



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Nathanne Ribeiro Saraiva Barbosa

O USO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS MULTIDISCIPLINARES COMO ESTRATÉGIA DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Palmas – TO

2019

Nathanne Ribeiro Saraiva Barbosa

O USO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS MULTIDISCIPLINARES COMO
ESTRATÉGIA DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Me. Izabela Almeida Querido

Palmas – TO

2019

Nathanne Ribeiro Saraiva Barbosa

O USO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS MULTIDISCIPLINARES COMO ESTRATÉGIA
DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e
apresentado como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Psicologia pelo Centro
Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)

Orientadora: Prof.a Me. Izabela Almeida Querido

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Mestre Izabela Almeida Querido

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a Doutora Gabriela Ortega Coelho Thomazi

Avaliadora

Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP

Prof. Mestre Iran Johnathan Silva Oliveira

Avaliador

Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP

Palmas – TO

2019

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que sempre me apoiaram. Em especial ao meu pai Adalto Alves Saraiva, minha mãe Valdene Ribeiro dos Santos Saraiva e meu esposo Herson Guimarães Barbosa pelo apoio e incentivo durante toda a graduação. À professora e orientadora Izabela Almeida Querido por contribuir neste lindo trabalho. Aos amigos que contribuíram direta ou indiretamente neste trabalho, em especial as coordenadoras do Curso de Psicologia: Irenides Teixeira e Cristina D'Ornellas Filipakis Souza pelo incentivo e apoio durante toda a graduação.

“Não é a Força, mas a perseverança que realiza grandes coisas” (Samuel Johnson)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo o dom da vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas na vida pessoal e acadêmica, por ter colocado em meu caminho durante toda a minha trajetória, dentro da academia, pessoas tão especiais, que não mediram esforço para me ajudar desde o início da graduação até este grande momento: a essas pessoas os meus sinceros agradecimentos. Aos professores que contribuíram para o meu aprendizado durante a graduação, em especial a minha banca de conclusão de curso:

À professora Me. Izabela Almeida Querido, por toda a sua orientação, sugestões de materiais, e por compartilhar comigo os seus conhecimentos, tanto nas disciplinas quanto neste trabalho de conclusão de curso, como minha orientadora.

Ao professor Me. Iran Johnathan Silva Oliveira, por todas as suas orientações e contribuições para a qualidade do desenvolvimento do meu trabalho, paciência e dedicação em tudo que faz.

A Professora Dra. Gabriela Ortega Coelho Thomazi, por fazer parte desse momento único na minha vida realizando todas as orientações e sugestões para a qualidade e desenvolvimento do meu trabalho, pelo carinho a mim dedicado.

Aos meus pais Adalto Alves Saraiva e Valdene Ribeiro dos Santos Saraiva por garantir o meu estudo durante esses anos de lutas, alegrias e tristeza, durante essa trajetória, e pelos ensinamentos da vida. As minhas irmãs Lethycia Saraiva e Thalia Saraiva, e em especial ao meu querido Esposo Herson Guimarães Barbosa que esteve comigo durante os últimos semestres de graduação: obrigada por estar sempre me apoiando, incentivando, obrigada por desejar que eu cresça a cada dia na minha vida pessoal e profissional, obrigada por acreditar em mim e em meu potencial.

Não poderia deixar de agradecer também aos meus sogros: Constantino Alves Barbosa e Zulmira Guimarães Barbosa, pelo lindo e precioso presente a qual confiaram a mim pra cuidar e amar. Venho agradecê-los por toda a paciência e cuidado conosco durante essa reta final. Aos meus cunhados Hederson Barbosa, Geony Barbosa e Emerson Barbosa: obrigada pelos conselhos e apoio. À cunhada Meire Vania Ferreira Araújo Barbosa, por disponibilizar de seu tempo durante o planejamento do projeto para orientar e ajudar, por abrir mão de finais de semana e feriados para me ajudar na qualidade deste lindo trabalho de conclusão de curso.

RESUMO

BARBOSA, Nathanne Ribeiro Saraiva. **O uso de grupos terapêuticos multidisciplinares como estratégias de preparação para cirurgia bariátrica.** 2019. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia – Bacharel no Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

A presente pesquisa explorou o uso de grupos terapêuticos multidisciplinares como estratégia de preparação para cirurgia bariátrica, uma temática considerada de suma importância, que necessita ser melhor compreendida e abordada nos espaços acadêmicos. Para tal, buscou apresentar informações sobre a importância do preparo multidisciplinar para o procedimento cirúrgico. Foi utilizada como estratégia de pesquisa a revisão bibliográfica não sistemática, com enfoque narrativo. Evidenciou informações sobre os dois grandes temas: preparo para cirurgia bariátrica e grupos terapêuticos na literatura existente, por meio do levantamento de artigos, livros, portarias e leis sobre o assunto. O trabalho guiou-se no objetivo de explicitar o impacto, enquanto estratégia, que um grupo terapêutico multidisciplinar pode gerar na preparação de pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica. Ao longo desse, o primeiro capítulo buscou de forma introdutória discorrer sobre a obesidade enquanto problema de saúde pública e a estratégia cirúrgica como opção ao seu tratamento. No segundo capítulo foram descritas as características da obesidade e no terceiro o preparo para cirurgia bariátrica, explicitando que esse é um dos passos exigidos hoje de seus candidatos e como etapa obrigatória a realização desse tipo de cirurgia. Analisou também os aspectos psicológicos, de saúde e sociais envolvidos e que levam os pacientes a realizarem a cirurgia bariátrica. No quarto e último capítulo foram discutidos aspectos do uso de grupos como estratégia terapêutica. Observou-se com o desenvolvimento da pesquisa a necessidade de uma maior produção de trabalhos científicos na área que enfatizem dentro do tema estratégias inovadoras e eficazes no preparo para a cirurgia, em especial no que tange aos aspectos psicológicos. Espera-se que essa pesquisa possa subsidiar discussões e pesquisas futuras no campo do tratamento multidisciplinar da obesidade quando há indicação cirúrgica.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Grupo Terapêutico; Atendimento Multidisciplinar.

ABSTRACT

BARBOSA, Nathanne Ribeiro Saraiva. **The use of multidisciplinary therapeutic groups as preparation strategies for bariatric surgery**. 2019. 45 f. Course Completion Work (Undergraduate) - Psychology Course - Bachelor of the Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas / TO, 2019

The present study explored the use of multidisciplinary therapeutic groups as a strategy for the preparation of bariatric surgery, a theme considered of great importance that needs to be better understood and approached in academic spaces. For this, he sought to present information about the importance of the multidisciplinary preparation for the surgical procedure. The non - systematic bibliographic review was used as a research strategy, with a narrative approach. He presented information on the two main topics: preparation for bariatric surgery and therapeutic groups in the existing literature, through the collection of articles, books, ordinances and laws on the subject. The work guided the objective of explaining the impact, as a strategy, that a multidisciplinary therapeutic group can generate in the preparation of patients who will undergo the bariatric surgery. Throughout this, the first chapter sought in an introductory way to discuss obesity as a public health problem and surgical strategy as an option for its treatment. In the second chapter the characteristics of obesity were described and in the third one the preparation for bariatric surgery, explaining that this is one of the steps required today of its candidates and as a mandatory step to perform this type of surgery. He also analyzed the psychological, health and social aspects involved and which led patients to undergo bariatric surgery. In the fourth and last chapter we discussed aspects of the use of groups as a therapeutic strategy. It was observed with the development of the research the need of a greater production of scientific works in the area that emphasize within the theme innovative and effective strategies in the preparation for the surgery, especially with regard to the psychological aspects. It is hoped that this research may subsidize future discussions and research in the field of multidisciplinary obesity treatment when there is a surgical indication

Key words: Obesity; Bariatric surgery; Therapeutic Group; Multidisciplinar.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Quadro de pontuação para cirurgia bariátrica	28
Quadro 1: Classificação da obesidade.....	19
Quadro 2: Questões averiguadas em pacientes que aguardam cirurgia bariátrica.....	27
Quadro3: Exames solicitados e respectivos laudos para realização da cirurgia bariátrica.....	28
Quadro 4: Laudos necessários para a realização da cirurgia bariátrica.....	29
Quadro 5: Meses de retornos aos especialistas.....	30
Quadro 6: Questionário para realização de cirurgia plástica reparadora.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CERAC	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CFM	Conselho Federal de Medicina
CB	Cirurgia Bariátrica
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CARACTERÍSTICAS DA OBESIDADE	15
3. PREPARO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES.....	21
4. GRUPO TERAPÊUTICO MULTIDISCILINAR.....	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

A obesidade, segundo Freitas et al., (2014), é uma doença grave que pode afetar crianças, adolescentes e adultos, e pode ser uma doença que resulta da genética do indivíduo, mas também é influenciada pelos ambientes nos quais este convive. O índice de aumento de pessoas obesas é, maiormente, observado em famílias que já apresentam histórico de obesidade.

Partindo do princípio sobre a definição do conceito de obesidade, trata - se de um processo de conceituação amplo, porém com a finalidade única, entende-se que refere ao um processo caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura (ABESO, 2016).

O Ministério da Saúde, em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que o cálculo para determinar a obesidade seja baseado no índice de massa corporal (IMC), que é definido através do peso corporal em quilogramas dividido pela a altura em metros quadrados ($IMC = \text{Massa}/\text{altura}^2$) e através de risco de mortalidade que é associada. Caso o resultado dê acima de 30, pode-se considerar que a pessoa em questão está obesa (BRASIL, 2017).

De acordo com Lederer (1991), a obesidade pode ser a causa de várias doenças e incômodos, entre eles: diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e arteriosclerose. Outros problemas também são associados à obesidade, por comorbidades, como problemas nas articulações, dificuldade para se locomover, entre outros.

Existem várias alternativas para sanar esses problemas. O emagrecimento por reeducação alimentar e prática de exercício é o mais indicado. Entretanto, para pessoas com IMC muito alto, a prática de exercício pode ser complicada, bem como a reeducação alimentar pode causar problemas se não for acompanhada por um profissional de nutrição (FANDIÑO et al., 2004).

Surge então, a opção pela cirurgia bariátrica. De acordo com o site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, a cirurgia bariátrica e metabólica “reúne técnicas com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e ou obesidade grave e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele” (SBCBM, 2017).

