

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós-cirúrgico

Paracatu MG

2020

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós-cirúrgico

Monografia apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós-cirúrgico

Monografia apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, _____ de _____ de 2020.

Prof. (a) Msc. Ana Cecília Faria
Centro Universitário Uniatenas

Prof.(a) Msc. Viviam de Oliveira Silva
Centro Universitário Uniatenas

Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos
Centro Universitário Uniatenas

Dedico este trabalho a Deus, pois
somente ele é digno de todo louvor, honra e glória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido concluir este sonho.

Agradeço também à minha mãe e meu pai, para que eles possam se orgulhar de ver sua filha, concluir o curso de psicologia, e se tornar uma psicóloga.

Agradeço ao meu namorado, pelo apoio, força, amor, carinho, e muita paciência nesses anos de faculdade, por ter acreditado em mim, e por ter despertado o melhor de mim, agradeço, por ter me apoiado quando mais precisei. Obrigada pelos seus conselhos sábios, no qual eu tenho aprendido muito.

Agradeço também aos meus professores pela contribuição e ensinamentos para realização desse curso; ensinamentos repassados nesse período de cinco anos acadêmicos de psicologia, no qual, aprendi, mudei e me tornei uma nova mulher.

“Quem olha para fora, sonha. Quem
olha para dentro, acorda.”

— Carl G. Jung

RESUMO

A cirurgia bariátrica (CB) é um procedimento cada vez mais indicado como forma de tratamento para a obesidade mórbida, sendo um procedimento que exige alto nível de comprometimento do paciente, tanto no pré, quanto no pós-operatório, gerando impactos na vida de quem se submete ao procedimento. Realizada a cirurgia, é necessário adequar-se a um novo estilo de vida e à realização de acompanhamento com equipe multidisciplinar. Dentro desse contexto, desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objetivo geral compreender os motivos que geram impactos emocionais no pré e pós da cirurgia bariátrica. Os objetivos específicos foram: conhecer os fatores que contribuem para a decisão da pessoa de realizar a cirurgia bariátrica; apresentar os benefícios do acompanhamento psicológico no pré e pós-cirúrgico, apresentar avanços na qualidade de vida de pessoas que passaram na realização da cirurgia bariátrica. Dentro dessa revisão de literatura abordada acontece, a decisão para chegar à cirurgia bariátrica após inúmeras tentativas não invasivas de emagrecimento, que não proporcionaram os resultados esperados. Em virtude da obesidade, os pacientes sofriam de inúmeros problemas, envolvendo questões de saúde, problemas relacionados à autoestima e disposição para as atividades da vida diária; além de problemas relacionados ao dia a dia. Passada a cirurgia, os pacientes demonstraram satisfação com a realização do procedimento por terem suas expectativas alcançadas, como redução do peso, controle das morbidades e melhora da autoestima. Mesmo com a satisfação, essas pessoas que foram submetidas à cirurgia bariátrica reconhecem que houve dificuldades no processo, relacionadas ao pós-cirúrgico imediato, e à necessidade de permanecer em estado de alerta contínuo. Por fim, as pessoas que submeteram a esse processo destacaram a importância do papel do psicólogo no processo de cirurgia bariátrica. Apontaram que o acompanhamento é importante, e que, com a evolução do processo, percebendo-se o quanto o acompanhamento psicológico é positivo para a compreensão da cirurgia, as dificuldades que serão enfrentadas e a necessidade de vigilância permanente para que as mudanças sejam definitivas.

Palavras-chave: Obesidade. Comportamento. Cirurgia bariátrica. Psicologia. Emagrecimento.

ABSTRACT

Bariatric surgery (CB) is a procedure increasingly indicated as a form of treatment for morbid obesity, being a procedure that requires a high level of patient involvement, both before and after surgery, generating impacts on the life of those who undergo the procedure. After surgery, it is necessary to adapt to a new lifestyle and to follow-up with a multidisciplinary team. Within this context, this research was developed, which had as general objective to understand the reasons that generate emotional impacts in the pre and post of bariatric surgery. The specific objectives were: to know the factors that contribute to the decision of the person to perform bariatric surgery; to present the benefits of psychological follow-up in the pre and post-surgical period, to present advances in the quality of life of people who have undergone bariatric surgery. Within this literature review, the decision to reach bariatric surgery after numerous noninvasive attempts at weight loss, which did not provide the expected results, was decided. Due to obesity, patients suffered from numerous problems, involving health issues, problems related to self-esteem and willingness to activities of daily living; In addition to problems related to daily life, after surgery, patients showed satisfaction with performing the procedure because they had their expectations achieved, such as weight reduction, morbidity control and improved self-esteem. Even with satisfaction, these people who underwent bariatric surgery recognize that there were difficulties in the process, related to immediate post-surgery, and the need to remain in a state of continuous alertness. Finally, the people who submitted to this process highlighted the importance of the psychologist's role in the bariatric surgery process. They pointed out that follow-up is important, and that, with the evolution of the process, realizing how positive psychological follow-up is for understanding the surgery, the difficulties that will be faced and the need for permanent vigilance so that the changes are definitive.

