

A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA - UMA ANÁLISE TEÓRICA E PRÁTICA

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT FOR BARIATRIC SURGERY - A THEORETICAL AND PRACTICAL ANALYSIS

Carla Neiva Aragão: Graduada em Assistência Social, pós-graduada; Faculdade Vale do Cricaré.
carlaneivaaragao@gmail.com

Elaine Zambon: Graduada em Comunicação Social - Jornalismo, Pós-graduada em Gestão
Empresarial, Mestre em Ciências das Religiões e graduando em Psicologia. Faculdade Vale do
Cricaré. elaine.zcd@gmail.com

Resumo: As transformações sociais que acompanham os modos de vida na contemporaneidade, trazem consigo mudanças no comportamento dos indivíduos como, sedentarismo e estados nutricionais que se traduzem em fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se grandes desafios para a saúde pública. A obesidade tem aumentado em todas as classes sociais e atrelada a ela, um crescimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Uma das situações que podem auxiliar no controle da obesidade (quando já não se obtém sucesso nas outras alternativas) é a cirurgia bariátrica, mas para isso, uma das fases que o paciente precisa enfrentar é a avaliação psicológica.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Avaliação Psicológica.

Abstract: The social transformations that accompany contemporary ways of life bring with it changes in the behavior of individuals such as physical inactivity and nutritional states that translate into risk factors for chronic non-communicable diseases, becoming major challenges for public health. Obesity has increased in all social classes and linked to it, an increase in chronic diseases such as hypertension and diabetes. One of the situations that can help in the control of obesity (when the other alternatives are no longer successful) is bariatric surgery, but for this, one of the phases that the patient needs to face is the psychological evaluation.

Keywords: Obesity, Bariatric Surgery, Psychological Assessment.

1 INTRODUÇÃO

Os modos de vida na contemporaneidade revelam um cenário de comportamentos de sedentarismo e estados nutricionais que se traduzem em fatores

de risco para doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se grandes desafios para a saúde pública.

Nesse contexto, destaca-se a obesidade que, além de ser fator de risco para doenças crônicas como hipertensão e diabetes, caracteriza-se como uma doença. Uma pesquisa de orçamentos familiares (POF) realizada em 2008 revelou que 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população com mais de 20 anos apresenta excesso de peso (BRASIL, 2014).

Conforme Brasil (2014), em 1975 o IBGE registrou que a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres. Em 2003, houve aumento na prevalência entre homens de 8,8% e 12,7% em mulheres. Em 2009, houve aumento progressivo de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O IBGE, em 2010, registrou que o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010).

Segundo a OMS (2000 apud BRASIL, 2014), a obesidade é um fenômeno multifatorial que decorre de balanço energético positivo¹ que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde por sua combinação com outros agravos de saúde como o aumento da pressão arterial, do colesterol e triglicerídeos no sangue e resistência à insulina. Portanto, as causas estão relacionadas a fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos.

O excesso de peso e a obesidade têm crescido no Brasil em todas as classes sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) gasta, anualmente, R\$ 488 milhões com o tratamento de doenças associadas à obesidade, além disso, os custos com o tratamento da obesidade grave atingem hoje R\$ 116 milhões (OLIVEIRA, 2013 apud SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2019).

No contexto das estratégias de promoção, prevenção e recuperação à saúde para as situações de obesidade, o tratamento cirúrgico está preconizado como alternativa de cuidado.

Nota-se que grande parte de pessoas obesas não conseguem adaptar-se às mudanças no estilo de vida. Uma série de fatores associados colabora para o agravamento do quadro clínico, incluindo a constante instabilidade emocional. Nesse

¹ Balanço energético positivo ocorre quando o indivíduo consome mais energia do que gasta, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (1995 apud BRASIL, 2014, p. 25)

sentido a busca por tratamento cirúrgico é estratégia para garantia da qualidade de vida dessas pessoas.

Para regulamentar o procedimento de cirurgias bariátricas no Brasil, o Ministério da Saúde lançou duas Portarias em 2013 (Portarias nº 424 e nº 425). Tais Portarias resolvem: redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e definir regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, respectivamente.