Também de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2018), entre os anos de 2012 e 2017, o crescimento do número de cirurgias bariátricas

realizadas no país foi de 46,7%, se comparada aos anos anteriores. Como a cirurgia é complexa, e seu pós-operatório exige cuidados específicos e especiais, há um processo preparativo antes da cirurgia, que envolve o contato do paciente com um psicólogo, para a avaliação de suas condições psicológicas para o enfrentamento da cirurgia.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) a resolução de número 1.766/05 descreve as diretrizes e as especificidades que são necessárias para a realização da cirurgia bariátrica (BRASIL, 2005). É necessário ter a idade superior a 18 anos, possuir o IMC igual ou superior a 40 kg/m², ter diagnóstico de doenças como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, doenças coronarianas, entre outros (HINTZE, 2011).

Os pacientes que são encaminhados para a realização da Cirurgia Bariátrica (CB) devem ser avaliados por uma equipe multidisciplinar, passando por uma avaliação clínica, nutricional e pela psicológica, para poder garantir que o indivíduo venha a ter um tratamento bem sucedido, proporcionando ao paciente uma qualidade de vida (SBCBM, 2017).

Na avaliação psicológica, o profissional tem a oportunidade de esclarecer como funciona todo o processo cirúrgico e fazer as orientações necessárias sobre as mudanças que ocorrerá no cotidiano do indivíduo que se submetem ao procedimento cirúrgico de CB (FLORES, 2014).

O psicólogo irá realizar a avaliação psicológica para analisar se o paciente está realmente preparado para o procedimento, quais são suas limitações e quais processos disciplinares serão necessários para o resultado satisfatório da cirurgia (FLORES, 2014). Uma das estratégias de avaliação e acompanhamento dos pacientes em pré-operatório para cirurgia bariátrica é o uso de grupos (ou oficinas) terapêuticos.

As oficinas terapêuticas têm se destacado por se constituírem novas formas de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo e de acompanhamento que associam a clínica à política. No entanto, as suas finalidades sofreram modificações ao longo da história (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Os primeiros relatos do seu uso, como forma de reabilitar sujeitos, datam do século XVII, período em que os hospitais ainda não eram reconhecidos como instituições de saúde, pois mantinham sob tutela leiga, e não médica, a assistência a grupos “socialmente desajustados”. Nesse contexto, a finalidade da atividade era, por meio do trabalho, restaurar ou manter a ordem social (FERNANDES, 2017).

Durante os grupos terapêuticos um dos métodos que se mais utiliza são as dinâmicas

de grupo. Onde são excelentes exercícios de vivências que permitem o conhecimento de pessoas e a própria melhoria dos relacionamentos interpessoais. O grupo é uma ótima estratégia para se realizar a coleta de dados, discussões com a equipe e a intervenção assistencial promovendo a sensibilização dos participantes do grupo (CUNHA; SANTOS, 2009).

Considerando todas essas questões, este trabalho pretendeu discutir sobre o uso de grupos terapêuticos multidisciplinares como estratégia de preparação a pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica. Como objetivos específicos propôs-se descrever o preparo para cirurgia bariátrica, exigido hoje de seus candidatos e analisar os aspectos psicológicos, de saúde e sociais envolvidos e que levam os pacientes a realizarem a cirurgia bariátrica.

A relevância da realização deste trabalho na área acadêmica deve-se ao fato de que este é um trabalho que poderá servir a outros acadêmicos que tenham o interesse no estudo e desenvolvimento de intervenções com pessoas com obesidade, especialmente as que escolhem a bariátrica como tratamento. Servirá como subsídio teórico, visto que esse presente trabalho agrega conteúdo a partir da revisão narrativa aqui realizada.

Quanto ao âmbito social é relevante no fato de que pode contribuir nos conhecimentos teóricos a respeito da melhoria da qualidade de vida das pessoas durante o preparo cirúrgico e durante os grupos terapêuticos, fazendo com que menos pessoas venham a sofrer algum tipo de transtorno relacionado ao tratamento da obesidade, sendo eles nos aspectos sociais, físicos e psicológicos. Por fim, o tema é relevante do ponto de vista pessoal por contribuir com o conhecimento teórico e técnico do pesquisador frente ao interesse em atender e avaliar pessoas que desejam submeter-se à cirurgia bariátrica como estratégia de perda de peso.

É uma pesquisa na qual utilizou-se como estratégia a revisão bibliográfica não sistemática. Analisou, com base nos temas Bariátrica, Bariátrica e Psicologia, Bariátrica e Obesidade, materiais já publicados como livros e artigos disponíveis em periódicos científicos que abordassem o assunto. A revisão bibliográfica com enfoque narrativo, segundo Rother (2007, p. 2), “não informa as fontes de informações utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos”. Isso ocorre porque as revisões narrativas possuem um caráter amplo, que busca discutir e encontrar o estado da arte de determinado assunto, sem, contudo, oferecer dados quantitativos ou uma metodologia que permita sua reprodução. A revisão narrativa também pode abranger uma análise crítica e pessoal do autor que a executa (ROTHER, 2007).

Após uma breve introdução ao tema (capítulo 1), no capítulo 2 desta pesquisa foram abordados os conceitos envolvendo as Características da obesidade. No terceiro capítulo teve-se por tema a cirurgia bariátrica e as implicações que podem ocorrer derivadas dessa; e por fim, no quarto e último capítulo o uso dos grupos terapêuticos, como são constituídos e a importâncias destes para o paciente que se submete à cirurgia bariátrica.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DA OBESIDADE

As definições sobre obesidade trazem conceitos muito amplos. Porém, todos partem de um ponto em comum, entendendo que a obesidade pode ser definida como um processo no qual está presente o acúmulo excessivo de gordura. De acordo com o site da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM, a obesidade é:

Caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Sendo este considerado um fator de risco para uma série de doenças. O obeso tem mais propensão a desenvolver problemas como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2010)

Sendo assim, a obesidade tem como a definição simplificada o fato de ser uma doença que possui como característica o excesso de gordura corporal. Uma consequência direta é o balanço energético, apresentando, assim, sequelas à saúde, gerando uma perda significativa da qualidade de vida do indivíduo, podendo este ter, também, outros problemas que comprometem a saúde (SILVA, 2010).

Segundo Motta et al. (2011), a obesidade é caracterizada quando existe um acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, levando a um comprometimento da saúde. Para o pesquisador Silva (2010) a obesidade pode ser definida como:

Uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de forma que possa resultar em prejuízo à saúde. É uma doença complexa, multifatorial, na qual ocorre uma sobreposição de fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Suas múltiplas facetas constituem desafio em várias áreas do conhecimento humano, quer seja endocrinologia, epidemiologia, nutrição ou terapêutica (SILVA, 2010, p.23).

Compreende-se que é uma doença que vem afetando as crianças, os adolescentes e adultos, seja em cidades desenvolvidas ou não. Percebe-se que antigamente homens e mulheres que tinham excesso de peso eram vistos como estando dentro de um padrão de beleza e como indicativo de fertilidade. Hoje isso não é mais uma verdade, pois atualmente o padrão exigido é de um corpo magro (SILVA, 2010).

A magreza é o atual padrão estético, e as pessoas que se encaixam nele são vistas como estando em boa forma. Diante da situação de uma parte da população sofrer com a desnutrição nos centros urbanos, vê-se um surto de “gordinhos” e obesos devido à inatividade física e a ingestão de alimentos impróprios (NAHÁS, 1999).

Toda a influência genética possui um papel que é importante no desenvolvimento da

obesidade. Contudo, essa influência pode ser modificada pelos fatores ambientais, sejam eles na limitação do peso ou no próprio aumento de peso em indivíduos que são propensos a maior ganho de tecido adiposo (VILLARES, 2002).

O peso corporal possui um conjunto de ossos, músculos, gorduras, e de outros tecidos (MCARDLE et al., 1990). Sendo assim no aspecto bioquímico é, então, formado por água, proteínas, minerais e lipídios (MALINA e BOUCHARD,1991). Já com em relação ao conjunto anatômico, ele é constituído por massa muscular, massa grossa, massa óssea, e pela a massa residual (POLLOCK e WILMORE, 1993).

Segundo Malina e Bouchard (1991), os principais componentes que se utilizam para avaliar a variação de peso corporal são os músculos, os ossos, e as gorduras. Esses componentes podem passar por alterações decorrentes do crescimento e envelhecimento, ou até mesmo da própria alimentação, dos exercícios físicos e das próprias doenças do organismo.

Diante disso, diversos autores recomendam para as pessoas que querem ter um controle ou até mesmo a manutenção de seu peso corporal, que procurem praticar exercícios físicos diariamente. Outros autores ainda enfatizam a importância de realizar atividade aeróbica e controlar a sua própria alimentação, que é o mais importante, tendo o respeito do processo e o tempo para poder se alimentar corretamente (GUEDES, 1995; CYRINO e NARDO, 1996).

Segundo Norman e Clark (1998) e Linné (2004) as mulheres que são obesas sofrem dificuldades como problemas no período da gestação, possibilidade de um desenvolvimento de câncer de mama e útero e muitas possuem desequilíbrio menstrual. Os problemas podem chegar até problemas de infertilidade, com possibilidades de aborto e dificuldade para realizar uma reprodução assistida.

Outra especificidade das mulheres, em relação à obesidade, é de que as mulheres obesas tem maior probabilidade de apresentarem depressão, e até mesmo intento suicida, do que os homens obesos (STRAUB, 2014). O autor pontua que de modo inverso, é mais provável que homens abaixo do peso sejam diagnosticados com depressão. Esta peculiaridade pode ter relação com as diferenças resultantes das relações de gênero.

Nahás (199) pontua que para o indivíduo ter uma alimentação saudável deve ter a possibilidade de uma quantidade de energia/calorias que são importantes para manter o funcionamento orgânico e para a realização de atividades físicas. Para que o indivíduo tenha

uma alimentação balanceada, ela deve ser composta dos seguintes nutrientes sendo eles no total de calorias, ou seja, ingerida por dia.

Os carboidratos, que são os açúcares e amidos, devem ocupar 60% das refeições diárias. As proteínas, que são as carnes, leite, ovos, e feijão, devem ocupar um total de 15%, e as gorduras, que são os óleos vegetais e carnes, contendo 25%. É importante que o indivíduo aprenda a balancear adequadamente a dieta que realiza, assim como saber distribuí-la em cerca de quatro a cinco refeições diárias (NAHÁS, 1999).