Palavras-chave: Obesity. Behavior. Bariatric surgery. Psychology. Slimming.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CB	Cirurgia Bariátrica
CFM	Conselho Federal de Medicina
DM	Diabetes Melittus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	10
1.2 HIPÓTESE	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	11
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	12
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 OBESIDADE	13
2.1 CIRURGIA BARIÁTRICA	14
2.2 PROBLEMAS QUE LEVARAM A PESSOA PARA A DECISÃO CIRÚRGICA	15
3 BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS PELO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	19
4 AVANÇOS NA QUALIDADE DAS PESSOAS NA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Segundo França (1999), a obesidade é considerada uma doença de domínio crescente e representa, atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública mundial em razão dos riscos associados, retratando causas de ameaça para algumas patologias, consideradas complexas, como trombose, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, entre outras. Ela apresenta enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e sendo assim estudada uma das graves questões de saúde populacional da contemporaneidade.

A obesidade é estabelecida por explicações diversas e complexas que se relaciona ao transtorno alimentício. A obesidade mórbida é identificada quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) ultrapassa 40 kg/m. Essa alteração envolve aspectos resistente à vida, pois está relacionada à baixa da expectativa de vida e diminuição do bem-estar. De forma geral, a obesidade mórbida, pode gerar dificuldades emocionais, como depressão, ansiedade, transtorno de compulsão alimentar, bulimia, associasse ao preconceito e estigma sociais. (FRANÇA, 1999).

Na demanda de resultado bem-sucedidos, o paciente realiza diversos tratamentos: dietas nutricionais, reeducação alimentar, aumento das atividades físicas, além da modificação de comportamento e o bem-estar. Mas, quando esses projetos não alcançam o sucesso desejado, o método cirúrgico representa um meio mais eficaz e rápido para o resultado sendo considerado o único resultado. (RAMOS, 2016).

Os principais propósito da gastroplastia é a redução de doenças no geral e o restabelecimento do bem-estar para o paciente, podendo, também, com esse método cirúrgico, resgatar outros pontos que foram agravados devido à alteração, como, a reabilitação da autoestima, inclusão social entre outros (HADDAD, 2003).

As restrições corporais causadas pela obesidade mórbida reduzirão com a nova adaptação de vida e essa nova experiência, através dessa nova situação, modificações ativas quanto à imagem corporal e hábitos, visto que o paciente passa por alguns ajustamentos relacionados à nova ingestão alimentícia e questionamentos acerca da cirurgia. A redução sucessiva da perda corporal gera uma nova identificação física, o que estimula alguns processos psicológicos, como aumento da autoestima, proporcionando uma importante melhoria nos seus pontos sociais e psicológicos (ANJOS, 2006).

1.1 PROBLEMA

Qual a importância da intervenção psicológica no pré e pós-cirúrgico de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica?

1.2 HIPÓTESE

A intervenção psicológica nos processos pré e pós-cirúrgico de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica é essencial para o equilíbrio emocional e consequente melhoria da qualidade de vida. Seu comprometimento é essencial com o procedimento pós-operatório e com a equipe é fundamental; a importância de uma rede de apoio familiar para o grau de satisfação final e expor uma percepção das melhorias na saúde em diferentes aspectos gerais da obesidade, físicos, sociais, familiares e interacionais, assim como aspectos relacionado com a autonomia/independência psicológicas, afetivos e autoestima em pacientes obesos sujeitados ao procedimento bariátrico frente às situações pré e pós-cirúrgico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir os motivos que geram impactos emocionais no pré e pós da cirurgia bariátrica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer os fatores que contribuem para a decisão da pessoa de realizar a cirurgia bariátrica;
- b) Apresentar os benefícios do acompanhamento psicológico no pré e pós-cirúrgico;
- c) Apresentar avanços na qualidade de vida de pessoas que passaram na realização da cirurgia bariátrica.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O exposto trabalho apresenta a frequência dos obstáculos enfrentados em pacientes obesos. Pacientes, após passar por um processo cirúrgico desenvolve-se fases da reconstrução emocional.

Uma das primeiras fases é a alimentação, pelo o fato que os pacientes não conseguirem lidar com novos hábitos alimentares e o comportamento de frustração. A segunda fase a estrutura descentralizada, na qual, por faltar uma capacidade estimativa, o paciente não consegue dominar-se frente ao desafio de permanecer com peso controlado; e, finalmente, a influência da qualidade de vida com pacientes que se identifica em processo de adaptação (DOBSON, 2010).

Estabelece-se o benefício da intervenção psicológica pode ser essencial para que se proponham manejos de condutas psicoterápicos no pré e pós-operatório. Avaliando e estimulando paciente a compreensão do processo cirúrgico e as mudanças de estilo de vida exigidas tanto no pré e pós-cirúrgico (SEBASTIANI E MAIA, 2005).

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Esse projeto foi desenvolvido como base em uma pesquisa descritiva explicativa, favorecendo ao leitor uma ampla compreensão sobre o tema abordado, com o intuito de tornar o texto o mais claro e explicativo possível. Segundo Gil (2002), a metodologia explicativa se justifica por trazer ao seu favor uma abordagem dedutiva, bem aprofundada no tema, com um procedimento simples, objetivo e direto.

