

A importância da autoavaliação e acompanhamento psicológico para o paciente de cirurgia bariátrica

The importance of self-assessment and psychological counseling for bariatric surgery patients

Tainan de Souza Lima Silva^{†*}, Suely Cristina de Souza Fernandes Crahim[‡]

Como citar esse artigo. Silva, TSL; Crahim, SCSF. A importância da autoavaliação e acompanhamento psicológico para o paciente de cirurgia bariátrica. Revista Mosaico. 2019 Jan/Jun.; 10 (1): 35-42.

Resumo

A obesidade constitui fator de grande preocupação para a saúde pública, pois atualmente, já representa uma epidemia, sendo responsável por um aumento substancial da morbimortalidade. O excesso de peso expõe o indivíduo a graves problemas de saúde, como elevação do fator de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas, neoplásicas e ortopédicas. As causas que contribuem para um peso excessivo são muitas, ou seja, multifatorial, como fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. A obesidade gera forte influência na vida do indivíduo, tanto na saúde, como no bem estar psicológico. Pessoas obesas, frequentemente, além dos problemas de saúde, apresentam problemas na autoestima e nos relacionamentos. Por ser multifatorial exige múltiplas abordagens, contemplando diferentes áreas médicas. Orientação dietética, prática de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade, são algumas formas de tratamento, mas no caso de obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem sido a mais indicada, implicando em acentuadas transformações na vida do paciente. Nesse sentido, o papel do psicólogo é fundamental no decorrer de todo o processo, pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório.

Palavras-Chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Psicólogo.

Abstract

Obesity is a factor of great concern to public health, because already represents an epidemic, accounting for a substantial increase in the morbidity and mortality. The overweight exposes the individual to serious health problems such as high risk factor for cardiovascular disease, metabolic, orthopedic and neoplastic. The causes that contribute to an excessive weight are many, it is multifactorial, like genetic, metabolic, behavioral, social and cultural rights. Obesity raises strong influence in the life of the individual, both in health, as in the psychological well-being. Obese people often in addition to health problems, present problems on self-esteem and relationships. By be multifactorial requires multiple approaches, including different medical areas. Dietary guidance, practice of physical activity and the use of antiobesity drugs, are some forms of treatment, but in the case of morbid obesity, bariatric surgery has been the most indicated, implying sharp changes in in the life of the patient. In this sense, the role of the psychologist is essential throughout the entire process, pre-op, intra-operative and postoperative period.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Psychologist.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como acúmulo em excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. Apresenta fatores associados à fisiologia e ao comportamento dos mesmos, bem como fatores emocionais e psíquicos. (GLEISER, CANDEMIL, 2006).

Prejuízo no bem estar psicológico e emocional pode

ser uma das consequências críticas da obesidade. É uma doença crônica não transmissível, que pode apresentar características de história natural prolongada, fatores de risco variados, curso assintomático longo e em geral lento e permanente, com períodos de evidência ou desaparecimento dos sintomas, lesões celulares irreversíveis, evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.

Constitui na atualidade um problema de saúde pública já que traz muitas consequências danosas à

Afiliação dos autores: [†]Psicóloga, graduada pela Universidade Severino Sombra, pós-graduanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Universidade de Vassouras (Vassouras-RJ, Brasil).

[‡] Pedagoga; Mestra em Educação Matemática; Especialista em Psicopedagogia pela Universidade Severino Sombra; Professora Assistente III do Curso de Graduação em Psicologia e Pedagogia da Universidade de Vassouras; Coordenadora e Psicopedagoga do Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Universidade de Vassouras (Vassouras/RJ, Brasil).

Email para correspondência: tainanpaty14@hotmail.com

saúde, como graves doenças não letais, que prejudicam e comprometem a qualidade de vida e podem até levar à morte prematura. O acúmulo excessivo de gordura corporal que caracteriza a obesidade é consequência de balanço energético positivo, que interfere na qualidade e quantidade de vida. Estudos mostram fatores diferenciados para a causa da obesidade. Os relacionados aos aspectos genéticos ainda não têm expressiva evidência e comprovação, ratificando a crença que a obesidade, na maioria dos casos está relacionada aos aspectos socioambientais. (TAVARES, NUNES & SANTOS, 2010)

A obesidade é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), baseando-se no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = \text{kg}/\text{h}^2_{(m)}$), e também pelo risco de mortalidade associada. Considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30 kg/m^2 . A obesidade é definida pela OMS em grau I, grau II e grau III. Na obesidade grau I, chamada também de excesso de peso, o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m^2 , na obesidade grau II, chamada de obesidade leve ou moderada, o IMC está entre 35 e 39,9 kg/m^2 , já na obesidade grau III, conhecida como obesidade mórbida, o IMC ultrapassa 40 kg/m^2 (XIMENES, XIMENES e LINS, 2009).