Segundo Lederer (1991), algumas consequências decorrem da obesidade, como por exemplo: a insuficiência cardíaca, as diabetes, a arteriosclerose, a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e o próprio aumento da mortalidade. Pode-se então afirmar que a obesidade passa a sobrecarregar todos os órgãos, porém o mais sobrecarregado é o coração. Atualmente os indivíduos fazem a ingestão de consumo de comidas excessivamente, o que provoca um mal-estar para o próprio indivíduo, e ao aumentar o hábito desse consumo, acontece como uma das consequências o aumento de peso (AMATO e AMATO, 1997).

Segundo Nahás (2001) os agentes que são promotores do aumento da obesidade são hormonais, hereditários, a ingestão de alimentos em excesso, e a não realização das atividades físicas. Um dos tipos de obesidade é a obesidade androide, central ou a abdominal, que é percebida com mais frequência em homens, sendo que a obesidade ginecoide ou a femural é vista mais em mulheres, sendo indicado como perfil de estrogênico (KIRSCHENER et al., 1993).

De acordo com Sidney et al. (1998), o peso corporal volta a aumentar de forma gradativa sendo isso correndo dos 20 aos 50 anos, isso acontecendo passa então a agravar-se quando tem a diminuição das práticas de atividade física. Quando o indivíduo completa os seus 25 anos então passa a aumentar cerca de 600g de peso por ano e chega a ter uma redução nos músculos de 200g pelo fato de se ter a ausência de atividade física (AMATO e AMATO, 1997).

O controle do peso corporal pode ser através de uma dieta alimentar e através de exercícios físicos. O indivíduo que não possui a prática dos exercícios físicos deve, então, procurar se alimentar menos, já aquele que tem a prática de realizar os exercícios físicos tem a liberdade de se alimentar, pois as calorias que o indivíduo ingere serão queimadas (AMATO; AMATO, 1997).

Provavelmente a obesidade é uma das enfermidades mais antigas que se conhece. É

possível inferir isto através de pinturas e estátuas, que demonstram pessoas em situação de obesidade. Na atualidade o problema de excesso de peso está presente em muitos países, principalmente os industrializados. Esse tipo de problema de saúde tem abrangência mundial (REPETTO, 1993).

Atualmente a população possui uma maior preocupação com a beleza, saúde, e o corpo, realizando diversas intervenções, de forma cirúrgica ou através de reeducação alimentar seguido de realização de exercícios físicos. Em algumas situações os indivíduos se apropriam da utilização de alternativas como de produtos farmacêuticos e cosméticos. Para Rocha, Vilhena e Novaes (2009), atualmente a tecnologia vem prometendo para a população uma perfeição de beleza.

Na atualidade, compreende-se que muitas pessoas se sentem na obrigação de controlar todas as situações que envolvem sua aparência física. Muitas pessoas cobram-se a magreza, e devido a diversos fatores, muitos sujeitos possuem a dificuldade de atingir esse objetivo, e em diversos casos, o excesso de peso só aumenta. Esses indivíduos que sofrem com a obesidade necessitam de uma adaptação ao mundo, que possui regras, valores, e até mesmo padrões que considera o excesso de peso um fator limitantes e estigmatizante (MACEDO et al., 2015).

De acordo com Cyrino e Nardo (1996), pessoas obesas possuem dificuldade de frequentar ambientes sociais e de realizar atividades físicas como a caminhada ou até mesmo frequentar uma academia, devido ter, por vezes, uma visão negativa de sua imagem corporal. Essas pessoas passam a restringir a prática de exercícios físicos: algumas realizam em seu próprio domicílio, já outras são desmotivadas a fazer esses exercícios.

É importante que os profissionais da área da saúde incentivem estas pessoas a terem uma prática diária dos exercícios, assim como informar aos indivíduos sobre a necessidade de se ter uma mudança de vida, tendo por parte da pessoa obesa dedicação e paciência e conscientização (CYRINO e NARDO, 1996).

Pinheiro et al (2004) afirmam que nesse processo existem pessoas que são importantes, como a família, os amigos e até mesmo os próprios profissionais de saúde, que apresentam situações e condições relevantes e importantes, dentre eles está o incentivo. Contudo a informação e motivação as pessoas que são obesas a ter essa mudança de vida, seja ela em relação a atual alimentação ou na prática de exercícios físicos, é de suma importância.

A sexualidade das pessoas com obesidade é também afetada, segundo Ribeiro (2008):

“Se um homem ou uma mulher estão insatisfeitos com o próprio corpo não se sentem bonitos nem atraentes a autoestima está baixa, logo evitam contato com outras pessoas, reduzindo as hipóteses de uma vida sexual positiva” (RIBEIRO, 2008, p.2)

Segundo Ribeiro (2008) os indivíduos que estão acima do peso têm dificuldade na realização sexual, pois muitos possuem a visão que não ser desejada pela pessoa com quem se relaciona. É possível ver este fenômeno acontecendo com várias pessoas obesas que têm a sua autoestima baixa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que a obesidade seja baseada no índice de massa corporal (IMC), que é definido através do cálculo do peso corporal em quilogramas, sendo dividido pela a altura em metros quadrados e através de risco de mortalidade que é associada. A OMS define então a intensidade da obesidade em grau, como uma classificação do peso, que pode ser melhor observada a seguir, no quadro 1 (ETTINGER, 1999).

Quadro 1: Classificação da obesidade

Normal	<25 kg/ m ²
Sobrepeso	25 a <27 kg/ m ²
Obeso leve	27 a <30 kg/ m ²
Obeso moderado	30 a <35 kg/ m ²
Obeso grave	35 a <40 kg/m ²
Obeso mórbido	40 a <50 kg/m ²
Superobeso	50 a <60 kg/m ²
Supersuperobeso	>60 kg/m ²

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base nas informações de ETTINGER, 1999, p. 2.

Ettinger (1999) pontua que é possível observar que quanto maior for o IMC de uma pessoa, maior é a chance desta pessoa desenvolver doenças, como a diabete, ou morrer precocemente de problemas relacionados ao excesso de peso. O IMC, por si só, não é um indicador de uma gravidade/problema de peso em excesso é importante a distribuição da gordura pelo o corpo do indivíduo.

Segundo Ettinger (1999), nas formas leves e moderadas de obesidade, é mais fácil de realizar em um tratamento que não seja através de tratamento cirúrgico. Mas, as pessoas que têm a obesidade mórbida, apenas têm a eliminação do peso após a realização da cirurgia

bariátrica.

A obesidade integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que tem por característica o fato de terem uma história natural e prolongada, com inúmeros fatores de risco, com um sentido assintomático e no geral sendo lento, onde se prolonga com os períodos de remissão e de exacerbação (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010).

A causa é desconhecida, assim como a sua especificidade é desconhecida, assim existindo uma ausência de participação ou até mesmo a participação polêmica de microrganismo entre, os relevantes, a obesidade é uma situação que vem afetando diretamente no perfil bioquímico e metabólico dos indivíduos (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010).

Ao que se refere aos aspectos psicológicos e sociais da obesidade, entende-se que esses também necessitam de atenção, pois, segundo Motta et al. (2011), a obesidade tem correlação com os fatores sociais, econômicos, e culturais, que muitas vezes estão presentes na determinação da obesidade.

Segundo Fagundes, Caregnato e Silveira (2016), as pessoas com sobrepeso ou obesidade normalmente apresentam sintomas de ansiedade, estresse, compulsão alimentar e depressão. Isso sugere que há uma correlação entre o sobrepeso e o estresse. Essa relação causa sofrimento psicológico, afetando a saúde mental do indivíduo que tem obesidade ou sobrepeso.

Outros fatores que estão diretamente ligados ao excesso de peso são os psicológicos, que são desenvolvidos através das mudanças que ocorrem em alguns momentos da vida, como uma separação, um casamento, e a viuvez. Algumas situações de violência psicológica como a ansiedade, a depressão, e a compulsão alimentar, podem acarretar no aumento de peso (MOTTA, et al., 2011).

Vários autores como Perez e Romano (2004); Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005); Cataneo et al. (2005); Claudino e Zanella (2005) e Cade et al. (2009), relatam que existem as variáveis psicológicas que fazem parte do desenvolvimento e da manutenção da obesidade, onde muitas vezes tem a dificuldade no processo de emagrecimento e na aquisição de hábitos saudáveis. Essas variáveis podem estar relacionadas com a tristeza, ansiedade, raiva, culpa, preocupação e vivências em situações estressoras psicossociais.

Como consequência dessa realidade, podem surgir alguns sintomas de ansiedade e depressão, fazendo com que o indivíduo venha ter a contrassenso social e a diminuição do bem-estar, e como consequência acontece a redução da relação interpessoal (MARTINS,

2012).

Segundo Brownell e O'Neil (1999) a discriminação com a pessoas com obesidade pode extrapolar os limites do convivência social. Também é comum em pessoas com obesidade a autodepreciação. Algumas dessas pessoas acreditam que sejam imperfeitos e se esforçam o quanto pode para alcançar um padrão de corpo que seja ideal.

O comportamento alimentar é difícil diante dos aspectos psicológicos envolvidos no processo de alimentar-se, diante do humor depressivo, ansiedade, sentimento de culpa, e o próprio mecanismo fisiológico, como a resistência ao jejum no controle da dieta (BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005).

O autor Straub (2014) pontua que há muitos fatores biopsicossociais que contribuem para a manutenção da obesidade. Esta não é somente o resultado de comer demais, mas está relacionada a fatores hereditários (que determinam a taxa metabólica basal), a cultura, status socioeconômico e também gênero.

Desta forma, o emagrecimento não é eficaz se tentado apenas com dietas, pois se deve levar em consideração a grande quantidade de variáveis observadas acima (STRAUB, 2014). O tratamento deve levar em consideração as especificidades de cada sujeito, e para pessoas com o IMC maior do que 40, os tratamentos de emagrecimento por reeducação alimentar não obtiveram sucesso. Assim, a cirurgia bariátrica foi a principal responsável pelo emagrecimento dessas pessoas.