Por fim, foi utilizada uma pesquisa bibliográfica baseado em diversos tipos de referências como: dissertação, artigos, pesquisas bibliográficas, revistas, onde foi utilizado o método qualitativo para realização do mesmo.

As pesquisas descritivas de acordo com Gil (2002) têm como objetivo principal a descrição das características de determinado tema. Então, o estabelecimento de relações entre variáveis, usufruindo de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo explana acerca da introdução com a contextualização do estudo; formulação do problema de pesquisa; as proposições do estudo; os objetivos geral e específico; as justificativas, relevância e contribuições da proposta de estudo; a metodologia do estudo, bem como definição estrutural da monografia.

No segundo capítulo, trata-se de uma abordagem geral do que leva a pessoa a tomar a decisão para realizarem o procedimento da cirurgia bariátrica.

No terceiro capítulo, visa o acompanhamento psicológico no percurso da cirurgia bariátrica, beneficiamento.

No quarto capítulo, será abordado os principais avanços na qualidade de vida de pessoas que realizaram o processo da cirurgia bariátrica.

2 OBESIDADE

A obesidade pode ser definida, de forma simplificada, como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta danos à saúde com perda importante não só na qualidade como na quantidade de vida (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A obesidade é um problema contemporâneo, visto com grande preocupação, mas também com muito preconceito, exclusão e rejeição. Evidências crescentes sugerem que a obesidade não é um problema simples, isolado, mas uma desordem complexa que envolve controle de apetite e do metabolismo energético, e está associada a várias condições de morbidades (DÂMASO, 2003).

Segundo Varella (2009) existe um crescimento de obesidade no Brasil e no mundo, já que do ponto de vista técnico os índices de obesidade na população enquadram-se no conceito de doença epidêmica.

De fato, segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, o excesso de peso e a obesidade aumentaram ultimamente. De acordo com a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2011), o número de pessoas com sobrepeso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2015 existam no mundo 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos (MARTINI, et al., 2009).

O indicador mais utilizado para o diagnóstico de obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), o IMC é considerado os 14 métodos antropométrico mais simples para classificar sobrepeso e obesidade em adultos e tem sido amplamente utilizado como ferramenta útil em comparações internacionais, em saúde pública e clínica, que levaram em consideração a associação entre o IMC e as taxas de morbidade e de mortalidade.

O IMC é o valor obtido pela divisão do peso (kg) pela altura (m) ao quadrado. Indivíduos com IMC acima de 30kg/m² são considerados obesos e quanto maior for este valor, maior será seu risco para outras complicações, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, distúrbios osteomusculares, entre outras (HADDAD, MARCON, 2011). Dessa forma, a importância epidemiológica da obesidade é sinalizada não somente enquanto doença por si só, mas também por causa dos riscos para surgimento de outras doenças, que aumenta diretamente com o grau do sobrepeso, como mostra a seguir no quadro 1 (PINHEIRO ET AL., 2009).

Quadro 1 - Classificação do IMC para indivíduos >18 anos

Valores de IMC	Classificação
< 16 kg/m ²	Magreza grau III
16 – 16,9 kg/m ²	Magreza grau II
17 – 18,4 kg/m ²	Magreza grau I
18,5 - 24,9 Kg/m ²	Eutrofia
25 – 29,9 kg/m ²	Sobrepeso ou Pré-obesidade
30 – 34,9 kg/m ²	Obesidade grau I
35 – 39,9 kg/m ²	Obesidade grau II
≥40 kg/m ²	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1998).

2.1 CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica (CB) tem sido uma opção bastante difundida na luta contra a obesidade grau III, por ser considerado método bastante eficiente (ALMEIDA ET AL., 2011). Contudo, é um recurso usado após outros métodos mais conservadores não terem proporcionado os efeitos desejados (LANGARO ET AL., 2011).

A CB corresponde a uma cirurgia para redução do tamanho do estômago, cuja finalidade é proporcionar a diminuição do peso. É considerada muito invasiva, pois os riscos cirúrgicos são elevados, podendo chegar à morte (AMORIM ET AL., 2016). A recomendação a esse procedimento aconteceu em 1991, durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health. Deveria ser aplicada a pacientes bem informados, com obesidade grau III, motivado, com riscos operatórios em níveis aceitáveis ou para indivíduo com obesidade grau II associada a morbidades (MAGDALENO ET AL., 2009).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), existem cinco tipos de CB, sendo elas: (1) banda gástrica ajustável; (2) gastrectomia vertical; (3) by-pass gástrico; (4) derivação biliopancreática ou cirurgia de Scopinaro; (5) derivação biliopancreática com Duodenal Swtch (GALVÃO NETO ET AL., 2016).

Flores (2014) aponta que a CB tem sido considerada meio efetivo para o combate à obesidade mórbida em longo prazo, promovendo benefícios que são mais amplos do que a redução de peso significativa e prolongada, mas também combatendo as morbidades associadas à obesidade, remissão de transtornos psiquiátricos e melhoria da qualidade de vida geral.