Quanto à localização e distribuição da gordura, a obesidade se classifica em central ou periférica. A obesidade central ou androide é predominante no sexo masculino. Esta variação também é conhecida como obesidade alta, central ou troncular, considerada de alto risco, pois possui um acúmulo predominante de células gordurosas na região abdominal, o que leva a um aumento de risco de doenças cardiovasculares e morte prematura. A obesidade periférica ou ginecoide ocorre predominantemente no sexo feminino. É também chamada de obesidade baixa, periférica ou glúteo-femoral. Este tipo de obesidade se associa à figura de uma pêra, e acarreta num menor risco de complicações metabólicas. (TAVARES, NUNES & SANTOS, 2010)

No decorrer dos anos, a obesidade vem crescendo e tendo grande prevalência na sociedade atual. Segundo o mapa da Obesidade da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica-2009), a projeção é que em 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com obesidade grau I, isto é sobrepeso e mais de 700 milhões, estejam com obesidade grau II, isto é, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões, se nenhuma ação eficaz for realizada.

Segundo o mapa da obesidade, fornecido pela ABESO, tendo como base a POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares -IBGE) 2008-2009, registra-se um crescimento acentuado da obesidade no Brasil, com percentual que apontam mais de 50% da população acima

do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Na infância, estaria em torno de 15%. Segundo a OMS, um em cada cinco brasileiros está acima do peso, revelando um aumento de pessoas obesas no País de 11,8% em 2006, para 18,9% em 2016, sendo assim, 40% da população encontra-se acima do peso, sendo 10,1% obesos (IMC acima de 30 kg/m^2) e 28,5% apresentam sobrepeso (IMC 25 kg/m^2 a 29,9 kg/m^2). Com o crescimento do número de pessoas obesas no país, cresce também o índice de hipertensos e diabéticos, piorando a condição de vida desses indivíduos que correm risco de morte (COSTA, IVO, CANTERO, TOGNINI, 2009).

O excesso de gordura corporal era considerado problema somente em países de alta renda, entretanto, a obesidade e o sobrepeso vem mostrando um crescimento dramático nos países de baixa e média renda. A causa da obesidade ainda não foi totalmente esclarecida, porém, acredita-se que as razões para uma pessoa desenvolver a obesidade ou se tornar obesa, seja o excesso de comida ingerida e a falta de exercício físico diário, resultando assim na pouca queima de calorias e uma grande produção de gordura corporal. Acredita-se que a obesidade também pode ser causada por fatores genéticos, desordens endócrinas, como o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, porém essas causas equivalem a 1% dos casos de excesso de peso. Indivíduos que possuem pais obesos apresentam probabilidade maior de serem obesos do que aqueles cujos pais não possuem excesso de peso. Mulheres com um ou mais filhos, apresentam risco maior em se tornar obesa do que mulheres que não tiveram filhos (XIMENES, XIMENES e LINS, 2009).

Com a atual realidade dos fatores sociais, econômicos e culturais, a obesidade vem tendo seu destaque na sociedade. O surgimento da tecnologia e da industrialização vem acarretando comportamentos e hábitos onde ocorre a diminuição do esforço físico, consequentemente menos gasto energético no trabalho e na rotina diária. O desenvolvimento tecnológico, que representa um facilitador na vida do ser humano, principalmente nas tarefas diárias rotineiras, pode influenciar também de forma negativa à medida que tarefas como fazer compras no supermercado, ir ao banco pagar as contas, ir à lojas e *shoppings* fazer compras de roupas e sapatos podem ser tarefas realizadas pela internet. Redes de *fast-food* resolvem também a questão da alimentação, com refeições geralmente nada saudáveis. O sedentarismo provocado pelo avanço tecnológico chegou a tal ponto que não precisamos nem levantar do sofá para ligar e desligar a TV ou trocar os canais.