A obesidade, portanto, não deve ser entendida de uma só perspectiva, e da mesma forma, seu tratamento deve ser multifocal, para evitar tanto o insucesso quanto as recaídas. Baseando-se no fato de que a cirurgia bariátrica é um processo invasivo, cabe então observar com maior riqueza de detalhes, os preparativos necessários para que a cirurgia seja concretizada, e como esses preparativos podem afetar a vida da pessoa que se submete a ela.

CAPÍTULO 3

PREPARO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES

A cirurgia bariátrica, enquanto técnica cirúrgica, surgiu através da observação realizada em pacientes que foram operados de câncer gástricos ou de úlcera, onde se fazia a retirada de uma grande quantidade do estômago e do intestino delgado, e esse tipo de

procedimento passou a ser usado para tratar a obesidade. A cirurgia bariátrica teve seu início nos Estados Unidos, na década de 1950, sendo realizada com o foco da eliminação do peso e em primeiro momento realizada em animais (SBCBM, 2010).

Na década de 1960 começaram a surgir os primeiros resultados nos seres humanos que se submetiam à cirurgia. A técnica que se usava era sobre o intestino delgado, fazendo uma redução da absorção dos alimentos e tendo como efeito a eliminação do peso (VASCONCELOS, 2006).

O procedimento cirúrgico para tratar a obesidade mórbida tem sido algo estudado e aplicado desde o ano de 1950, esse tratamento hoje é conhecido como cirurgia bariátrica (CB) ou cirurgia da obesidade. A palavra origina-se do grego Bários “Peso” e Iatrikos “A arte da cura”. A cirurgia bariátrica foi apontada como um dos procedimentos mais eficientes para a diminuição do peso (BARHOUCHE et al., 2015).

A cirurgia bariátrica vai além de um procedimento cirúrgico, ou uma modificação de parte do estômago. Esta operação traz ao paciente uma perda de peso grande e rápida, onde no seu início pode ocorrer uma elevação da autoestima do paciente que se resulta em uma melhora na vida social e em seus relacionamentos.

Os aspectos sociais em indivíduos que são portadores da obesidade foram por muito tempo objeto de estudo. O primeiro encontro sobre este tema ocorreu no *Consensus Conference on Obesity*, em 1985. Foi então concluído que a obesidade cria uma enorme carga psicológica. Em termos de sofrimento, esta carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade (STUNKARD e WADDEN, 1992).

Coutinho (1999) afirma que as pessoas que são portadoras de obesidade têm a característica de um sofrimento psicológico, que têm como consequência o preconceito social, com a obesidade e com as características do comportamento alimentar do sujeito.

O candidato à CB e o paciente pós CB deve passar por um acompanhamento multidisciplinar, tendo como componente o profissional de psicologia, cuja função está atrelada à realização da avaliação psicológica do paciente durante e após o procedimento (FLROES, 2014).

Flores (2014) afirma que a avaliação psicológica pré CB é totalmente diferente da avaliação psicológica tradicional. A avaliação pré-cirúrgica envolve avaliar e diagnosticar o comportamento do indivíduo, os sintomas psiquiátricos, a compreensão de como funciona o procedimento, o comportamento alimentar, incluindo ainda o estresse em ambiente estável e

apoiador e as expectativas que levaram ao indivíduo a ter a decisão de realizar a CB.

A obesidade possui três graus. Para o IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m², considera-se que a pessoa está em sobrepeso. O IMC entre 30,0 e 34,9 Kg/m² revela obesidade grau I. O IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m² indica obesidade grau II, e o IMC maior do que 40,0 Kg/m² indica a obesidade grau III. Para tratar a obesidade de grau III, o método de cirurgia bariátrica é considerado o mais eficiente até o momento (ALMEIDA et al., 2011).

Em um estudo, Oliveira e Yoshida (2009) realizaram um apanhado sobre as condições psicológicas de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica. As autoras pontuam que os níveis de depressão e ansiedade que os pacientes apresentavam antes do procedimento, diminuem consideravelmente após a perda acentuada de peso.

Para Flores (2014) a CB combate a obesidade mórbida a um longo prazo, porém é um procedimento que combate também outras diversas doenças que são associadas ao quadro. Segundo Amorim et al. (2016), esse tipo de cirurgia causa diversas mudanças no paciente como contribuindo para que o indivíduo venha ter uma melhor expectativa de vida.

A redução do peso que ocorre no paciente implica em benefícios como a melhora no aspecto físico e estético, na autoestima, na redução ou na eliminação das morbidades. Uma grande quantidade de indivíduos que se submetem à CB deixam de utilizar as medicações psiquiátricas que ingeriam, como consequência da perda do peso.

Para Machado et al. (2008) os pacientes que são submetidos à cirurgia bariátrica devem compreender toda a dinâmica que é associada ao comportamento alimentar e desenvolver outros hábitos, para poder evitar que outro transtorno ocorra em compensação ao distúrbio alimentar.

Diante dos problemas enfrentados pela população com obesidade mórbida, estas pessoas têm procurado de diversas formas um tratamento para melhorar a qualidade de vida. Por este motivo, muitas pessoas procuram pelo tratamento da cirurgia bariátrica, e este procedimento tem a cada dia ganhado forças e se destacado nos últimos anos (HINTZE et al., 2011).

De acordo com Hintze et al. (2011) no Brasil a CB teve o seu início, no final do século XXI, com cerca de 63 gastroplastias. Posteriormente este número foi aumentando, de modo que no ano de 2003, o número subiu para 2.528 processos cirúrgicos, registrando portanto, um crescimento de cerca de 4000%.

O processo CB é indicado para indivíduos que tenham idade entre 18 a 65 anos de

idade. Esses indivíduos devem ter procurado outros meios para tratar a obesidade e que não tiveram bons resultados satisfatórios. Tal procedimento cirúrgico não é indicado para crianças e adolescentes, gestantes, pacientes com depressão e usuários de drogas (BAHIA, 2008).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na sua resolução de número de 1.766/05, descreve as diretrizes que são necessárias para a realização da cirurgia bariátrica. É necessário ter a idade superior a 18 anos, possuir o índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/m², ter como diagnóstico de doenças como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, doenças coronarianas entre outros (HINTZE et al., 2011).

Os pacientes que são encaminhados para a realização da CB devem ser avaliados por uma equipe multidisciplinar, passando por uma avaliação clínica, avaliação nutricional e pela avaliação psicológica. Desta forma, procura-se garantir que o indivíduo venha a ter um tratamento bem sucedido, com relação à obesidade e assim proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida (FLORES, 2014).

Também de acordo com Flores (2014), na avaliação psicológica, o profissional tem a oportunidade de esclarecer como funciona todo o processo cirúrgico e fazer as orientações necessárias sobre as mudanças que ocorrerão após esse procedimento cirúrgico, no cotidiano do indivíduo que se submete à CB. O psicólogo irá realizar a avaliação psicológica para analisar se o paciente está realmente preparado para o procedimento, quais são suas limitações e se ele possui disciplina suficiente para seguir o tratamento proposto.

Outro ponto importante, de acordo com Oliveira e Yoshida (2009), é o fato de que o profissional de psicologia também pode avaliar se o paciente tem mecanismos de defesa suficientemente maduros para suportar passar por uma grande modificação corporal, como é o caso da cirurgia bariátrica.

Um mecanismo de defesa maduro seria aquele em que o paciente consegue manter a perda de peso durante maior espaço de tempo, se responsabilizando pelo tratamento e as condutas a serem seguidas. Já os pacientes com mecanismo de defesa imaturo, estariam mais propensos a atribuírem o fracasso da dieta a outras pessoas (médicos e familiares), além de agir impulsivamente, descarregando as frustrações emocionais na comida (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009).

Na avaliação nutricional, o profissional da área poderá orientar o indivíduo que realizará a cirurgia bariátrica, sobre as fases nutricionais, ou seja, como será essa alimentação antes e depois da realização cirúrgica.

Esses pacientes que são encaminhados para a realização da cirurgia necessitam realizar exames laboratoriais, pré-operatórios, sendo eles: o hemograma, glicemia, tipagem sanguínea, colesterol total e frações, triglicérides, proteínas totais e frações, a ultrassonografia de abdome total, e raio X do tórax, esses são solicitado pelo médico cirurgião (GALVÃO, 2016).

Independente de qual seja o tipo de cirurgia realizada, ela permite que o paciente venha chegar a ter uma eliminação de 50% do excesso de peso por longo de seus 18 meses, podendo a pessoa ter a eliminação de 70% a 100% desse excesso de peso, sendo ele acompanhado pelo médico clínico e por um nutricionista que seja especializado nesta área (FLORES, 2014).

A eliminação de peso que se dá através da CB é um grande passo para o tratamento da obesidade e para pessoas que tem a dificuldade de eliminá-los, o indivíduo muitas vezes almeja a perda de peso que faz parte da própria cirurgia, ou seja, é uma consequência, porém o seu maior objetivo é de tratar as doenças que são associadas com a obesidade (GALVÃO, 2016).

São reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as técnicas cirúrgicas: restritivas, disabsortivas e mistas. Estes são os três tipos de procedimento cirúrgico que podem ser realizados em pacientes com obesidade mórbida (SBCBM, 2010).

A técnica restritiva é umas das que se utiliza para tratar a obesidade mórbida, no entanto tal procedimento cirúrgico reduz o tamanho do estômago e restringe a ingestão de alimentos, dificultando a passagem (SBCBM, 2010).

O procedimento disabsortivo é uma cirurgia que modifica a anatomia do indivíduo do intestino delgado, para diminuir a absorção intestinal e eliminar peso, a mesma reduz o tamanho do estômago, sendo bem menor do que é na restritiva (SBCBM, 2010). Os principais tipos de cirurgia bariátrica são: Balão Intragástrico, Banda Gástrica Ajustável, Bypass Gástrico ou Cirurgia de Fobi-Capella (SBCBM, 2010).

O Balão Intragástrico se utiliza de uma prótese de silicone em formato cilíndrico que preenche e restringe a cavidade gástrica, causando no indivíduo uma sensação de saciedade e diminuindo o volume de alimentos que são ingeridos. Com esse procedimento tem o objetivo de se obter a redução de peso para diminuir os riscos de internamento e facilitar para outro tipo de procedimento cirúrgico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

E METABÓLICA, 2017).