Dados apontam que o número de CB no Brasil aumentou significativamente, passando de 16 mil em 2003, para 60 mil em 2010. Em 2016, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB, 2016) apontou que foram realizados 100 mil procedimentos desses no país. Ainda Segundo a SBCB, o Brasil é o segundo país no mundo em número de CB. As mulheres representam 76% do total de pacientes submetidas a esse procedimento.

Candidatos à CB devem atender a uma série de requisitos. É necessário que seu IMC seja superior a 40 kg/m², ou acima de 35 kg/m² para casos em que há morbidades associadas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melittus (DM), apneia, doença cardíaca e osteoartrite (FLORES, 2014).

Ainda segundo Flores (2014) e Langaro et al. (2011), esses candidatos devem ser submetidos a uma avaliação psicológica no período pré-operatório, realizada por psiquiatra ou psicólogo da equipe multidisciplinar que atenda o paciente. Além da aptidão psicológica para o procedimento, o paciente não pode sofrer de psicopatias graves, usar drogas ou álcool, pois essas são condições preditoras de mau prognóstico.

Mesmo estando apto ao processo cirúrgico, Galvão Neto et al. (2016) destacam que somente 1% dos pacientes candidatas à CB realmente realizam a cirurgia. As principais razões para a não ocorrência da cirurgia são: os altos custos, acesso limitado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); escolha do paciente ao final da preparação e riscos associados.

2.2 PROBLEMAS QUE LEVARAM A PESSOA PARA A DECISÃO CIRÚRGICA

Pessoas obesas vivenciam inúmeros problemas práticos do dia-a-dia. Em uma sociedade voltada para o corpo magro e medidas consideradas normais, pessoas que sofrem com a obesidade enfrentam constrangimentos e dificuldades como encontrar roupas e sapatos adequados, sentem insegurança para se sentar, já que as mobílias costumam ser projetadas para um peso corporal menor (OLIVEIRA ET AL., 2009). Essas dificuldades influenciam na piora da percepção corporal e redução da autoestima dessas pessoas.

A decisão da pessoa pela cirurgia bariátrica é permeada por expectativas relacionadas à mudança de vida que busca a partir da submissão a este procedimento. Neste contexto, a cirurgia tem como principal objetivo conferir à pessoa obesa uma melhor condição de saúde e, conseqüentemente, melhoria na sua qualidade de vida (CASTRO ET AL., 2010).

A aparência física exerce forte influência na vida de um ser humano, referindo-se as percepções, aos pensamentos e sentimentos sobre o corpo e suas experiências que passa através de sentimentos individuais (PRUZINSKY E CASH, 1990).

Esse padrão de beleza impostos como ideal, pode afetar negativamente a visão corporal de um indivíduo, em especial, aquelas que apresentam obesidade (APOLINÁRIO, 2000).

Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo. Dessa forma, acredita-se ainda, de uma maneira geral, que não se sentir fisicamente atraente possa ser um fator de risco para doenças psíquicas de um modo geral, entretanto, apresentar uma boa aparência pode não significar ter uma imagem corporal positiva, pois a imagem corporal é, na verdade, uma experiência subjetiva, resultante das interações do indivíduo com o seu meio (LARGARO, ET AL., 2011).

Greenberg, et al (2005), relatam as características desses pacientes obesos que levam a tomada de decisão, a alta incidência de depressão, autoimagem negativa, transtornos alimentares e baixa qualidade de vida entre pacientes com obesidade severa. Além disso, os dados apontam a presença de transtornos de personalidade e os pacientes experimentam altos índices de stress no trabalho e nas relações sociais e íntimas.

O comer compulsivo pode estar ligado a outros transtornos psiquiátricos que possuem uma maior incidência na população obesa (BERNARDI, ET AL., 2002), sendo os mais frequentes a ansiedade e a depressão. No caso da ansiedade, o ato de comer é justificado pelos obesos como um modo de diminuir essa ansiedade, levando a um ganho de peso proporcional à frequência de ocorrência de episódios de ansiedade (CAPITÃO E TELLO, 2002).

Os comportamentos direcionados para o objetivo de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza impostos como ideal podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal, especialmente nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade (APPOLINÁRIO, 2000).

A comparação realizada entre o IMC real e o peso corporal idealizado pode gerar ou intensificar sintomas de depressão (LOPES, ET AL., 2013). A insatisfação corporal afeta negativamente o tratamento clínico da obesidade influenciando o comportamento, o bem-estar mental e a qualidade de vida. Além disso, a insatisfação corporal é um importante fator motivador para se engajar em comportamentos que levem a uma redução do peso corporal (GRAVE, ET AL., 2007).

Segundo Thompson, et.al (1999), a padronização do termo imagem corporal integra diferentes componentes, tais como: satisfação com o peso, satisfação com o corpo, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal.

A maioria das pessoas obesas busca o emagrecimento a partir de tratamentos convencionais como dietas, atividade física e medicamentos. No entanto, quando não respondem

a essas manobras, decidem-se pela cirurgia bariátrica. Ao avaliar a sua convivência com a obesidade, a pessoa considera valer a pena correr o risco eminente de um procedimento cirúrgico, transcendendo o medo e decidindo-se pela gastroplastia (CASTRO ET AL., 2010).