Outro fator da questão do avanço tecnológico está no campo das brincadeiras infantis. Há alguns anos, as brincadeiras exigiam mais atividades físicas como amarelinha, queimada, pique-bandeira, pular corda ou uma simples brincadeira de bola. Hoje o que predomina

são os jogos eletrônicos, redes sociais, vídeos, filmes e outros. É por isso que a obesidade atualmente vem sendo denominada a “doença da civilização”. Outras causas para o excesso de peso são as mudanças na vida dos indivíduos, como; perda de entes queridos, divórcio, casamentos, situações de violências físicas e/ou psicológicas (depressão e ansiedade), tratamentos medicamentosos (corticoide e psicofármacos), excesso de álcool e a suspensão do fumo (nicotina). (TAVARES, NUNES & SANTOS, 2010)

Existem fatores emocionais que chamam muita a atenção em relação à obesidade, um deles é a “fome emocional”, que é o conceito utilizado para explicar a fome decorrente da necessidade emocional além da necessidade fisiológica. A fome emocional se caracteriza por ser repentina e imediata com a exigência de um alimento específico e não é saciada. Mudança de comportamento é o que defendem alguns especialistas e destacam a importância da utilização de técnicas com o objetivo de reduzir e manter um peso equilibrado. Dessa forma, saber diferenciar a fome física da emocional é importante, principalmente para saber a causa da fome emocional e tratá-la. (BALAIAS, 2010)

Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa, nesse caso, há a possibilidade da potencialização mútua das patologias, uma provoca o agravamento da outra e vice-versa. A comorbidade pode dificultar o diagnóstico e influenciar o prognóstico.

Comorbidades da obesidade, que causam grande impacto na saúde segundo Mancini (2001), são causadas pelo acúmulo de gordura, principalmente nas pessoas com IMC acima de 30 kg/m², como os distúrbios cardiovasculares, distúrbios endócrinos, e distúrbios respiratórios. A obesidade pode causar também disfunções gastrointestinais, como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos, como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários, como anovulação e problemas gestacionais; distúrbios músculos-esqueléticos, como osteoartrose e defeitos posturais; neoplasias, como câncer de mama ou próstata; distúrbios psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social; e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e anestésico e também a diminuição da agilidade física. Muitas vezes, tais doenças são tratadas de forma isolada e não associadas à obesidade, mas na verdade, tem sua origem ou agravamento devido ao sobrepeso e gordura no organismo.

A obesidade é uma doença complexa, com consequências sociais e clínicas graves. É comum o paciente obeso buscar tratamento por estar preocupado com o seu padrão estético, desconhecendo a quantidade e a gravidade de doenças que advêm da obesidade. Em 2016, o CFM – Conselho Federal de Medicina aumentou a lista de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com índice de massa

corporal entre 35 kg/m² e 40 kg/m². O novo texto, a Resolução nº 2.131/15, acrescenta outras doenças associadas à obesidade como depressão, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, infertilidade masculina e feminina, entre outras.

As comorbidades ligadas à obesidade são a causa da morte de cerca de duzentos mil pessoas na América Latina. O risco de morte duplica em pacientes com o IMC acima de 35 kg/m², por isso, morbimortalidade, que é a morte relacionada à obesidade, tem sido a causa de preocupação da Saúde Pública nos países latinos.

A obesidade requer tratamento de múltiplas abordagens por se tratar de uma condição médica crônica oriunda de diversos fatores, o que a torna complexa exigindo a compreensão de diversas áreas do conhecimento. As principais bases de tratamento estão ancoradas na orientação dietética, prática de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade. No caso de obesidade grau III ou obesidade mórbida, esse tipo de tratamento produz resultados insatisfatórios em pouco tempo, pois 95% dos pacientes voltam ao estado inicial de obesidade. Para esses casos, a cirurgia bariátrica tem se tornado a indicação mais viável e frequente. (TAVARES, NUNES & SANTOS, 2010)

Cirurgia Bariátrica é o procedimento cirúrgico realizado no aparelho digestivo para o tratamento da obesidade com a finalidade da redução do peso.

A história da cirurgia bariátrica tem início a partir da observação de pacientes que realizaram por motivo de saúde cirurgia de remoção de parte do estômago, que seguiam por um período com restrição gástrica e consequente perda de peso, bem como aqueles que removiam parte do segmento intestinal evoluíam para pouca absorção dos alimentos e também consequente perda de peso.