O anexo I da Portaria nº 424 detalha as diretrizes para o tratamento cirúrgico para a obesidade. É importante frisar que o tratamento cirúrgico faz parte do tratamento integral da obesidade, cuja prioridade deve ser a promoção da saúde e o cuidado longitudinal, conforme descreve a Portaria:

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. (BRASIL, 2013)

Durante o processo pré e pós-operatório de cirurgias bariátricas é previsto nas Portarias a assistência terapêutica multiprofissional. Nas diretrizes para o tratamento cirúrgico para obesidade está descrito que na fase pré – operatória o paciente precisa assumir *“IV. Compromisso consciente [...] em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).”*A avaliação psicológica, portanto, é procedimento compulsório para realização dessa cirurgia.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica(SBCBM) enfatiza a importância da avaliação terapêutica multiprofissional, uma vez que evita complicações cirúrgicas imediatas e tardias e traz resultados satisfatórios relacionados à perda e a manutenção do peso perdido.

2 MÉTODOS

Com o objetivo de delinear aspectos da importância da avaliação psicológica para a realização de cirurgias bariátricas, propomos a realização de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo, na qual o pesquisador interage com os sujeitos pesquisados e, na abrangência temática, correlaciona os dados coletados com as referências científicas evidenciadas na pesquisa bibliográfica, de modo dinâmico.

Sendo assim, realizamos uma pesquisa de campo, que adotou como técnica de coleta de dados a aplicação de um questionário, elaborado na plataforma online “Google forms”. Esse questionário foi enviado aos participantes no mês de março de 2020, com perguntas abertas e fechadas, através das quais foram obtidos os dados que serão discutidos no item 4 do presente trabalho. O questionário constou de uma pequena parte introdutória, especificando o caráter acadêmico da coleta dos dados e, em seguida, 13 (treze) perguntas.

Primeiramente foi realizado o contato telefônico com os possíveis participantes explicando o motivo do questionário e, em seguida, foi enviado para público alvo da pesquisa.

A pesquisa de campo teve como participantes pessoas que se submeteram ao procedimento de cirurgia bariátrica, sem delimitação de tempo/ano de realização.

Adotamos, também, a pesquisa bibliográfica na obtenção e no estudo do material, sendo esta uma fonte secundária de dados, cuja primeira foi a coleta de dados por meio dos questionários enviados.

3 A HISTÓRIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL

Segundo a SBCBM, é na década de 70, que tem início as primeiras intervenções cirúrgicas, na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com o médico Salomão Chaib, utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (1969).

Nesse início, houve problemas relacionados à segurança do paciente, com resultados bastante desanimadores. Apesar disso, as pesquisas não pararam e, na liderança do médico Arthur Garrido Jr, os estudos continuaram baseados nas experiências internacionais, principalmente as pesquisas do Dr. Edward E. Mason,

M.D, cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Esse cirurgião americano foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, impulsionando o desenvolvimento de técnicas como o by-pass gástrico, gastroplastia horizontal e gastroplastia vertical com anel de polipropileno.

Sob a inspiração desses profissionais, nas dependências da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Garrido, Bert, Marcelo Roque, Pareja e depois Alexandre Elias ajudaram na formação de centenas novos cirurgiões bariátricos. Juntaram-se a eles cirurgiões de Curitiba, Rio de Janeiro e Recife, e os serviços para realização de cirurgias bariátricas se expandiram em todo o território nacional (sbcbm.org.br).

Entre os anos de 2012 e 2017, o número de cirurgias bariátricas realizadas aumentou 46,7%, de acordo com a SBCBM. Ainda afirmam que foram realizados 105.642 mil cirurgias no ano de 2017 no país, ou seja, 5,6% a mais do que em 2016, quando 100 mil pessoas fizeram o procedimento no setor privado. E os números são crescentes: em 2015 foram realizadas 93,5 mil cirurgias; em 2014, o número foi de 88 mil procedimentos; em 2013, 80 mil cirurgias e, em 2012, 72 mil cirurgias. Há cerca de 384 centros de referência cadastrados pela SBCBM para realização de cirurgias bariátricas no Brasil, tanto públicas, quanto privadas.

