Salzmann S, Salzmann-Djufri M, Wilhelm M, Euteneuer F. **Psychological Preparation for Cardiac Surgery**. Curr Cardiol Rep. 2020 Oct 10;22(12):172. doi: 10.1007/s11886-020-01424-9. PMID: 33040263; PMCID: PMC7547964

[58] Fried M, et al. **Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery**. Obesity Facts. 2013; 6: 449–468.

[59] Jumbe S, Meyrick J. **Contrasting Views of the Post-bariatric Surgery Experience between Patients and their Practitioners: a Qualitative Study**. Obesity Surgery. 2018; 28:2447–2456.

[60] Kaiser KA, Franks SF, Smith AB. **Positive relationship between support group attendance and one-year postoperative weightloss in gastric banding patients**. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2011; 7: 89 –93.

[61] Stewart F, Avenell A. **Behavioural interventions for severe obesity before and/or after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis**. Obesity Surgery. 2016; 26: 1203–1214.

[62] Ogden J, Hollywood A, Pring C. **The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery: a randomised control trial**. Obes Surg. 2015 Mar, 25(3): 500-5.

[63] Rutledge T, Ellison JK, Phillips AS. **Revising the bariatric psychological evaluation to improve clinical and research utility**. J Behav Med. 2020; 43, 660–665. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00060-1>.

[64] Castro TG, Pinhatti M M, Rodrigues RM. **Avaliação de imagem corporal em obesos no contexto cirúrgico de redução de peso: revisão sistemática**. Temas de Psicologia. 2017; Vol: 25, N. 1, Ribeirão Preto.

[65] King WC, Chen JY, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR, Yanovski SZ. **Alcohol and other substance use after bariatric surgery: Prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study**. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2017; 13, 1392–1402.

[66] Heinberg LJ, Pudalov L, Alameddin H, Steffen K. **Opioids and bariatric**

gery: A review and suggested recommendations for assessment and risk reduction. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2019; 15, 314 –321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2018.11.019>.

[67] Ivezaj V, Saules KK, Schuh LM. **New-onset substance use disorder after gastric bypass surgery: Rates and associated characteristics.** Obesity Surgery. 2014; 24, 1975–1980.

[68] Belharz F, Castle DJ, Grace S, Rossell SL. **A systematic review of visual processing and associated treatment in body dysmorphic disorder.** Acta Psychiatrica Scandinavica. 2017; 136: 16-36.

[69] Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas, A, Christian NJ. **Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery.** Journal of the American Medical Association Surgery. 2014; 149, 26 –33.

[70] Sarwer DB, Wadden TA, Spitzer JC, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas, A, Christian NJ. **4-Year changes in sex hormones, sexual functioning, and psychosocial status in women who underwent bariatric surgery.** Obesity Surgery. 2018; 28: 892– 899.

[71] Segal A, Kusunoki D. **Transtornos psiquiátricos no pós-operatório.** In: Mancini (coord), Tratado de Obesidade, 2017; São Paulo, Ed Koogan.

[72] Courcoulas AP, King WC, Belle SH, Berk P, Flum DR, Garcia L, Yanovski SZ. **Seven-year weight trajectories and health outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study.** Journal of the American Medical Association Surgery. 2018; 153, 427– 434. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2017.5025>.

[73] Hutter MM, Schirmer BD, Jones DB, Ko CY, Cohen ME, Merkow RP, Nguyen NT. **First report from the American College of Surgeons Bariatric Surgery Center Network: Laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass.** Annals of Surgery. 2011; 254, 410 – 420.

[74] Jakobsen GS, Småstuen MC, Sandbu R, Nordstrand N, Hofso D, Lindberg M, Hjelmæsæth J. **Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities.** Journal of the American Medical Association. 2018; 319, 291–301.

[75] Steffen KJ, King WC, White GE, Subak LL, Mitchell JE, Courcoulas AP, Huang AJ. **Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery.** Surgery for Obesity and Related Diseases. 2017; 13, 334 –343.