No Brasil, as pesquisas avançam com o Dr. Salomão Chaib, em meados da década de 1970, no Hospital das Clínicas, em São Paulo. Na década de 1980, a participação do Dr. Arthur Garrido Jr. foi fundamental para a difusão e aperfeiçoamento das técnicas. (SBCBM- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2016)

Em 2016, o CFM – Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União a Resolução nº 2.131/15 que habilita pacientes com índice de massa corporal a partir de 35 kg/m² e não somente a partir de 40 kg/m², como anteriormente. Foram acrescentadas mais vinte e uma doenças relacionadas à obesidade que podem apontar para indicação da cirurgia. Outro ganho efetivado na resolução é a alteração na idade mínima para a realização da operação. Em menores de dezesseis anos, somente depois da avaliação de necessidade extrema, isto é, do custo/ benefício, além de ser obrigatória a presença de um pediatra na equipe multidisciplinar, feita em caráter experimental e obedecendo aos protocolos do sistema CEP/Conep

(Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Devido ao grande crescimento da obesidade no mundo, a busca de pessoas pela cirurgia bariátrica tem aumentado significativamente, pois tem se mostrado a forma mais eficaz de redução de peso em pacientes com obesidade grave. A cirurgia bariátrica é o recurso mais efetivo para o tratamento da obesidade grau III, que tem como objetivo melhorar a qualidade e o tempo de vida do obeso. Ela consiste em diferentes técnicas com variados mecanismos para perda de peso, que podem ser classificados em técnicas restritivas, disabsortivas e mista. A mais usada no Brasil é a gastroplastia redutora com reconstituição em Y de Roux, conhecida como Fobi-Capella. (XIMENES, 2009)

Por ser uma patologia complexa, a obesidade necessita da compreensão e atuação de diversas áreas do conhecimento, que no trabalho com o paciente obeso mórbido, se complementam, atendendo dessa forma todas as necessidades e complicações que o paciente possa ter.

É importante que o paciente seja avaliado como um todo, sendo assim é importante que a equipe seja integrada por profissionais que atendam todos os aspectos da doença. A resolução nº 1. 766/ 05 do Conselho Federal de Medicina, institui oficialmente a composição da equipe que deverá ter um cirurgião com formação específica, um nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra, fisioterapeuta, anestesista, enfermeiro, entre outros familiarizados em condutas específicas em obesidade mórbida. (GLEISER, CANDEMIL, 2006). Mesmo assim a atuação do psicólogo ainda era tímida e muitas vezes questionada e dispensada. A importância do papel do psicólogo só foi realmente reconhecida quando começaram a surgir as “complicações”, para as quais os médicos não conseguiram explicar com razões concretas, isto é, clínicas ou cirúrgicas. (XIMENES, 2009)

É primordial o trabalho do psicólogo em todas as etapas relacionadas à cirurgia, tanto o pré-operatório, o trans-operatório quanto o pós-operatório.

Os pacientes, no período pré-operatório com grande frequência, são reticentes ao encaminhamento para o psicólogo, pois pensam que serão avaliados se estão aptos ou não psicologicamente para a cirurgia. Na área da Psicologia, a avaliação diz respeito à coleta e análise de informações psicológicas do paciente, que permite ao profissional traçar um perfil, segundo um paradigma específico da Psicologia, podendo assim realizar diagnóstico, prognóstico e encaminhamento (BENEDETTO, 2009). Segundo Benedetto (2009), no campo da obesidade mórbida, a avaliação psicológica do paciente, tem fundamental importância quanto instrumento para mensurar aspectos psicológicos e comportamentais de forma científica e precisa.

Segundo Benedetto (2009), a avaliação com o psicólogo é parte integrante do protocolo a ser cumprido

pelo paciente, aprovado e regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina. O laudo da avaliação psicológica contribuirá para a liberação das cirurgias nas instituições públicas e também é parte das exigências para liberação em plano de saúde. É de responsabilidade do psicólogo a elaboração de relatórios à equipe multidisciplinar, discriminando as condições comportamentais do paciente, dando subsídios para tomada de decisão mediante diagnóstico e prognóstico à cirurgia. É levado em consideração pelo psicólogo o repertório comportamental (sentimentos e personalidade) do cliente, para tratar com a cirurgia em si e também com as transformações no período pós-cirúrgico. Nesse ponto é importante o psicólogo analisar a personalidade do indivíduo como um sistema de reações, considerando além das questões hereditárias e sociais, a relação com o comportamento alimentar, em que condições acontecem e suas consequências (BENEDETTO, 2009). No pré-operatório, o paciente terá todas as informações necessárias para que entenda as mudanças significativas pelas quais ele atravessará. Tais informações durante o acompanhamento psicológico possibilitará que o paciente perceba a dimensão do processo a que será submetido, facilitando assim as tomadas de decisão de acordo com seu caso particular.

Ainda não há um parâmetro definido que leva à contra-indicação da cirurgia por parte do psicólogo, embora haja consenso de que os casos de transtornos depressivos, afetivos, bipolar ou psicótico, possam ser considerados como fatores de contra-indicações à realização da cirurgia.