4 POPULAÇÃO ESTIMADA DE PESSOAS COM SOBREPESO, OBESIDADE E OS SEUS DIFERENTES GRAUS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Em 2019, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo iniciou a pactuação nas regiões de saúde da Linha de Cuidado da Obesidade. Para isso, iniciou o estudo dos dados de prevalência de sobrepeso e obesidade em seus diferentes graus, por faixa etária e município de cada Região de Saúde. Em relação ao estado nutricional dos adultos, foram apresentadas duas tabelas de cada região, uma a partir dos dados do VIGITEL² e outra do SISVAN. No SISVAN³, a alimentação da base de dados dos beneficiários do Programa Bolsa Família é priorizada, uma vez que esse registro é uma das condições obrigatórias para o

²VIGITEL – Vigilância por Inquérito Telefônico, do Ministério da Saúde, que mede os fatores de risco das doenças mais comuns no Brasil, como aquelas relacionadas ao coração e respiratórias, além de diabetes. Alguns dos fatores investigados: tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física, uso nocivo de bebidas alcoólicas e outros.

³SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que registra os dados da Vigilância Alimentar nos serviços de saúde da Atenção Básica inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, principalmente dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

recebimento do benefício pelos municípios. Portanto, os dados desse sistema podem não representar a população como um todo, e por isso, a tabela do VIGITEL pode estar mais próxima da realidade. Seguem os dados obtidos pela Secretaria Estadual de Saúde/ES.

Tabela 01 - Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos, por município e região, 2017.

Região de Saúde	Risco de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
Norte	17.52	7.8	5.78	31.1
Central	19.02	8.39	6.18	33.59
Metropolitana	19.60	7.89	5.24	32.73
Sul	18.60	9.06	7.64	35.3
Total	18.69	8.29	6.21	33.18

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2017. Valores expressos em porcentagem.

Tabela 02 - Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 anos, por município e região, 2017.

Região de Saúde	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave	Total
Norte	13.81	7.86	4.57	26.24
Central	14.91	7.58	4.14	26.63
Metropolitana	15.39	7.65	3.98	27.02
Sul	15.71	8.36	5.58	29.65
Total	14.96	7.86	4.57	27.39

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2017. Valores expressos em porcentagem.

Tabela 03 - Estado Nutricional de adolescentes (10 a 19 anos), por município e região, 2017.

Região de Saúde	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave	Total
Norte	17.66	6.92	1.41	25.99
Central	17.70	7.20	1.41	26.31
Metropolitana	18.87	7.78	1.55	28.2
Sul	19.36	7.38	1.83	28.57
Total	18.40	7.32	1.55	27.27

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2017. Valores expressos em porcentagem.

Tabela 04 - Estado Nutricional de adultos (≥ 18 anos), por município e região, 2017.

Região de Saúde	Sobrepeso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	Total
Norte	32.03	19.33	7.27	3.38	62.01
Central	32.30	18.03	7.77	3.57	61.67
Metropolitana	33.10	18.91	7.78	3.92	63.71
Sul	32.95	18.30	7.54	3.62	62.41
Total	32.60	18.64	7.59	3.62	62.45

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2017. Valores expressos em porcentagem.

Tabela 05 - Estado Nutricional de idosos (≥ 60 anos), por município e região, 2017.

Região de Saúde	Sobrepeso
Norte	50.95
Central	52.03
Metropolitana	54.33
Sul	56.64
Total	53.49

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2017. Valores expressos em porcentagem

Tabela 06: Dados do VIGITEL de sobrepeso e obesidade – ES

Regiões de Saúde	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave	Total
Total	35.8	16.8	0.81	53.41

Fonte: Vigitel, 2017 (Sobrepeso e Obesidade). Estimativa baseada na proporção de pessoas com obesidade grave da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Valores expressos em porcentagem.

5 CRITÉRIOS DE REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL

O anexo I da Portaria 424 de 19 de março de 2013 define as indicações e as contra-indicações para a realização de cirurgias bariátricas, descritas no texto que segue (BRASIL, 2013).

É fato que não se pode escolher e decidir fazer a cirurgia por si só. O Governo Federal indica quais indivíduos se encaixam para realização das cirurgias, conforme vê-se abaixo:

- a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;
- b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos (BRASIL, 2013).

É preciso avaliar e realizar diversas outras tentativas dentro dos tratamentos disponíveis antes de se chegar à cirurgia. Todo o processo se passa observando determinados critérios.

- I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial

Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica) (BRASIL, 2013).

Existem ainda algumas limitações à indicação da cirurgia bariátrica. Doenças e transtornos podem afetar a recuperação do paciente e entram nas contraindicações para a cirurgia bariátrica, como:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra-indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (BRASIL, 2013).

6 A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CIRURGIAS BARIÁTRICAS

A Avaliação Psicológica é definida como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas (Conselho Federal de Psicologia, resolução 9 de 25 de abril de 2018, art.1º).