Para as mulheres existe uma forte tendência cultural em acreditar que o corpo magro é o passaporte para a aceitação social, enquanto que para os homens a tendência é demonstrar um corpo forte e volumoso que se associa à força e poder (ARAUJO, 2009).

A aflição relacionada ao peso geralmente acarreta em uma imagem corporal negativa e advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. Além da questão estética, algumas mulheres já apresentavam problemas de ordem conjugal e já não se interessavam em dar continuidade ao relacionamento. Assim, a obesidade deve ser vista como uma situação complexa que envolve o estado físico e emocional das pessoas, e sua resolução, por meio do tratamento operatório, deve levar em conta outras dimensões do viver, incluindo as dificuldades e as limitações psíquicas de cada paciente. (NAHAS, 2001).

Os estigmas e preconceitos atribuídos à aparência física da pessoa obesa são revelados por meio de olhares, insultos e agressões que constroem. Em uma sociedade que valoriza extremamente a aparência corporal, é natural que determinado aspecto físico, que fomenta a discriminação e causa sofrimento, seja algo que motive o indivíduo a buscar uma solução (MAGDALENO 2008).

Embora algumas pessoas possam ser motivadas a perder peso para melhorar sua saúde, a maioria das pessoas buscam fazê-la para melhorar a aparência física. Mesmo entre pessoas extremamente obesas procuram a Cirurgia Bariátrica, o principal motivador para perda de peso é a melhora da aparência. Para muitos adultos com sobrepesos e obesidade, a redução do peso pode ser a melhor terapia para a melhora da autoestima e imagem corporal. (MARCHINI, ET AL., 2011).

O sofrimento psicológico vivenciado com o preconceito e a exclusão, presente entre os obesos, prejudica a saúde mental dessas pessoas, estimulando o interesse pela cirurgia bariátrica (OLIVEIRA 2009).

De acordo com Oliveira (2009), indivíduos obesos que buscam o tratamento cirúrgico para perda de peso geralmente são mais preocupados com a imagem corporal do que obesos que estão em tratamento. Nesse sentido, quanto mais próximo de uma realidade existencial, mais a imagem corporal se torna estruturada e alicerçada na vivência concreta do corpo (TAVARES, 2003).

A pessoa fundamenta a decisão pela cirurgia na inadequação dos seus hábitos alimentares, na aparência física incompatível com a padronizada pela sociedade, no preconceito social vivenciado, nas limitações impostas pela obesidade e no insucesso das tentativas prévias de

emagrecimento. Diante da decisão pela cirurgia tem como expectativas resgatar sua saúde, incluir-se socialmente e inserir-se no mercado de trabalho (CASTRO ET AL 2010).

Segundo Moliner (2008), a decisão pela gastroplastia remete a uma conduta projetada pela pessoa, a qual está alinhavada à realidade social em que vive, em especial sobre o seu corpo circunscrito nesta realidade. A submissão ao ato cirúrgico configura-se como uma possibilidade do emagrecimento desejado e do abandono do corpo obeso, vivenciado no momento presente. (SCHUTZ 2008) analisa que o sujeito, ao projetar a ação, antecipa o ato como se tivesse sido cumprido, sendo que as possibilidades de realizá-lo estão diretamente ligadas aos elementos do tempo presente.

Desse modo, a cirurgia bariátrica é vista por aqueles que serão submetidos como um caminho de diversas possibilidades. A partir do alcance do peso desejado, as pessoas vislumbram reinserir-se socialmente, obter um emprego, recuperar a liberdade e a independência perdidas devido à obesidade (MAGDALENO 2008).

A compreensão do processo de tomada de decisão da pessoa obesa pela cirurgia bariátrica aponta para aspectos importantes. Estes aspectos se situam inicialmente na trajetória de vida do indivíduo com o corpo obeso, configurando-se como a motivação existencial para a ação de decidir-se pela cirurgia (FERREIRA 2008).

3 BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS PELO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICOS NO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica representa o início de uma etapa de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

A realização da CB exige uma mudança comportamental no indivíduo, que proporcione os efeitos desejados. Entretanto, alcançar essas mudanças não é tarefa fácil, já que envolve alterações no curto, médio e longo prazo, relacionadas ao acompanhamento médico, nutricional e psicológico, além de alteração no estilo alimentar (LEAL; BALDIN, 2007).

Sebastini e Maia (2005) concordam que, a atuação do psicólogo é essencial na percepção de reorganizar a compreensão do paciente com o mundo, ou seja, a adaptação à nova imagem corporal, construída pela intervenção cirúrgica, visto que essa imagem corporal representa a consciência de si próprio. A reestruturação positiva desta nova imagem é necessária para a reconstrução do autoconceito.

É necessário que o psicólogo avalie as crenças que o paciente tem a respeito da cirurgia bariátrica, os motivos e expectativas que apresenta. A compreensão de objetivos realistas de perda de peso e de mudanças na rotina é fundamental nesse processo (LUZ, 2013).