Para a avaliação psicológica com obesos mórbidos ainda não há protocolos padronizados de instrumentos, existem algumas iniciativas de estruturação e listagem de procedimentos que contemplam alguns aspectos da obesidade. Escalas, entrevistas, inventários e outros instrumentos utilizados na avaliação são utilizados de modo a agregar cientificidade ao processo e mensurar aspectos como a imagem corporal, depressão, ansiedade e desempenho social (BENEDETTO, 2009).

A avaliação psicológica tem também como objetivo, preparar o paciente para a realidade do pós-operatório, tanto o imediato como o tardio, confirmando sua importância enquanto intervenção no processo de transformação vivido pelo mesmo, munindo-o de informações sobre os protocolos como também de autoconhecimento. Dessa forma, a probabilidade de sucesso na pós-cirurgia são grandes, proporcionando qualidade de vida ao paciente nos aspectos físico, emocional e no social.

No período pós-cirúrgico, o acompanhamento psicológico é essencial para um bom resultado, pois os fatores psicossociais e comportamentais interferem na boa evolução do paciente (BENEDETTO, 2009). O pós-cirúrgico é definido pelos pacientes como sendo um dos mais difíceis, é acompanhado de grande desconforto

e de adaptação à nova dieta, além da ansiedade e da insegurança. Para Ximenes (2009), é um período marcado por rápidas mudanças tanto relacionado aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo. Essa fase exige do paciente constante reflexão, que traz à tona questões emocionais. Sendo assim, o trabalho do psicólogo é auxiliar o paciente a se conhecer e a se perceber melhor, compreendendo, aceitando e participando de forma mais eficiente do tratamento, tornando-se autor e responsável pela nova identidade.

Segundo Candemil (2006), o aumento no número de cirurgias bariátricas realizadas nos últimos anos permitiu a análise de resultados relacionados com a melhora dos aspectos emocionais dos pacientes, constatando-se que os resultados positivos obtidos ultrapassam a perda de peso e as comorbidades decorrentes da obesidade. A autoimagem positiva surge a partir das novas condições e transformações corporais, ligadas à motivação do paciente bariátrico para o desenvolvimento de um estilo de vida diferente, com novos hábitos, uma nova vida.

O processo de perda acentuada ocasiona uma transformação corporal que interfere na autoimagem até então internalizada pelo paciente. Após a cirurgia de obesidade, a pessoa sente satisfação pela perda de peso, mas podem ocorrer dificuldades para reconhecer-se e identificar-se com o corpo magro, pois a imagem corporal não é sensação ou imaginação, é a figura do corpo em nossa mente (XIMENES, 2009), sentindo estranheza ou mantendo a imagem corporal anterior sobreposta em seu corpo atual, mesmo sendo o pós-cirúrgico a mudança de uma imagem que não aceitava, para uma que almejou. Será essencial então a reconstrução da imagem corporal, sendo fundamental um longo período de reformulação. Nesse processo o paciente se enxergará como novo ser. Será primordial o trabalho do psicólogo a fim de incentivar e orientar o paciente para a construção da nova imagem corporal, ao mesmo tempo em que esteja apto a desenvolver a capacidade de corresponder às exigências do tratamento, para melhorar sua qualidade de vida clínica e emocional. É importante também que o psicólogo não permita uma idealização da nova imagem, uma vez que o rápido emagrecimento pode acarretar excesso de pele, podendo assim gerar frustrações (XIMENES, 2009).

Depois que o paciente já está adaptado às mudanças emocionais e alimentares, algumas condições pré-mórbidas podem exigir novos esforços, tanto no campo emocional como no comportamental. Nesse momento o paciente exigirá maior atenção do psicólogo, pois se as mudanças no estilo de vida não forem interiorizadas e praticadas pelo paciente, o mesmo poderá retornar às práticas emocionais antigas, o que terá reflexo em suas atitudes. Para Ximenes (2009), a interação e o diálogo com o psicólogo e com toda a equipe nesse momento constitui um poderoso aliado ao tratamento

do paciente.

O conceito de “qualidade de vida” ganhou interesse especial por volta de 1970, quando as ciências humanas e biológicas começaram a valorizar parâmetros mais amplos do indivíduo, do que somente o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. (TAVARES, NUNES E SANTOS, 2010) De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde- *WHO (World Health Organization)*, a definição de qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, apud *The WHOQOL Group*, 1995), sendo dessa forma um conceito subjetivo e multidimensional, pois está intimamente relacionada ao bem-estar pessoal e abrange aspectos como estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida.