Para o procedimento de Banda Gástrica Ajustável, o estômago é dividido em duas partes (uma bolsa superior de capacidade reduzida e uma bolsa inferior de maior proporção) por meio da banda ou anel ajustável, que é posicionado pouco abaixo da união do esôfago com o estômago. O estômago passa ter a aparência de ampulheta assimétrica, onde a parte de cima tem um volume muito reduzido (30-50 ML) em relação à parte inferior.

Nessas duas bolsas existe a comunicação entre elas através de um canal, de maior ou menor calibre, sendo regulado pelo ajustamento da banda, a sua vantagem é que o método é reversível, pouco agressivo possibilitando o ajuste no diâmetro da prótese (GOMES; FERNANDES, 2008).

Bypass é uma palavra inglesa onde tem como significado desvio, e nesta cirurgia é exatamente o que ocorre: um desvio em uma grande parte do estômago e uma pequena parte sendo no intestino delgado. Segundo o CCM este método tem sido muito utilizado em todo o mundo, este método cirúrgico consiste na redução de estômago através de grampeamento (RIBEIRO, 2008).

O autor ainda explica que o estômago é dividido em duas partes, sendo uma menor onde o alimento irá transitar e a outra onde o alimento ficará isolado, por esta razão este estômago é ligado ao intestino para que o alimento venha fazer seu curso normalmente. atualmente a cirurgia bypass gástrico é o procedimento cirúrgico mais utilizado no Brasil, esta técnica é estudada desde a década de 60, é uma técnica que vem correspondendo 70% da cirurgias realizadas devido a sua eficácia e segurança.

O paciente que se submete a este método perde 40% a 45% do seu peso inicial, sem contar que traz ao paciente um aumento de hormônios da saciedade e diminui a fome, além de controlar a obesidade e outras doenças que são associadas (RIBEIRO, 2008).

O Bypass Gástrico é uma operação dita de tipo mista na qual se reúnem três componentes responsáveis pelos efeitos fisiológicos, este método cirúrgico por sua vez se observa que não é uma cirurgia irreversível, mas sim reversibilidade mais trabalhosa (RIBEIRO, 2008).

O paciente deverá estar enquadrado dentro do diagnóstico de obesidade mórbida e das indicações de Cirurgia Bariátrica, conforme preconiza a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 492 de 31 de agosto de 2007, abaixo descritas:

- Pacientes que se encontram com o IMC entre 35 e 39,9kg/m² que são portadores de doenças

crônicas que são desencadeados ou agravadas pela a obesidade. Segue alguns critérios como:

- a) Excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal);
- b) Respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens;
- c) Doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
- d) O doente e os parentes que o apoiam, deverão assumir o compromisso com o seguimento pós operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
- e) O doente não deve apresentar alcoolismo ou dependência química e outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

- É necessário ter algumas informações do paciente como: idade em anos; Peso em quilogramas; altura em metros; o índice de Massa Corpórea ou IMC em kg/m²; duração do tratamento clínico da obesidade em anos; descrição do tratamento clínico da obesidade (dieta, psicoterapia, atividade física, medicamentos, etc.)

- O quadro abaixo (Quadro 2) demonstra as perguntas a que o paciente que aguarda cirurgia bariátrica deve responder.

Quadro 2 - Questões averiguadas em pacientes que aguardam cirurgia bariátrica

1- O paciente tem capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2- O paciente dispõe de suporte familiar constante?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3- O paciente e seus familiares assumem o compromisso com o pós- operatório por tempo indefinido?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4- O paciente sofre de alcoolismo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5- O paciente sofre de dependência química a outras drogas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6- O paciente sofre de distúrbio psicótico grave?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7- O paciente tentou suicídio recentemente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8- O paciente sofre de bulimia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9- O paciente é portador de doença crônica desencadeada ou agravada pela obesidade?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

10- Sobre a hipertensão arterial sistêmica	<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> não controlada <input type="checkbox"/> nunca tratou
11- Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/> uso medicamentos <input type="checkbox"/> não uso medicamentos
12- Diabete melito tipo II	<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> não controlada <input type="checkbox"/> nunca tratou
13- Doença pulmonar	<input type="checkbox"/> usa medicamento <input type="checkbox"/> não usa medicamento
14- Apneia do sono	<input type="checkbox"/> incapacitante <input type="checkbox"/> não incapacitante
15- Colelitíase	<input type="checkbox"/> com sintoma <input type="checkbox"/> assintomático
16- Artropatia em MMII	<input type="checkbox"/> incapacitante <input type="checkbox"/> não incapacitante
17- Linfedema	<input type="checkbox"/> incapacitante <input type="checkbox"/> não incapacitante
18- Hérnia de disco	<input type="checkbox"/> com sintomas <input type="checkbox"/> sem sintomas

Fonte: Quadro adaptado com base na portaria 492/2007

Ainda segundo a mesma portaria (Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007), o escore de gravidade do candidato para a cirurgia prioriza aqueles com 10 ou mais pontos segundo os critérios abaixo para a pontuação abaixo:

Figura 1 - Quadro de Pontuação para cirurgia bariátrica

Doença	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Hipertensão	Nunca tratou	Controlado	Não controlado
Cardiovascular	-	Sem medicamento	Com medicamento
Diabete	Nunca tratou	Controlado	Não controlado
Pulmonar	-	Sem medicamento	Com medicamento
Apnéia	-	Não incapacitante	Incapacitante
Colelitíase	Assintomático	-	Sintomático
Linfedema	-	Não incapacitante	Incapacitante
Artropatia	-	Não incapacitante	Incapacitante
Hérnia discal	-	Sem sintomas	Com sintomas
Psico-social	Com sintomas	Sem sintomas	-

Fonte: Portaria 492/2007- Ministério da Saúde

Sobre o preparo para cirurgia, no que tange aos exames solicitados, o paciente deve enviar os resultados (quadro 3) e laudos conclusivos (quadro 4) dos seguintes exames e avaliações:

Quadro 3 - Exames solicitados com respectivos laudos para realização da cirurgia bariátrica

Hemograma com plaquetas
Coagulograma (TP e KTTP)
Uréia e creatinina

Sódio e potássio
Glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1C)
TGO e TGP • Fosfatase alcalina
Gama-glutamil transferase (GGT)
Proteínas totais e frações
Ácido úrico: T3, T4, TSH
Colesterol total, HDL, e triglicerídeos
Exame de urina
Exame de fezes
Teste de gravidez (para mulheres em período fértil)
Radiografia simples de tórax
Ecografia (ultrassonografia) abdominal total
Endoscopia digestiva alta
Eletrocardiograma (ECG)
Ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores
Ergometria ou cintilografia miocárdica (quando houver indicação médica)
Ecodöppler dos membros inferiores (quando houver indicação médica)
Bronco-provacação com metacolina (quando houver indicação médica)
Polissonografia (quando houver indicação médica)

Fonte: Quadro adaptado com base na portaria 492/2007

Quadro 4 – Laudos necessários para a realização da cirurgia bariátrica

Cirurgião	Relatório da avaliação clínica
Clínico ou Endocrinologista	Relatório da avaliação clínica.
Psicólogo ou Psiquiatra	Relatório da avaliação clínica com informação sobre transtornos do humor, do comportamento alimenta.
Cardiologista	Relatório da avaliação clínica, pressão arterial, avaliação do risco cirúrgico.
Pneumologista	Relatório da avaliação clínica e do risco cirúrgico
Nutricionista ou Nutrólogo	Relatório atestando tipo de tratamento dietético realizado e resposta obtida em termos de peso perdido.
Dentista	Relatório atestando que o paciente apresenta dentes bem conservados ou que realizou tratamento necessário para recuperar a capacidade de mastigação.

Fonte: Quadro adaptado com base na portaria 492/2007

A Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007 afirma ainda que o Hospital Consultor emitirá parecer favorável ao encaminhamento do paciente portador de Obesidade Grave nos casos em que todos os requisitos anteriores forem preenchidos e que, também, alcancem 10 ou mais pontos no escore de gravidade. Nos casos em que o pedido de encaminhamento estiver incompleto, ou seja, faltarem laudos de exames ou avaliações de especialistas, será facultado ao Hospital Consultor decidir por umas das três alternativas: (a) negar encaminhamento; (b) solicitar mais informações, e (c) aceitar o encaminhamento. Assim, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (hospital do SUS credenciado para Cirurgia Bariátrica) receberá o encaminhamento e,

dependendo da disponibilidade de vaga, poderá iniciar o preparo pré-operatório, executar o procedimento cirúrgico e realizar acompanhamento pós-operatório.

Neste longo e extenuante processo, os pacientes que realizam o procedimento cirúrgico da obesidade devem ainda retornar ao ambulatório nos seguintes momentos:

Quadro 5 - Meses de retornos e especialistas

1 mês	Consulta com nutricionista, cirurgião e clínico
3 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião e clínico.
6 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.
9 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião e clínico.
12 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.
18 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.
24 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.
36 meses	Consulta com nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo.