Com relação aos aspectos comportamentais, é preciso que seja trabalhada no pré-operatório a readaptação de rotinas. O paciente deve estar preparado para que sua rotina diária se modifique, eternamente (NUNES, 2013).

Assim, o desempenho de um bom acompanhamento psicológico no pré-operatório influencia enormemente nas reações do paciente no pré, durante a cirurgia e pós-operatório. Existindo relações entre o estado emocional da paciente nessas três fases da cirurgia (SEBASTIANI E MAIA, 2005).

O acompanhamento psicológico faz-se importante, uma vez que a cirurgia bariátrica não será solução, se as causas que desenvolvem a obesidade não forem tratadas, podendo o problema migrar para outras opções. Dentro desse ponto, o laudo psicológico pode deter a cirurgia e apresentar um trabalho psicoterápico (CABALLO, 2012).

De acordo com Flores (2014), a avaliação psicológica pré-CB é diferente de uma avaliação psicológica tradicional. Ela envolve diagnosticar o comportamento, sintomas psiquiátricos, compreensão sobre o procedimento, comportamento alimentar, estresse, presença de ambiente estável e apoiador, além de expectativas e razões que levaram à decisão pela CB. Essa investigação tem caráter único e objetiva conhecer a capacidade de ajustamento ao paciente à realidade pós-CB.

O sucesso da CB é atribuído não apenas à cirurgia em si, mas a condições relacionadas como a aderência do paciente à dieta pós-cirúrgica e suas características psicológicas, diagnosticadas na avaliação pré-cirúrgica (OLIVEIRA et al., 2012).

O tratamento psicoterápico após a cirurgia bariátrica objetiva dar suporte ao paciente na reestruturação de sua vida e prevenir que comportamentos inapropriados reapareçam novamente (DUCHESNE ET AL., 2007).

Atualmente, a imagem corporal é estudada por uma equipe multidisciplinar (médico, psiquiatra, educador físico e etc.), destacando-se a importância do papel do psicólogo e nutricionista na abordagem do tema. A psicologia trabalha sob enfoque cognitivo-comportamental, contribuindo para melhoria da imagem corporal positiva em pacientes obesos à medida que promove a reestruturação de distorções cognitivas a respeito da imagem corporal, já que esta é formada a partir das experiências dos indivíduos as quais contribuíram para a construção de sua maneira de pensar, sentir e agir (TAVARES, 2003).

A TCC (terapia cognitivo comportamental) foca a essencial relação existente entre pensamentos, comportamentos e emoções. A cognição atua como mediadora da relação do sujeito

com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão de comportamentos e emoções (CABALLO, 2012).

É uma abordagem diretiva, orientada para uma determinada situação-problema. No manejo da obesidade fundamenta-se em três pontos principais: o tratamento necessita auxiliar o paciente a aceitar e avaliar a perda de peso; deve-se ensinar o paciente estratégias cognitivo-comportamentais para o controle adequado de seu peso; deve-se incentivar o paciente a adotar como meta a estabilidade do peso. Além disso, pressupõe sessões de manutenção, em que diferentes técnicas são aplicadas (NUNES, 2013).

As intervenções cognitivo-comportamentais incluem as seguintes técnicas: auto monitoração; reestruturação cognitiva; controle de estímulos; técnicas de reforço; programas de suporte social; resolução de problemas; prevenção de recaídas (DOBSON, 2010).

A abordagem cognitivo-comportamental considera que, “a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade, influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam” (BECK, 2013). Tem-se que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da sua vida, e com base nessas atribuições, constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade (BECK, 2013).

Sob a ótica da teoria cognitivo-comportamental, as alterações de pensamento em relação ao peso influenciam as emoções e os comportamentos. Eles dominam diretamente na autoimagem da paciente, instalando-se positivo ou negativamente. Trabalhar com a valorização pessoal e social, a alimentação e questões acerca do peso é a meta da teoria cognitivo-comportamental voltada ao tratamento da obesidade (CABALLO, 2012).

O pós-operatório é a fase mais crítica de todo o processo envolvendo a cirurgia bariátrica. A terapia auxilia o paciente em seu auto reconhecimento e na construção de sua imagem, de seu próprio corpo. Após a perda de peso, é frequente o aparecimento de pele excessiva, o que tem grande impacto na imagem corporal e no autoconceito do paciente, comprometendo, em grande medida, a qualidade de vida e o funcionamento psicológico, podendo estar associado a sentimentos de vergonha e isolamento (CABALLO, 2012).

Para isso, o psicólogo deve possibilitar o paciente um envolvimento com a construção de sua identidade, conhecendo-a e compreendendo-a durante todo o processo de emagrecimento (NUNES, 2013).

Nesse momento pós-cirúrgico, a determinação e a construção das novas crenças do paciente são importantes. Quando a perda de peso começa a se estabilizar, o paciente deixa de receber elogios para o aumento da autoestima, devendo ser motivada a ter equilíbrio no peso, podendo ocorrer novo ganho de massa corpórea. O trabalho do psicólogo, nesse processo, vem como forma de auxiliar o paciente a não transferir sua compulsão alimentar para outra área (álcool,

drogas, compras, sexo, etc.), bem como não se tornar outro transtorno alimentar pelo receio de engordar (anorexia nervosa ou bulimia nervosa) (NUNES, 2013).