Em entrevista para a Revista Diálogos (2019), do Conselho Federal de Psicologia, a Psicóloga Fernanda Gonçalves da Silva⁴ relata que a avaliação psicológica para cirurgias bariátricas tem por objetivo não somente avaliar as psicopatologias, mas de ser uma análise holística, considerando os fenômenos biopsicossociais do paciente com o objetivo de avaliar se ele possui recursos internos e suporte familiar para enfrentar não só o procedimento, mas também todas as restrições e conflitos frequentes após a cirurgia.

A Psicóloga Fernanda fala que não há regulamentações que especifiquem de forma mais detalhada o processo de avaliação, apontando constructos que devem ser avaliados ou determinando quais instrumentos devem ser utilizados. Afirma ainda que na literatura não há estudos que revelam sucesso de protocolos de avaliações. O que as pesquisas atualmente mostram são pontos de atenção, ou seja, características que devemos avaliar nos pacientes, pois podem causar o adoecimento psíquico no pós-cirúrgico. Dentre elas destacam-se a percepção da cirurgia como procedimento estético, reflexo do alto índice de insatisfação corporal e ansiedade por estarem diretamente relacionadas à frustração; e o desenvolvimento de patologias após a cirurgia, dentre elas a ansiedade, depressão, vigorexia⁵, bigorexia⁶ ou transtornos dismórficos corporais⁷ (Revista Diálogos, 2019).

Quando questionada sobre a existência de testes específicos para este contexto, Fernanda cita estudos realizados que apontam que a avaliação é feita majoritariamente por instrumentos de domínio público internacional e que não possuem evidências de validade para a população brasileira. As pesquisas também apontaram que a técnica mais utilizada é a entrevista semiestruturada, e que as avaliações psicológicas, ocorrem frequentemente em apenas um encontro (Revista Diálogos, 2019).

⁴ Fernanda Gonçalves da Silva é doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelo Instituto de Psiquiatria, mestre em avaliação psicológica e construção de instrumentos e docente da Universidade Estácio de Sá, além de ser editora da Revista Psicologia e Conexões.

⁵ **Vigorexia** - é uma obsessão pelo corpo musculoso, considerada um transtorno dismórfico corporal caracterizado pela alteração da autoimagem. (<https://www.significados.com.br/vigorexia/>)

⁶ **Bigorexia** - A *bigorexia* é o paroxismo patológico da atividade fisiculturista na qual a conscin desenvolve a obsessão por tornar-se musculosa e, independente da massa muscular atingida, percebe-se enfraquecida ou distante de seu ideal corporal. (<http://pt.conscienciopedia.org/index.php/Bigorexia>)

⁷ **Transtornos Dismórficos Corporais** - O transtorno dismórfico corporal (TDC) é uma condição psicológica que se caracteriza pela preocupação, sem controle, com a aparência. Seus portadores dão importância exagerada a defeitos pequenos que, apesar de imperceptíveis para outras pessoas, assumem uma dimensão enorme aos seus olhos. (<https://sbcp-sc.org.br/artigos/o-que-e-o-transtorno-dismorfico-corporal/>)

Fernanda, nesse contexto, relata que a obrigatoriedade da avaliação associada a falta de compreensão pelo paciente da importância do processo e seu esforço em realizar a cirurgia a qualquer custo, pode tornar esse processo avaliativo inconsistente e não confiável, uma vez que o candidato pode mentir sobre informações consideradas não recomendadas para a realização do procedimento, ou omitir fatos relevantes. Nesse sentido, a utilização de testes projetivos e expressivos torna-se uma escolha oportuna, pois reduzem a manipulação por parte dos candidatos e, portanto, conferem maior confiabilidade aos resultados da avaliação, segundo Fernanda (Revista Diálogos, 2019).

Ao longo da entrevista a Psicóloga Fernanda, ainda fala da importância da investigação do suporte familiar, pois além de tratar-se de uma cirurgia que envolve muitas restrições nos primeiros dias pós o procedimento, o controle alimentar frequentemente influencia em episódios de ansiedade e os relatos dos pacientes apontam o suporte familiar como um dos principais aliados no enfrentamento dessas crises (Revista Diálogos, 2019).