Fonte: Quadro adaptado com base na portaria 492/2007

Ainda sobre o acompanhamento ambulatorial, a portaria (n° 492 de 31 de agosto de 2007) preconiza que o serviço de saúde pública da UF de origem do paciente deverá oferecer suplementos nutricionais fundamentais para o período pós-operatório, particularmente depois de Gastroplastia com Derivação Intestinal ou de Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal. E, de acordo com critérios específicos, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave realizará Cirurgia Plástica Reparadora nos pacientes submetidos previamente a Cirurgia Bariátrica. Neste quesito, deverá responder ao seguinte questionário:

Quadro 6 – Questionário para realização de cirurgia plástica reparadora

Data da realização da cirurgia de obesidade
Dados atuais: peso em kg e IMC em kg/m
Quantos quilos o paciente ganhou ou perdeu nos últimos seis meses?
Para mamoplastia
A prótese mamária produziu desequilíbrio da coluna e incapacidade funcional? () sim () não
Ocorreram infecções cutâneas, fúngicas ou bacterianas, de repetição? () sim () não
Na opinião do psiquiatra, o emagrecimento causou alterações psicopatológicas? () sim () não
Para abdominoplastia?
O abdome em avental produziu desequilíbrio da coluna e incapacidade funcional? () sim () não

Para remoção de excesso de pele no braço e coxa:
--

O excesso de pele no braço e na coxa produziu limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação?
--

<input type="checkbox"/> sim

<input type="checkbox"/> não

Fonte: Quadro adaptado com base na portaria 492/2007

Para a realização de cirurgia plástica reparadora após o tratamento da obesidade grave, ou seja, após o emagrecimento máximo obtido, o paciente deverá ter indicação para as seguintes recomendações: Classe I – Há consenso quanto à indicação da realização da cirurgia plástica reparadora; Classe II – Há controvérsia quanto à indicação de cirurgia plástica reparadora, procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados; Classe III – Há consenso quanto a falta de indicação ou há contra-indicação da cirurgia plástica reparadora (Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007). Na Classe I enquadram-se os seguintes procedimentos cirúrgicos: mamoplastia: incapacidade funcional pela prótese mamária, com desequilíbrio da coluna; abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;

É necessário lembrar que as pessoas/pacientes que tenham mais de 18 meses de pós-operatório em cirurgia bariátrica, terão a prioridade, contudo que o paciente tenha alcançado o IMC menor ou igual a 30kg/m² e que tenha estabilizado o peso. Para cada procedimento cirúrgico reparadora, uma resposta positiva em algum dos itens do questionário, onde permite a autorização da referida operação (Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007).

De acordo com o parecer do Departamento de Atenção Especializada DAE/SAS/MS, a Unidade Executante prestará assistência em caso de intercorrências pós- gastroplastia, considerando que não é permitido a realização deste procedimento em qualquer serviço, resultando da necessidade de concentração do mesmo com responsabilidades pelos procedimentos (ARASAKI, 2011).

CAPÍTULO 4

GRUPO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Segundo Zimerman (2004) no início de 1948, o teórico Bion chegou a organizar os seus grupos com o foco unicamente terapêutico, a partir dos quais fez importantes observações e contribuições que permanecem e são inspiradoras na atualidade. Dentre estas

observações sobre as concepções originais a respeito da dinâmica do campo grupal se destacam as seguintes: a cultura do grupo e grupo de trabalho (GT).

A definição de grupo, segundo o dicionário e o senso comum é: um conjunto de objeto que se veem duma vez ou se abrangem no mesmo lance de olhos, é uma reunião de coisas que forma um todo, é uma reunião de pessoas, é uma pequena associação ou reunião de pessoas ligadas para um fim comum (FERREIRA, 1986).

De acordo com Rodrigues, Jablonsky e Assmar (1999) uma outra definição que se conceitua grupo de uma maneira ampla é: “Um grupo consiste de duas ou mais pessoas que se interagem e partilham objetivos comuns, possuem uma relação estável, são mais ou menos independentes, e percebem que fazem de fato parte de um grupo”.

Para Souza et al. (2004) no Brasil, a terapia de grupo, seja ela em diferentes abordagens, é praticada por um grande número de profissionais de diversas áreas. O trabalho com grupo se constitui em um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de assistência à saúde e sendo mais específica no campo da saúde mental.

Segundo Ribeiro (1999) o grupo terapêutico deve transformar-se em um grupo primário onde a sua definição é: “[...] é um grupo de pessoas caracterizado por uma associação ou cooperação face a face. Ele é o resultado de uma integração íntima e de certa fusão de individualidades em todo comum, de modo que a meta e a finalidade do grupo e a vida em comum, os objetivos sejam comuns, e um sentido de pertencimento, com um sentimento de simpatia e identidade” (pag. 33).

Os grupos operativos foram introduzidos em atividades grupais pelo psicanalista argentino Pichon Rivière, em sua famosa “experiência Rosaria” em 1957. Tubert - Oklander (1986) diz que o grupo operativo é um termo que se usa para se referir a uma técnica específica de uma coordenação de grupo, não somente algum tipo determinado de grupo em relação a do seu objetivo, como poderia ser grupo terapêutico, grupo de aprendizagem e grupo de discussão, porém a sua forma de pensar e operar em grupos pode se aplicar à coordenação em diversos grupos.

O pesquisador Pichon (1986) relata que considera o indivíduo como um resultante dinâmico, o qual denomina de vínculo. A definição de vínculo pode ser entendida como uma estrutura complexa onde estão inclusos o sujeito, o objeto, e a sua mútua inter-relação com o processo de comunicação e aprendizagem.

O grupo é um agente de cura, e a tarefa se constitui como um organizador nos processos de pensamento, comunicação e de ação que se dão entre os membros do grupo (OSÓRIO, 1991). De acordo com Rodrigues et. al. (1999) um grupo psicológico tem uma

atmosfera própria. Este espaço forma-se principalmente pela proximidade física e também pela identidade de pontos de vista de seus constituintes, à medida que há interação contínua de valores, os objetivos, os papéis, as normas, vão se formando progressivamente.

Gonçalves e Miranda (2012) relatam que em um grupo terapêutico, a prática psicológica da confissão encontra-se voltada para a busca da verdade no interior do indivíduo, para o resgate de comportamentos aprendidos na infância em relação à alimentação a fim de ressignificá-los na vida adulta.

Durante os grupos terapêuticos um dos métodos que se mais se utilizam são dinâmicas de grupo. Onde são excelentes exercícios de vivências que permite o conhecimento de pessoas e a própria melhoria dos relacionamentos interpessoais (MOTTA et al., 2011).

Nos grupos terapêuticos também ocorre a chamada “psicoeducação”, uma palavra que sugere que o indivíduo irá ser repetidamente educado a respeito das questões psicológicas que compõem o quadro de obesidade e a cirurgia bariátrica. Motta et al. (2011) pontuam que a terapia cognitiva comportamental é a mais indicada nesses casos, pois pressupõe uma monitoração e alteração da atividade cognitiva, impactando diretamente nas mudanças de comportamento do indivíduo.

O grupo é uma ótima estratégia para se realizar a coleta de dados, discussões com a equipe e a intervenção assistencial promovendo a sensibilização dos participantes do grupo. Com a utilização das técnicas, permite a expressão das necessidades dos sujeitos, a motivação pessoal, o conhecimento de si, do outro e a reorientação de possíveis condutas inadequadas (FRITZEN, 1985; TRENTINI, 1999).

Os grupos terapêuticos pós-cirúrgico também são chamados de (GTPC) e permitem a visão da importância da interdisciplinaridade por conta da facilitação oferecida na comunicação com a equipe, além da adesão do paciente em dar continuidade ao tratamento. Ao pensarmos sobre essa prática, pode-se considerar a relevância do assunto e aprimorar suas variadas formas de realização, uma vez que esse exercício é um desafio para todos que a ele se dedicam.

O que se considera importante nessa comunicação é a oportunidade de se conhecer, discutir e avaliar os aspectos que essa prática pode apresentar, tendo em vista o enriquecimento teórico do tema em questão (MOTTA et al., 2011). A expressão “relações interpessoais” por si só é muito ampla e exige uma definição operacional para o seu desenvolvimento.

A ocorrência de uma relação entre os indivíduos implica necessariamente na existência de pelo menos duas pessoas que podem ser estranhos, dois amigos, dois colegas de estudo ou trabalho, chefe e subordinado, marido e mulher, pai e filho (SILVA et al., 1997).

Segundo Bergamini (1989) a relação interpessoal que acontece entre duas pessoas, mesmo sendo o oposto daquele relacionamento, ao menos um dos participantes ele é inanimado, seja ele todo ou qualquer relação interpessoal.

A equipe multidisciplinar que atua em grupo com pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica, é composta por profissionais como: psicólogos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, endocrinologista, psiquiatra e cirurgião. Para a realização da cirurgia bariátrica é preciso que o indivíduo passe por algumas etapas que são importantes, junto à equipe multidisciplinar (FLORES, 2014).

O trabalho que é realizado pelos psicólogos deve ser em grupo e é fundamental para a realização de um procedimento cirúrgico como da obesidade, pois o grupo é o lugar onde os indivíduos têm a oportunidade de expor os seus conflitos, angústias e até mesmo as suas próprias dúvidas.

A realização da terapia de grupo é que nele se podem trabalhar diversos aspectos, com a intenção de visar o bem estar dos participantes, incluindo uma qualidade de vida melhor, um grande benefício este trabalho é a superação da timidez através das habilidades sociais e com a capacidade de saber ouvir e de falar (FLORES, 2014).

O indivíduo se percebe que não está sozinho, e que as outras pessoas que fazem parte do grupo compartilham dos mesmos problemas e sofrem as mesmas angústias. Outra grande vantagem do grupo é a possibilidade da troca de informações na qual podem ser desenvolvidas novas ideias para o enfrentamento do problema (MP).

Os grupos no contexto hospitalar irão permitir o alívio de ansiedade pela superação e resistência a partir da identificação entre os membros. Estes terão a possibilidade de expressarem voluntariamente tudo aquilo que se aflige, com a medida que se dão vazão a esses conteúdos, abrindo assim os meios para construção de pensamentos otimista (CAMPOS, 1992).

A psicoterapia de grupo é uma importante modalidade de tratamento da saúde mental, proporcionando aos indivíduos o espaço para a fala e a escuta (GUIMARÃES, CONTEL, 2001). O potencial que ocorre no grupo terapêutico e a força para a mudança se sucedem da interação que ocorre entre o grupo (GUIMARÃES; CONTEL, 2009).

Segundo Vinogradov e Yalom (1992) relatam que existem fatores terapêuticos presentes sendo ela em maior ou menor grau, nas psicoterapias de grupo: implantação da esperança, a universalidade, o oferecimento de informações, a beneficência, o desenvolvimento de técnicas de socialização.

Pode-se afirmar que cada componente do grupo se difere uns dos outros, em interesses, nas motivações, nos valores, nas atitudes, que são muitas vezes projetadas sobre os outros membros e sobre o grupo como um todo. Cada componente do grupo contribui com as forças positivas e negativas, sendo explicitadas ou ocultas.

No processo de interação que ocorre dentro do grupo, se aparecem novas forças, que apesar das originadas no indivíduo, somente ocorre devido ao convívio com os outros membros (MAILHIOT, 1991). Para as autoras LOPES, CAÍRES, e VEIGA (2017) pode-se dizer que o diálogo e a interação com a equipe multidisciplinar constituem-se no maior aliado ao tratamento da cirurgia bariátrica.