O trabalho multidisciplinar, associado à TCC, alcança a reorganização interna do paciente para adaptar às mudanças em sua vida de forma eficaz. Em sessões que podem ser trabalhadas em grupo de obesos ou com um único paciente de forma interdisciplinar. Busca-se promover a "psicoeducação" por intermédio da TCC. Assim, é direcionado o paciente um entendimento quanto às condutas adequadas para a sua qualidade de vida (NUNE, 2013).

A TCC explora os obstáculos encontrados pela pessoa obesa no processo de emagrecimento (história de vida, conflitos, etc.), fornecendo o paciente a identificação e criação de pilares de apoio para a prevenção de recaídas. A construção produzida pelo o paciente no pós-operatório o norteia quanto ao papel que o alimento exerce em sua vida e suas expectativas. É importante que o psicólogo, em seu trabalho, além de auxiliar o paciente em sua construção, lhe dê o respectivo feedback (CABALLO, 2012).

4 AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS NA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Kolotkin et al. (2001) relatam que pessoas com obesidade apresentam diminuição na QV relacionada à saúde devido à mesma, resultando num impacto negativo tanto no funcionamento físico, quanto psicossocial, que estão diretamente relacionados ao grau da obesidade. Assim, segundo estes autores, com a perda de peso há uma melhora na QV relacionada à saúde, podendo esta perda ser pouca ou moderada, e, mais ainda, se a perda é de grande porte pode trazer benefícios por muitos anos a este indivíduo.

A Qualidade de Vida é uma construção multidimensional e subjetivo, o que traz complexidade na sua definição. A percepção da pessoa sobre a sua posição no contexto sociocultural, incluindo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, é importante aspecto na sua avaliação. Diretamente ligada ao bem-estar pessoal, abrange aspectos como estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida (LOPES ET AL., 2013). Portanto, a cirurgia bariátrica pode evoluir na qualidade de vida, pois facilita o movimento corporal, diminui os prejuízos psicossociais e de autoestima, evitando doenças crônicas e metabólicas (MELO, LEAL, 2007,2009).

A cirurgia bariátrica consegue diminuir a mortalidade, melhorar a expectativa de vida, melhora as patologias associadas à doença, diminuindo o risco de saúde e aumentando a qualidade de vida dos pacientes (CRUZ, ET AL., 2004).

Fatores ou condições que potencializam a melhor percepção de QV têm sido denominados mediadores de QV (HADDAD, ET AL., 2003). Entre estes, podem ser destacados o suporte social, vida saudável e o enfrentamento.

Segundo Cobb (1976), suporte social pode ser definido como a "*informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas*" (p. 300). Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) descreveram o apoio social como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do estresse e outros estímulos aversivos.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), mostraram que há evidências da relação positiva entre a disponibilidade de apoio social e melhora da saúde do paciente. A presença de suporte social prevê uma melhor adesão a comportamentos de saúde (prática de atividade física, alimentação saudável, redução de estresse), promovendo, assim, a melhora da saúde e da qualidade de vida desses pacientes.

Ramos (2016) destacaram que é habitual pacientes pós CB apresentarem entusiasmo em atributo das alterações que decorrem da cirurgia, como mudança no quadro emocional, aumento na qualidade de vida geral, e redução das morbidades apresentadas que levaram à indicação cirúrgica.

A cirurgia bariátrica mostra-se efetiva na redução das barreiras, principalmente, nas físicas e comportamentais, demonstrando que a redução da massa corporal possibilita redução também do cansaço, dores e limitações físicas relacionadas à condição de obesidade. Além do mais, parece auxiliar na melhora da imagem corporal e reduzir a falta de interesse na prática de atividades físicas. Porém, a adesão a prática de alguma atividade ainda é baixa (NAHAS, 2001).

Lopes, et al. (2013) afirmam que a capacidade aeróbica se apresenta diminuída no pré-operatório devido menor tolerância ao exercício que é influenciada pela obesidade. Antes da operação, os pacientes apresentam cansaço precoce, refletindo pobre desempenho cardiopulmonar devido ao peso excessivo e estilo de vida sedentário. Após ela, apresentam melhor desempenho quando submetidos ao teste ergométrico ao se analisar sua capacidade física em relação à distância percorrida, consumo de oxigênio e coeficiente metabólico. Há uma melhora significativa para todos os parâmetros analisados após a perda de peso.

Com a perda de peso melhora consequentemente a flexibilidade das articulações porque retira a sobrecarga articular que compromete os movimentos. Com isso, as pessoas passam a desenvolver as atividades físicas do cotidiano com mais praticidade (PATRÍCIO, 2004).

Apesar do aumento considerável da prática de atividade física após a cirurgia, observa-se que muitos pacientes não aderem a esse benefício, o qual estudos comprovam ser importantíssimo para a perda e a manutenção do peso. Além de atuar diretamente na melhora da

capacidade física, também opera na capacidade funcional e está relacionada a benefícios psicossociais. Por conseguinte, se ela não for bem direcionada e aplicada, verifica-se uma tendência a promover piora e até mesmo desencadear problemas futuros (JOBENO 2012).