Em estudo transversal e prospectivo realizado em ambulatório de uma instituição hospitalar privada, localizado em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul, região sul do Brasil, onde foram selecionados como amostragem intencional, dezesseis pacientes com obesidade mórbida e que seriam submetidos à cirurgia bariátrica com a técnica cirúrgica mista, a qual permite maior componente restritivo, compreendendo as diversas modalidades de derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux. Foi utilizado o instrumento de pesquisa *Whoqol-bref* (instrumento para coleta de dados em avaliações de qualidade de vida), com dados coletados antes e depois da cirurgia bariátrica (MORAES, CAREGNATO e SCHNEIDER, 2014) constatou-se uma satisfação unânime quanto à capacidade de realização de necessidades básicas como melhoras consideráveis no sono, locomoção, atividade sexual, relações interpessoais e outras.

Durante a pesquisa no pré-operatório, os participantes mostraram-se não estar satisfeitos com o seu corpo, nem satisfeitos consigo mesmo, não gostavam de sair nem interagir socialmente; entretanto, no pós-operatório, em relação ao relacionamento interpessoal com os colegas, a maioria manifestou sentir-se bem. Constata-se desse modo, a melhora de condições clínicas e funcionais após as cirurgias bariátricas.

Mas essa nova fase requer uma atenção especial. Ultrapassar todos os obstáculos até a cirurgia representa uma conquista, mas sendo a obesidade uma doença crônica, os desafios continuam, por isso emagrecer depois da cirurgia, não significa batalha vencida (FRANQUES, 2009), atenção e cuidado no que diz respeito ao aumento de peso, devem fazer parte da sua rotina continuamente. É a fase de maior desconforto e de várias tentativas de adaptação à nova dieta. Atrelado a tudo isso ainda existe muita expectativa, ansiedade

e insegurança em relação à nova situação, o indivíduo encontra-se fragilizado fisicamente, pelas reações comuns à cirurgia. (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011).

O alimento não poderá mais ser uma fonte de prazer e defesa psicológica, o que poderá causar frustrações e angústias. O acompanhamento psicológico nesse momento é crucial, de modo a colaborar no desenvolvimento da consciência de si mesmo e da sua escolha, ajudá-lo a lidar com os seus conflitos e colaborar na reconstrução como sujeito, deixando claro que, nessa fase, o êxito do tratamento é de inteira responsabilidade do paciente. (XIMENES, 2009)

Para Ximenes (2009), existe uma ligação muito estreita entre “corpo” e “mente” após a cirurgia, 100% dos pacientes afirmam estar satisfeitos com o resultado. Isso não exclui o desenvolvimento de problemas de natureza emocional no pós-cirúrgico, o que pode deixá-lo suscetível a diversos canais patológicos. Algumas complicações de natureza emocionais são mais frequentes como substituição de sintomas, depressão e reganho de peso.

Cerca de 40% das pessoas que almejam fazer a cirurgia bariátrica são portadores de transtorno alimentar (XIMENES, 2009). Na fase inicial pós-cirúrgica, a adaptação às refeições líquidas e em pequenas quantidades é compensada através dos elogios ao seu corpo, à sua coragem e à sua beleza e o paciente tem a impressão de estar curado do transtorno alimentar. Entretanto, dezoito a vinte e quatro meses aproximadamente após a realização da cirurgia, o ritmo de emagrecimento diminui e o peso estabiliza, a vida volta à normalidade e a compulsão volta, podendo ser na forma de transtorno alimentar, ou compulsão por outra coisa como cigarros, bebidas, compras, trabalho, sexo e outros.

Nesse caso pode-se dizer que houve substituição do sintoma, isto é, o indivíduo trocou o comer por outros hábitos compulsivos. (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011) No caso específico do álcool, quando há nas entrevistas indícios de consumo, alguns médicos já dosam o máximo permitido ou excluem o álcool, conforme característica do paciente. A tendência é de mudança no padrão de consumo após a cirurgia, com menores doses devido a maior sensibilidade e significativamente, mais dificuldade em controlar o uso oriundo das mudanças que podem ser secundárias à alteração no metabolismo do álcool após cirurgia (SANTOS, CRUZ, 2016). O psicólogo, na entrevista inicial, deve esclarecer ao paciente sobre a substituição do sintoma, alertando-o para os sintomas e orientando-o a lidar adequadamente com as possíveis complicações.