Ainda na entrevista da Revista Diálogos (2019), Fernanda descreve vários desafios, entre eles a investigação sobre a insatisfação corporal. A cirurgia bariátrica é um procedimento de promoção da saúde, frequentemente, os relatos são da busca por um procedimento estético.

7 SÍNTESE DOS RESULTADOS

No total, foram enviados sete questionários e obtidas quatro respostas. A idade dos participantes da pesquisa está entre 24 e 43 anos. Todos os participantes são do sexo feminino.

Os participantes relataram os anos que realizaram a cirurgia sendo, por ordem cronológica: 2004, 2014, 2016 e 2020. Quanto ao tipo de cirurgia realizada, as participantes relataram: 2 (duas) Sleeve ou gastrectomia, representando 50% dos participantes; 1 (uma) By-pass, representando 25% dos participantes e 1 (uma) Duodenal Switch, representando 25% dos participantes.

Foi perguntado aos participantes se passaram por avaliação psicológica para a realização da cirurgia bariátrica, sendo unânimes em afirmar que realizaram-na como pré-requisito para realização da cirurgia, confirmando o caráter compulsório.

No intuito de compreender aspectos da avaliação ou acompanhamento psicológico pré, durante e pós cirurgia, fizemos uma sequência de perguntas com os seguintes questionamentos: quanto à avaliação psicológica na fase pré-operatória, foi aplicado algum tipo de teste? Quanto à avaliação psicológica pré-operatória, quantas sessões ou encontros com o profissional você fez? Ainda na fase pré-operatória, o que achou da avaliação psicológica? A avaliação psicológica te ajudou no processo da cirurgia? Você fez acompanhamento psicológico durante a cirurgia? Se sim, como foi? Você fez ou faz acompanhamento psicológico após a cirurgia? Se sim, como foi ou está sendo?

Quanto algum tipo de teste aplicado, 50% afirmaram que foi aplicado algum teste, no entanto não sabem relatar qual e 50% afirmaram que não se recordam da aplicação de teste psicológico na avaliação pré- cirúrgica. Em relação ao número de sessões/encontros realizados para a liberação para a cirurgia, os participantes responderam, por ordem crescente de resposta: 1 encontro, 4 encontros, 8 encontros e 12 encontros; entretanto, a que relatou que fez 4 encontros específicos para a liberação para cirurgia, conta que já fazia terapia há um bom tempo.

No que tange ao auxílio da avaliação psicológica no pré-operatório e no que auxiliou na cirurgia, as participantes responderam: “*Foi fundamental, ajudou no controle da ansiedade, Pra mim foi ótimo...*”(D.S, 31 anos – cirurgia realizada em 2014); “*Me ensinou a descobrir o que era a compulsão alimentar, e o que no caso me causava ela (ansiedade)*”(G.M.S., 24 anos – cirurgia realizada em 2016); “*Não, eu já sabia o que queria, mas penso que poderia ter ajudado mais no pós-operatório*”(J.T.D.B., 40 anos – cirurgia realizada em 2004); “*Sim*”(M.A.B.G., 43 anos - cirurgia realizada em 2020).

Durante a cirurgia, todas as participantes relataram não ter recebido acompanhamento psicológico. Quanto ao pós-operatório, 3 (três) participantes relatam não fazer acompanhamento psicológico, representando 75% e 1 (uma) relatou fazer, porém ainda não retomou as sessões terapêuticas, representando 25%.

Em continuidade, as participantes foram questionadas como se sentiram após a cirurgia e se tiveram dificuldades ou facilidades para se adaptarem a nova realidade, sendo as seguintes respostas: “*Insegura, com medo dos pontos abrir ... adaptação foi mais fácil do que esperava*”. (D.S., 31 anos); “*Adaptei bem*”. (M.A.B.G,

43 anos); *“Senti que estava tendo uma nova oportunidade de me cuidar com mais atenção e carinho, as dificuldades passaram que eu nem percebi (só a queda na pressão que eu percebi), pois estava feliz e focada nos meus objetivos!”*(G.M.S., 24 anos); *“Tive dificuldades, mas sobrevivi, apesar de tudo fiquei bem.”* (J.T.D.B., 40 anos).

Nota-se que emoções como medo e insegurança aparecem após o procedimento cirúrgico e algumas dificuldades clínicas também estão presentes, denotando todo um cuidado necessário ao pós-operatório e o quanto a psicologia pode contribuir no processo de recuperação da saúde.