[76] Steffen KJ, King WC, White GE, Subak LL, Mitchell JE, Courcoulas AP, Huang AJ. **Changes in sexual functioning in women and men in the 5 years after bariatric surgery.** Journal of the American Medical Association Surgery, 2019; 154, 487– 498.

[77] Maldaner, CR et al. **Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica.** Rev. Gaúcha Enferm. 2008; Porto Alegre, dez 29(4): 647-53.

[78] Beamish AJ et al. **Should bariatric surgery be performed in adolescents?** Eur J Endocrinol. 2017. Apr.

[79] Segal JB, Clark JM, Shore AD, Dominici F, Magnuson T, Richards TM, Makary MA. **Prompt reduction in use of medications for comorbid conditions after bariatric surgery.** Obesity Surgery. 2009; 19, 1646 –1656.

[80] Cunningham JL, Merrell CC, Sarr M, Somers KJ, McAlpine D, Reese M, Clark MM. **Investigation of antidepressant medication usage after bariatric surgery.** Obesity Surgery. 2012; 22, 530 –535. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-011-0517-8>.

[81] Conceição EM, Mitchell JE, Pinto-Bastos A, Arrojado F, Brandão I, Machado, PP. **Stability of problematic eating behaviors and weight loss trajectories after bariatric surgery: A longitudinal observational study.** Surgery for Obesity and Related Diseases. 2017; 13, 1063– 1070. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.006>.

[82] Sheets CS, Peat CM, Berg KC, White EK, Bocchieri-Ricciardi L, Chen EY, Mitchell JE. **Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery.** Obesity Surgery. 2015; 25: 330 – 345.

[83] Chao AM, Wadden TA, Faulconbridge LF, Sarwer DB, Webb VL, Shaw JA, Williams NN. **Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results.** Obesity. 2016; 24: 2327–2333. <http://dx.doi.org/10.1002/oby .21648>.

[84] Marek RJ, Ben-Porath YS, Dulmen MHMV, Ashton K, Heinberg LJ. **Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients.** Surgery for Obesity and Related Diseases. 2017; 13: 514 –521.

[85] Müller M, Nett PC, Borbély YM, Buri C, Stirnimann G, Laederach K, Kröll D. **Mental illness has a negative impact on weight loss in bariatric patients: A 4-year follow-up.** Journal of Gastrointestinal Surgery. 2019; 23: 232–238.

[86] Devlin MJ, King WC, Kalarchian MA, White GE, Marcus MD, Garcia L, Mitchell JE. **Eating pathology and experience and weight loss in a prospective study of bariatric surgery patients: 3-year follow-up.** International Journal of Eating Disorders. 2016; 49: 1058 –1067. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22578>.

[87] Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. **Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery.** Obesity Research & Clinical Practice. 2014; 8, e299–e313.

[88] Heinberg LJ, Ashton K, Windover A. **Moving beyond dichotomous psychological evaluation: The Cleveland Clinic Behavioral Rating System for weight loss surgery.** Surgery for Obesity and Related Diseases. 2010; 6, 185–190. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2009.10.004>.

[89] Courcoulas AP, Christian NJ, Belle SH, Berk PD, Flum DR, Garcia L. **The Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity.** Journal of the American Medical Association. 2013; 310, 2416 –2425. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.280928>.

[90] Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, Kim J, Kolotkin RL, Nanjee MN, Hunt SC. **Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass.** The New England Journal of Medicine. 2017; 377: 1143–1155. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1700459>.

[91] Sarwer DB, Dilks RJ, West-Smith L. **Dietary intake and eating behavior after bariatric surgery: Threats to weight loss maintenance and strategies for success.** Surgery for Obesity and Related Diseases. 2011; 7: 644 – 651.

[92] CFP. **Resolução nº 3, de 12 de fevereiro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia.** https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/02/resolucao2007_3.pdf

[93] BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).** https://conteudo.cvm.gov.br/export/sites/cvm/menu/acesso_informacao/servidores/estagios/3-LEGISLACAO-DE-ESTAGIO.pdf