No que diz respeito à depressão, há correlação entre a mesma e a rejeição social e afetiva, a imobilidade e a improdutividade. A grande parte dos pacientes que apresentam sintomas de depressão pós-cirurgia já tinha essa tendência anteriormente. A cirurgia bariátrica

não causa depressão. Essa ocorrência posteriormente a cirurgia, explica-se por haver um sensível equilíbrio obtido dolorosamente através do comer (XIMENES, 2009) e haverá a necessidade do paciente reorganizar-se internamente, abrindo mão da fuga ao alimento, adaptando-se aos novos hábitos e nova forma de ser. No momento da entrevista entre paciente e psicólogo, é importantíssimo considerar o fato de o paciente apresentar sintomas de depressão ou quando o alimento é um elemento de defesa ou fuga psicológica, nesse caso a cirurgia deve ser postergada ou não indicada, já que no período pós-operatório, de total restrição alimentar, os sintomas serão agravados certamente. O psicólogo deverá ajudá-lo a desenvolver mecanismos de elaboração ou de descarga de tensão emocional.

Para Franques (2009), o reganho de peso após um determinado período da cirurgia está associado diretamente à falta de adesão adequada ao tratamento ou troca de sintomas, ocorrendo a hiper ingestão de alimentos e ingerir comida volta a ser o mecanismo de defesa. A equipe multiprofissional precisa ser incisiva e coesa nesse momento, mostrando ao paciente que tem quem o ampare e ajude, pois o mesmo experimenta agora o sentimento de fracasso e derrota, que o oriente a retornar a dieta e dar prosseguimento ao tratamento.

Com o estômago, órgão central na digestão, muito menor devido à cirurgia, é reduzida não só a vontade de comer, mas também a ingestão de comida, então o organismo passa por alterações que vão muito além da perda de peso. Passa a absorver menos vitaminas e minerais que antes, o que pode acarretar em efeitos de curto e longo prazo que, não tratados, podem levar à problemas ósseos, fisiológicos e neurológicos. (BORDALO, TEIXEIRA e BRESSAN, 2010). O déficit na ingestão de ferro, cálcio e vitaminas como B12 e D podem causar cansaço, dificuldade de equilíbrio, ressecamento da pele, queda de cabelo, unhas quebradiças. Também há relatos de sintomas mais graves como fragilidade nos ossos e osteoporose precoce, perda de dentes, anemia, amnésia e outras deficiências neurológicas. A alternativa para minimizar o impacto do déficit de vitaminas e minerais, que o corpo não ingere em quantidade suficiente através dos alimentos, é repor micronutrientes pelo consumo de vitaminas através de cápsulas ou injeções. (BORDALO, TEIXEIRA e BRESSAN, 2010) Mesmo apresentando pontos de risco e dificuldades, a cirurgia bariátrica ainda é a alternativa mais procurada de tratamento, principalmente no caso da obesidade mórbida, pelo fato de facilitar a redução de peso de imediato e promover condições para melhorar aspectos físicos, emocionais e sociais. Essa trajetória passa pelo autoconhecimento e autocuidado. Conhecer-se e amar-se é uma grande alavanca. E se para isso a cirurgia for o caminho que os indivíduos tenham, através do apoio da equipe multiprofissional, terá condições de encará-la e depois encarar a si mesmo.

Considerações finais

Pesquisas de Instituições como a ABESO, OMS e IBGE comprovam grande crescimento da obesidade em todas as faixas etárias e classes sociais. Estudos evidenciam que o excesso de peso interfere prejudicialmente na qualidade de vida do indivíduo, acarretando comorbidades que podem levar à morte. São utilizados como formas de tratamento os exercícios físicos, dietas restritivas, as medicações antiobesidade e a cirurgia bariátrica, que se caracteriza como a alternativa final no processo de busca para a cura da obesidade. Sendo de origem multifatorial, o tratamento da obesidade requer o envolvimento de múltiplos profissionais que se complementam.