Por fim, foi perguntado para as participantes o que achavam da importância da avaliação e do acompanhamento psicológico para as cirurgias bariátricas, solicitando que as mesmas deixassem a sua opinião. Dessa forma, as participantes responderam: *“Super fundamental e necessária. Por que existem pessoas que visão o procedimento com passe de mágica para emagrecer, mas se você não tiver apoio e muita orientação não tem resultados. É uma grande mudança de vida, principalmente alimentação. Orientação psicológica para mim foi tudo.”*(D.S., 31 anos); *“Achei fundamental para adaptação pós-operatória.”*(M.A.B.G, 43 anos); *“Ter o acompanhamento é extremamente importante, nos faz entender que a obesidade é uma doença, que a compulsão alimentar é como se fosse um vício, e para passar por essa cirurgia devemos ter consciência que os nosso hábitos alimentares não poderão ser mais os mesmos, e depois que passamos pelo procedimento cirúrgico o processo é longo, onde mudanças serão feitas, isso deve ser uma decisão por amor próprio não só o externo mas também o interno (saúde)...”* (G.M.S., 24 anos); *“Super importante. Vi pessoas surtando mesmo por não poderem mais comer ou se maltratando exagerando na comida, e vomitando em seguida, ou mesmo desenvolvendo compulsão por bebidas no lugar a comida... tudo por falta de acompanhamento psicológico adequado.”*(J.T.D.B., 40 anos).

Fica evidente que, para quem passou pelo procedimento, a continuidade do tratamento psicológico é demonstrado como fundamental para compreensão dos distúrbios alimentares vividos, para auxiliar na adaptação aos novos hábitos e modos de vida, principalmente os alimentares e também para não desenvolverem patologias como ansiedade, depressão, vigorexia, bigorexia ou transtornos

dismórficos corporais, como a Psicóloga Fernanda expôs na entrevista relatada acima.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa veio reforçar, tanto através das portarias, documentos e entrevistas que há, sem sobra de dúvidas, necessidade da avaliação psicológica para a realização das cirurgias bariátricas. São inúmeros fatores que se acumulam no que diz respeito à saúde física e mental de quem vai passar por uma cirurgia como essa e se pode passar por ela.

Das entrevistas realizadas, chega-se à conclusão de que não há uma seguridade das quantidades de sessões com o psicólogo. A psicóloga citada relatou que há um parâmetro de apenas um encontro entre o candidato à cirurgia e o psicólogo avaliador, deixando claro que a mesma acredita não ser o bastante. O que pudemos perceber nos retornos que tivemos foi uma não padronização das quantidades de encontros antes da cirurgia, pois de um lado tem-se a psicóloga afirmando que frequentemente se tem apenas um encontro pré-operatório, e, de outro lado, nossas entrevistas afirmando ficar de 01 a 12 encontros terapêuticos anteriores à cirurgia.

Outra situação importante é o além cirurgia, pois, conforme entrevistas, é perceptível que a fase pós-operatória tem seus altos e baixos e com diversas novas situações que cada indivíduo deve vivenciar. Nos relatos que tivemos, pode-se perceber que não existiu um acompanhamento das pacientes no pós cirurgia, só uma que, por já fazer terapia a anos, permaneceu em tratamento.

Isso traz o questionamento sobre quais os procedimentos devem ser melhorados no que diz respeito à essa cirurgia. Pois, cada paciente é um, e talvez uma padronização das quantidades de encontros não seja a melhor opção, já que cada um terá suas necessidades, dificuldades e até facilidades após o procedimento, e pré-determinar o número de encontros pós-cirúrgicos pode ainda, não abarcar as necessidades de cada indivíduo. Porém, o que percebemos é que não há também, nos relatos adquiridos, uma obrigatoriedade da continuação desse acompanhamento psicológico.

Entendemos, através desta pesquisa, que muito se avançou desde o início das cirurgias até hoje, mas que, na relação paciente e saúde mental, principalmente no que diz respeito ao após a cirurgia, isso ainda precisa caminhar bem mais.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Revista Diálogos: Avaliação Psicológica, área em expansão. Ano 15, nº 10, maio de 2019.

_____. **Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018.** Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013.** Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n.38.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** SESA, 2019.

COPYRIGHT

Direitos autorais: Os autores são os únicos responsáveis pelo material incluído no artigo.

Submetido em: 14/05/2021.
Aprovado em: 30/07/2021.