O assistente social possui a sua atribuição em atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentos teóricos- metodológicos, acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes, informar, orientar, e encaminhar o paciente para a rede sócioassistencial (FESP).

O profissional fisioterapeuta está apto para atuar na promoção e prevenção de saúde, no caráter assistencial, reabilitador, o mesmo se encontra capacitado para avaliar, diagnosticar funcionalmente, e tratar. Este profissional possui um diferencial no meio da saúde, pois pode avaliar através de meios naturais e realizar o tratamento (BISPO JÚNIOR, 2010).

Para Goulart (2010) o papel do nutricionista é importante na vida de um ser humano, e na sociedade, com a essência de reeducar as pessoas a terem um hábito saudável de alimentos, baseados no bom senso e no equilíbrio nutricional. O ato de preparar bons pratos mesmo sendo nos finais de semana pode ser uma atividade prazerosa e de envolvimento da família.

O ato de alimentar-se deve ser entendido como um momento de nutrição que requer cuidados, interligados a satisfação de relaxamento, evitando assim os vícios como a má ingestão de alimentos, sem saborear e sem fazer uma correta mastigação (COSTA, 1999).

Segundo Kathleen (2010) o nutricionista é fundamental, para o tratamento de pacientes, o seu objetivo é garantir que seus pacientes venham a ter uma alimentação equilibrada, consistindo de macro e micronutrientes necessários para o estado nutricional, onde será determinante para uma boa evolução clínica e a recuperação.

A avaliação deste profissional pode se dar através de exame físico, medidas de peso,

exames laboratoriais, teste funcionais, e avaliação do consumo alimentar. Após ter em mãos os resultados, o nutricionista passa a adequar uma dieta do indivíduo de acordo com as suas necessidades e/ou doenças.

Desta forma, entende-se a importância da equipe multidisciplinar para o acompanhamento da pessoa que precisa e decide se submeter à cirurgia bariátrica. O trabalho conjunto desta equipe irá fortalecer o paciente psicologicamente, pois este se sentirá assistido e conseqüentemente mais seguro, e irá prevenir possíveis danos decorrentes do procedimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo explorar quais os impactos do acompanhamento multiprofissional, especialmente com grupos terapêuticos, em pacientes que precisam se submeter à cirurgia bariátrica. Portanto, foi pesquisado, baseando-se na revisão narrativa (a mesma revisão bibliográfica não-sistemática), artigos que abordassem o tema.

A partir dessa revisão bibliográfica observou-se que o acompanhamento psicológico do paciente indicado à cirurgia bariátrica é essencial, pois o mesmo avalia e o prepara desde o início do tratamento. É através da avaliação psicológica que pode-se identificar e elaborar planos de intervenção para o manejo adequado de transtornos psiquiátricos e características emocionais que possam comprometer o tratamento cirúrgico e a reabilitação posterior.

A cirurgia bariátrica surgiu através da observação feita em pacientes que foram operados de câncer gástricos ou de úlcera, com a retirada de uma grande quantidade do estômago e do intestino delgado, observando que esse tipo de procedimento passou a tratar a obesidade.

Além de um procedimento cirúrgico, a cirurgia bariátrica modifica parte do estômago, ocasionando uma perda de peso grande e rápida, sendo que no seu início pode ocorrer uma elevação da auto estima do paciente melhorando assim, o seus relacionamentos e vida social. É importante considerar que o candidato a CB e o paciente pós CB deve passar por um acompanhamento multidisciplinar, principalmente no quesito psicológico, cuja função está ligada a avaliações antes e após o procedimento.

Essa a avaliação psicológica é diferente da avaliação tradicional, essa é específica para o procedimento que é realizado para aqueles que irão submeter-se a cirurgia, avaliando e diagnosticando o comportamento do indivíduo, seus aspectos psiquiátricos, e a compreensão do procedimento, além de contribuir com um ambiente estável e apoiador as expectativas que levou ao indivíduo a ter a decisão.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Ministério da Saúde há legislações específicas e diretrizes essenciais para a realização da cirurgia bariátrica, sendo necessário ter a idade superior a 18 anos, possuir o índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/m², ter o diagnóstico de doenças como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, doenças coronarianas entre outros, sendo necessário o cumprimento desse protocolo.

Os pacientes que são encaminhados para a realização da CB devem ser avaliados por equipe multidisciplinar, avaliação clínica, nutricional e psicológica, de forma que se possa

garantir que o paciente tenha um tratamento bem sucedido, proporcionando qualidade de vida.

Há uma grande escassez de trabalhos publicados sobre o papel dos grupos terapêuticos, sendo que, o apoio multidisciplinar e a organização desses grupos trazem contribuições e dão apoio ao tratamento pós- cirúrgico. Através desses grupos pode-se realizar a coleta de dados, levantamento de dúvidas e discussões com a equipe e a intervenção assistencial promovendo assim, sensibilização dos participantes.

Utilizar técnicas de grupos terapêuticos permite a expressão das necessidades dos sujeitos, sua motivação, conhecimento de si, do outro, reorientação de possíveis condutas inadequadas e permitem a visão da importância da interdisciplinaridade por conta da facilitação oferecida na comunicação com a equipe, além da adesão do paciente em dar continuidade ao tratamento.

Sugere-se que outros trabalhos possam ser realizados, especialmente pesquisas de campo, onde o pesquisador possa vivenciar junto com o paciente que irá ser submetido à CB, os conflitos psicológicos que surgem nesse momento. Propõe-se também que sejam realizadas novas pesquisas sobre a importância dos grupos multidisciplinares para o acompanhamento de pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica, considerando a sua relevância para o aspecto psicológico desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. A. N.; GIAMPIETRO, H. B.; BELARMINO, L. B.; MORETTI, L. A.; MARCHINI, J. S.; CENEVIVA, R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 03, p. 226-231, 2011.
- ABESO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA) (Brasil). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo: Abeso, 2016. 188 p. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2019.
- AMATO, M. C. M. & AMATO, S. J. de T. A. **Mudança de hábito**. São Paulo: Faculdade Ibero-americana, 1997.
- AMORIM, A. B. M.; LANDIM, A. C. C.; VIEIRA, A. B.; PESSOA, V. D. M.; SOUSA, M. N. A. **Impactos da cirurgia bariátrica na qualidade de vida do paciente operado**. 2016. Disponível em: <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=31e0738b913cd85dfc472f285ab65feb0.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- ARASAKI, Carlos Haruo. Protocolo para Cirurgia Bariátrica. (UNIFESP – São Paulo) 2011.
- BARHOUCHE AS, ZARDO M, PADOIN AV, COLOSSI FG, CASAGRANDE DS, CHATKIN R, et al. Excess weight loss variation in late postoperative period of gastric bypass. **Obes Surg**. 20(11):1479-83, 2010.
- BERNARDI, F., CHICHELERO, C., & VITOLO, M. R. Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. In **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 18, n. 1, pp. 85-93, jan/fev, 2005.
- BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1627-1636, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.766 de 11 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. 2005; Seção I: 114.
- BRASIL. Constituição (2007). Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007. **Portaria Nº 492, de 31 de Agosto de 2007**. Brasília, DF., 31 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html>. Acesso em: 12 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **IMC em adultos**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>>.

Acesso em: 08 abr. 2019.

BRASIL. **PORTARIA Nº 492, DE 31 DE AGOSTO DE 2007**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html>. Acesso em: 27 de mar. 2019.

BROWNELL, K. D., & O'NEIL, P. M. Obesidade. Em D. H. Barlow (Org.), Manual clínico dos transtornos psicológicos (pp. 355-403). Porto Alegre: Artmed, 1999.

CADE, Nagela Valadão; BORLOTI, Elizeu; PERIN, Andréa Rosalém Vieira e Roriz; SILVEIRA, Kelly Ambrósio; FERRAZ; Ludmila; BERGAMIM, Margareth Pereira. Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. In **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, pp. 65-72, 2009.

CAMPOS, E. P. (1992) O paciente somático no grupo terapêutico. In: **Psicossomática hoje**. Mello Filho, J. (Org.), Porto Alegre: Artes Médicas.

CATANEO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, . Elizângela Moreira Careta et al. Obesidade e Aspectos psicológicos: Maturidade Emocional, Autoconceito, Locus de Controle e Ansiedade. In **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(1), pp. 39-46, 2005.

CLAUDINO, A. M., & ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

COSTA, N. M.S.C. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.12, n.1, Abril. 1999. p. 40-45.

COUTINHO, Waldir. Consenso latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43(1), 21-67, 1999.

CUNHA, Ana Cristina F. da; SANTOS, Thais Fernanda dos. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo de terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p.133-146, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/103/68>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

CYRINO, Edilson Serpeloni; NARDO, Nelson. Subsídios para a prevenção e controle da obesidade. **Revista de atividade física e saúde**, 1(3) 15-25, 1996.

ETTINGER, João. **Cirurgia da Obesidade: Manual do Paciente**. 1999. Disponível em:<http://www.ettinger.med.br/wp-content/uploads/2009/06/Manual-do-paciente-Cirurgia-bariatrica-Ettinger.pdf> Acessado em 28 de set.2018

FAGUNDES, Maria Anobes Bonet Grespan; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; SILVEIRA, Luiza Maria de Oliveira Braga. Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. **Aletheia** v.49, n.2, p.47-54, jul./dez. 2016.

FANDIÑO, Julia; BENCHIMOL, Alexander K.; COUTINHO, Waldir F.; APPOLINÁRIO, José C. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **R. Psiquiatr. Rs**, Rio

de Janeiro, v. 26, n. 1, p.47-51, abr. 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FERREIRA, A.B.de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa** -nova edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira 1986.

FLORES, Carolina Aita. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **Abcd Arq Bras Cir Dig**, [s.i], v. 1, n. 27, p.59-62, jan. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00059.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

FREITAS, Lorena K. Paiva; CUNHA JUNIOR, Arnaldo Tenório da; KNACKFUSS, Maria Irany; MEDEIROS, Humberto Jefferson de. **Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição**. 2014, vol.19, n.6, pp.1755-1762. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000601755&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2018.