O desenvolvimento do presente estudo aponta para a importância, no caso do procedimento de cirurgia bariátrica, da presença do psicólogo sendo fundamental e obrigatória de acordo com a lei, de modo a avaliar e preparar o paciente para a intervenção cirúrgica. O trabalho com o paciente deve garantir que as informações quanto aos “ganhos e perdas” do processo cirúrgico sejam conhecidas e discutidas, tornando claros todos os aspectos clínicos e psicológicos, de modo a ajudá-lo no enfrentamento dos desafios vindouros que exigirá do mesmo, mudanças de hábitos e responsabilidades para o resto da vida. A participação efetiva e responsável do psicólogo é de grande relevância para o tratamento, pois se reconhece a importância dos fatores psicológicos para o sucesso do mesmo. Dessa forma, a psicologia vem conquistando espaço dentro da área hospitalar, mesmo às vezes não influenciando a causa, pode influenciar a resposta ao tratamento. Mas muito ainda há para ser feito, dada a contemporaneidade e importância do assunto torna-se necessário o investimento em pesquisas, aprimoramento e esclarecimento da relevância na atuação do psicólogo no acompanhamento de todas as fases da cirurgia bariátrica, de modo que a presença do psicólogo na equipe não tenha somente a função de emitir um laudo, mas de um profissional que exerça o papel fundamental nas transformações que ocorrerão na vida de seus pacientes. Assistir e colaborar nas novas “reconstruções”, apontando caminhos, acelerando e consolidando o crescimento pessoal de indivíduos que reordenam seus pedaços, para sentirem-se seres humanos completos, corpo e alma, com pensamentos, sentimentos e sonhos passíveis e possíveis de realização.

Referências

ABESO -ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade**. 2009. Disponível em <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade> Acesso em 13/01/2019.

BALAIAS, Diana Maria Almeida Silva. Quando as emoções

comandam a fome. **Peritia: Revista portuguesa de psicologia**. P. 1-4, mai, 2010. Disponível em: http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/2.-Cr%C3%B3nica-de-15-Dez-09_Diana-Balarias.pdf Acesso em 12/12/2018.

BENEDETTO, Cristina Di. Avaliação Psicológica comportamental na cirurgia Bariátrica: Aspectos Teóricos-Técnicos. In: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Editora, 2009. P. 69-77.

BORDALO, Livia Azevedo. TEIXEIRA, Tatiana Fiche Sales. BRESSAN, Josefina. MOURÃO, Denise Machado. **Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar**. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a25.pdf> acessado em 20/03/19

CANDEMIL, Rudete. **A importância do acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia Bariátrica**. 2006. Disponível em: <http://www.cirurgiaobesidade.net.br/site/a-importancia-do-acompanhamento-multidisciplinar-apos-a-cirurgia-bariatrica/>. Acesso em: 13/12/2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal do CFM**. Resolução nº 2.131/15. Brasília, 2016. https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25939 Acesso em 9/02/2019.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva. On-line version ISSN 1678-4561**. vol.5 n.1 Rio de Janeiro 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004 Acessado em 12/10/18

FRANQUES, Aída Regina Marcondes. Adesão ao tratamento pós-operatório: Por que é tão difícil?. In: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Editora, 2009. P. 99-107.

GLEISER, D.; CANDEMIL, R. S. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.

MANCINI, Marcio C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab**. vol 45 n° 6 Dezembro 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n6/a13v45n6.pdf> Acesso em 18/03/2019.

MARCELINO, Liette Francisco. PATRÍCIO, Zuleica Maria. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde**. Versão on-line ISSN: 1678-4561. 2011. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16n12/4767-4776/pt/> Acesso em 19/03/19.

MORAES, Josiane da Motta. CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. SCHNEIDER, Daniel da Silva. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem- On-line version ISSN 1982-0194** vol.27, n.2, Mar./Abr. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012 Acesso em 8/02/2019.

SANTOS, Juliana Garbayo dos. CRUZ Marcelo Santos. **Alcoolismo após cirurgia bariátrica: relato de caso**. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n4/0047-2085-jbpsiq-65-4-0340.pdf> Acesso em 19/03/19.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (2016) **Evolução da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil**. Disponível em <https://www.scbcm.org.br/o-inicio-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/> Acesso em 8/02/2019.

TAVARES, T. B; NUNES, S. M.; SANTOS, M. de O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais (RMMG)** v.20, n.3, p. 359-366, Jul/Set, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371> Acesso em 05/10/2018.

XIMENES, Eliane Gomes. Complicações Psicológicas pós-cirúrgicas em obesidade. In: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Editora, 2009. p. 109- 132.

_____. Acompanhamento Psicológico pós-operatório: Como, quando e por quê. In: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Editora, 2009a. p. 91-97.

_____. Avaliação Psicológica pré-operatória: Como e por quê. *In*: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade**: um enfoque psicológico. São Paulo: Santos Editora, 2009b. p. 59-66.

XIMENES, Eliane Gomes. XIMENES, Lara. LINS, Daniel. Obesidade. *In*: MIRANDA, Carlos Alexandre. **Cirurgia da Obesidade**: um enfoque psicológico. São Paulo: Santos Editora, 2009. p. 19-26.