FRITZEN, José Silvino. **A janela de Johari**: exercícios vivenciais de dinâmicas e grupo, relações humanas e de sensibilidade. 3ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

GALVÃO, Thales D. **Evolução de perda de peso após cirurgia bariátrica**. São Paulo. 2016

GOMES, Hêrnani; FERNANDES, Aline. **Obesidade e banda gástrica ajustável**. 2008. 76 f. Monografia (Especialização) - Curso de Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2008. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54543/3/121320_0841TCD41.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GONCALVES, Shirley Dias; MIRANDA, Luciana Lobo. **Biopolítica e confissão: cenas do grupo terapêutico com pacientes obesos**. *Psicol. Soc.* [online]. 2012, vol.24, n.spe, pp.94-103. ISSN 1807-0310.

GOULART, R. M. M.; BANDUK, M. L. S.; TADDEI, J.A. A. C. Uma revisão das ações de nutrição e do papel do nutricionista em creches. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 4, Agosto, 2010. p.11

GUEDES, D. P. Atividade física, aptidão física e saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde-Coordenação de Doenças Crônico-degenerativas. **Orientações básicas sobre atividade física e saúde para os profissionais das áreas de educação saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995, p.51-62.

GUIMARÃES, Ana Celina Pires de Campos; CONTEL, José Onildo Betioli. Psicoterapia de grupo em hospital-dia psiquiátrico. **Paideia**, São Paulo, v. 19, n. 44, p.378-385, set. 2009.

HINTZE, Luzia Jaeger et al. Cirurgia bariátrica no Brasil. **Rev. Ciênc. Méd**, Campinas, v. 3, n. 20, p.87-98, maio 2011. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/585/565>>. Acesso em: 12 maio 2019.

KATHLEEN, Mahan. **Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12ª ed. Editora Roca, 2010.

KIRSCHNER, M.A.; SAMAJLIK, E.; DREJKA, M.; SZMAL, E.; SCHNEIDER, G. & KOOY, K. & SEIDELL, J.C. Techniques for the measurement of visceral fat: a practical guide. **Int. J. Obes.**, v.17 p. 187, 1993.

LEDERER, Jean. **Enciclopédia Moderna de Higiene Alimentar**. São Paulo: Manole Dois, 1991.

LINNÉ Y. **Effects of obesity on women`s reproduction and complications during pregnancy**. *Obes Rev.* 2004; 5: 137-43.

LOPES, Larissa Alves de Lima; CAÍRES, Ângela Cristina Ribeiro; VEIGA, Alessandro Gabriel Macedo. Relevância Da Equipe Multiprofissional À Cirurgia Bariátrica. **Revista Uningá**, [S.l.], v. 32, n. 1, dez. 2017. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1031>>. Acesso em: 13 maio 2019.

MACEDO, Tassia T. Santana de; PORTELA, Pollyana Pereira; PALAMIRA, Cátia Suely; MUSSI, Fernanda Carneiro. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Salvador, v. 3, n. 19, p.505-510, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0505.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

MACHADO, Cristiane Evangelista.; ZILBERSTEIN, Bruno; CECCONELLO, Ivan; MONTEIRO, Marlene. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Bariátrica**, v. 21, n. 04, p. 185-191, 2008.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, (1991).

MALINA Robert M.; BOUCHARD, Claude. **Growth, Maturation, and Physical Activity**. Champaign (II): Human Kinetics; 1991.

MARCHESINI, Simone Dallegrave. **Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000200010&lang=pt>. Acesso em: 01 abril. 2019.

MARTINS, Sónia. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão, In **Rev. Port. Med. Geral Fam.** Lisboa, v. 28, n. 3, mai, 2012.

MCARDLE, William; KATCH, Frank I. **Nutrição, controle de peso e exercício**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.

MORAIS, Aline C. de; MALFITANO, Ana Paula S.. O Terapeuta Ocupacional Como Executor De Medidas Socioeducativas Em Meio Aberto: Discursos Na Construção De Uma Prática. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.531-542, 2016. Editora Cubo Multimídia. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0727>.

MORALES, C. L. P. et al. **A comunicação no período pré-operatório sob a ótica dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Scielo, Florianópolis p.1-9, 22 ago. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00347.pdf Acesso

em 22 maio de 2019.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; DIAS; Diego Alonso Soares. A Psicologia e a ANS: a inserção de procedimentos psicoterápicos a partir do caso da cirurgia bariátrica. **Advances in Health Psychology**, 21 (2) 12-19, Jul.-Dez., 2013.

MOTTA, Ágata Karolinne Fonseca; MACEDO, Maria Geórgia Duarte de; GOMES, Kássia Karina Amorim. PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA: grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. **Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas**, Manaus, Amazonas, v. 10, n. 2, p.31-34, 2011. Disponível em:<<http://www.hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA%202011/Revista%20%20Artigos/artigo%203.pdf>> Acessado em 11 abril 2019.

NAHÁS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida mais ativo. Londrina : Midiograf, 2001.

NAHÁS, M.V. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Londrina : Midiograf, 1999

NASSIF, Denise Serpa Bopp; MALAFAIA, Osvaldo; NASSIF ,Paulo Afonso Nunes; KURETZKI, Carlos Henrique; LUCAS, Ricardo Wallace das Chagas; PINTO, José Simão de Paula. Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica. **Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.215-218, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202011000300007>. Acessado em 11 de abril 2019.

NORMAN RJ, Clark AM. **Obesity and reproductive disorders**: a review. pag. 55-63, *Reprod Fertil*, 1998.

OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo de; YOSHIDA, Elisa Medici Pizao. **Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica**: Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Elisa_Yoshida/publication/247852688_Avaliacao_psicologica_de_obesos_grau_III_antes_e_depois_de_Cirurgia_Bariatrica/links/549026220cf214269f2658b0/Avaliacao-psicologica-de-obesos-grau-III-antes-e-depois-de-Cirurgia-Bariatrica.pdf>. Acesso em: 11 ABRIL 2019.

OSÓRIO, L.C e cols. **Grupoterapia hoje**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

PEREZ, G. H., & ROMANO, B. W. Comportamento Alimentar e Síndrome Metabólica: aspectos psicológicos. In **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 14 (4), pp. 544 – 550, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Técnica do vínculo**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PINHEIRO, A. R. de Oliveira et al. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.,campinas**, Santa Catarina. Florianópolis, Sc, Brasil, v. 4, n. 17, p.523-53, 2004. Disponível em: file:///C:/Users/netflix/Downloads/Uma_abordagem_epidemiologica_da_obesidade.pdf. Acesso em 04 de set. 2018.

POLLOCK, M.; WILMORE J. H. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI,1993.

PORTAL SÃO FRANCISCO (Brasil). **Obesidade**. 2019. Disponível em: <<https://www.portalsaofrancisco.com.br/saude/obesidade>>. Acesso em: 20 maio 2019.

REPETTO, G. **Histórico da obesidade**. In: HALPEN, A.; GODOY, A.F; SUPPLY, H.L. RUIZ, A. T. & RUIZ, J.V.T. Aspectes pràctics del tractament de l'obesitat infantil. Apunts, v.30, p.17-34, 1993.

RIBEIRO, Graziela A. Nogueira de Almeida; SANTOS, José Ernesto dos; LOUREIRO, Sonia Regina. Perfil Psicológico de Mulheres e a Cirurgia Bariátrica: Estudo Exploratório. **Interamerican Journal Of Psychology**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.169-176, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/284/28422741007.pdf>>. Acesso em: 07 abril 2019.

RIBEIRO, Lorena Araújo; SALA, Ariane Liamara Brito; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. AS OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Rev. Min. Enferm**, Cuibá, v. 4, n. 12, p.516-522, out. 2008. Disponível em: <<http://nsp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/11/As-Oficinas-Terap%C3%AAuticas-nos-centros-de-aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

RIBEIRO, Rui. Bypass gástrico. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, Lisboa, v. 4, n. 2, p.69-78, mar. 2008.

RIBEIRO, Vera Lúcia. (2008). **Obesidade e função sexual**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0407.pdf> . Acesso em 02 de outubro de 2018.

RODRIGUES, A. ; JABLONSKY, B. & ASSMAR,E. Psicologia Social. 22ª Edição, Rio de Janeiro : Vozes, 1999.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem** [online] 2007, 20 (Abril-Junho): Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>> ISSN 0103-2100. Acesso em 20 de Maio de 2019.

SIDNEY, S; STERNFELD B; HASKELL WL; QUESENBERRY CP Jr; CROW RS; THOMAS RJ. **Seven-year change in graded exercise treadmill test performance in young adults in the CARDIA-study** . Méd. Sci. Sport Exerc., v.30, n.33,p. 427-433, 1988.

SILVA, Vladimir Schuindt da. **Prevalência de sobrepeso/obesidade e fatores associados em adultos no Brasil**. 2010. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://nucidh.ufsc.br/files/2011/09/dissertacao_vladimir.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA ([n.i]) (Org.). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. 2018. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso

em: 05 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA ([n.i]). **A Cirurgia Bariátrica**. 2017. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/a-cirurgia-bariatrica/>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (Brasil). **O que é a obesidade**. 2010. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade/>>. Acesso em: 10 maio 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (Brasil). **Técnicas cirúrgicas**. 2017. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/#1508950247310-023f08df-2d91>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SOUZA, Ângela Maria Alves; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; MORAES, Leila Memória Paiva; GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro; MOURA, Karl Dmitri Ramos; ALMEIDA, Paulo César de; MOURA, Eliene Maria Vieira de . Grupo Terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza, v. 4, n. 13, p.625-632, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a16.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2019.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa.

STUNKARD, A. J. & WADDEN, T. A. Psychological aspects of severe obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, 55, 524-532, 1992.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 3, n. 20, p.359-366, jan. 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>>. Acesso em: 12 maio 2019.

TRENTINI M, PAIM L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TUBERT-OKLANDER, J.; TUBERT, R. H. **Operative Groups**. The Latin-American Approach to Group Analysis. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

VASCONCELOS, Patrícia de Oliveira. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. 2006. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

VILLARES, Sandra Mara Ferreira. O que causa o ganho de peso? In: Halpern A, Mancini MC, coordenadores. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca; 2002. p.37-44.

VINOGRADOV, S., & YALOM, I. D. **Manual de Psicoterapia de grupo** (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ZIMERMAN, David E. **Bion. Teoria à prática** – uma leitura didática / David E. Zimerman. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.