A melhora na vivência da sexualidade é outro ponto destacado por Patrício (2011). Segundo os autores a obesidade gera a perda da libido e disfunção hormonal, além de causar transtornos na mente da pessoa. Muitas vezes os indivíduos obesos têm auto preconceito contribuindo para o desenvolvimento dos problemas relacionados à afetividade e intimidade nos relacionamentos.

A cirurgia bariátrica proporciona modificações positivas na função sexual de pessoas obesas, com aumento do desejo sexual, domínios da função erétil e orgasmo, refletindo na melhora da qualidade de vida sexual nos seis meses após o procedimento cirúrgico (ARAUJO, 2009).

A sexualidade é parte integrante da vida e do corpo, e sua imagem em especial ocupa um lugar central na vida do homem contemporâneo, na relação com o mundo e com seus pares. Para uma vida sexual saudável e satisfatória é importante que haja o aumento da autoestima por meio da auto aceitação, facilitando um ser aceito pelo outro. A reconstrução da imagem corporal, o bem-estar físico e psicológico acarretou para estas pessoas mais disposição física e emocional, além do resgate do convívio social, aumento do desejo, sensualidade e segurança frente ao parceiro (a) na vivência da sua sexualidade (CASTRO ET AL., 2010).

Além disso, com a perda de peso ocorre aumento da autoestima e influência positiva nas relações sociais. O motivo da obesidade pode fazer os indivíduos se isolar do convívio de outras pessoas por comentários não agradáveis que são feitos com relação ao corpo ou até pelo auto preconceito. Com a autoestima o indivíduo busca ter um melhor desempenho no trabalho, mais forças para vencer os desafios da vida e recuperar a saúde (MOLINER & RABUSKE, 2008).

Segundo Dâmaso (2001) revelaram que, após a cirurgia bariátrica, os pacientes estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar atividades básicas relacionadas ao sono, à locomoção, relações interpessoais e outras.

CORDÁS ET AL (2004) abordam a relação na melhora da qualidade de vida após a gastroplastia: que há uma melhora significativa tanto na saúde física quanto na psíquica e emocional, contribuindo para que o indivíduo volte ao convívio social e tenha um acesso melhor ao trabalho. Isto representa para muitos a chance de um recomeço de vida, em que possam ir a festas e passear, o que antes não faziam pelo constrangimento de serem obesos.

O fato também foi confirmado em um estudo feito por Ribeiro, (2003). Ao analisar as falas, os autores consideram aquelas como um processo de elaboração dinâmico, composto de contradições e imperfeições, e não como um processo acabado. Através delas foi possível captar as concepções e expectativas que os pacientes desenvolvem através de seus contextos e

significados. Elas foram apreendidas como entrelaçadas às experiências pessoais de cada sujeito nas suas vivências pessoais, sociais, profissionais e sexuais, o que significa a construção das características próprias de cada um.

Lopes et al. defendem a ideia de que o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar é o padrão-ouro para o tratamento eficaz de pessoas obesas e sucesso da bariátrica e na qualidade de vida. Segundo Felix (2009), afirmam que as informações obtidas no pré e pós-operatórias são fundamentais e têm como finalidade melhorar a qualidade de vida deste paciente, proporcionando-lhe um ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecendo dúvidas e receios, fornecendo informações e, incentivando-os a procurar a equipe multidisciplinar sempre que necessário para manter um estilo de vida saudável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mudança corresponde a uma reação social e a uma resposta emitida em forma de comportamento. Desta feita, a pessoa que perde peso, aumenta seu senso de valor próprio, se traça com maior propriedade, sente-se mais adequado, é percebido como objeto de desejo. O eixo obesidade – cirurgia – comportamento – psicologia, aspectos sociais, profissionais, sexuais e autoestima são processos interligados propiciando outro “eu” depois da cirurgia e o conseqüente emagrecimento; um “eu” mais verdadeiro que se enquadra ou deixa de ser refém dos ditames sociais, culturais e dependência emocional e/ou psicológica proporcionando uma melhor qualidade de vida.

A conscientização maior em tratar esses indivíduos de forma multidisciplinar, levando em conta as variáveis ambientais, psicológicas e fisiológicas, a fim de que se busque uma alternativa mais eficaz no seu combate. A família também é um dos agentes fundamentais no tratamento da obesidade, podendo colaborar ou dificultar o processo, porque é a partir dela que a criança terá o referencial de uma vida alimentar saudável ou não. Então se faz necessário alterar padrões do estilo de vida familiar como um todo, cuja contribuição dos pais passará a ser modelos a serem imitados.

A mudança de hábito alimentar é um processo contínuo; os esclarecimentos sobre alimentação e adaptação devem anteceder a cirurgia e ser construído de modo a alicerçar uma educação alimentar duradoura. É de suma importância à construção do processo emocional desse grupo, orientando e prevenindo as possíveis recaídas.

O sucesso da cirurgia decorre em “tratar a cabeça” antes do procedimento operatório no que diz respeito ao acompanhamento psicológico observando uma relação direta com o ganho

de peso. Há uma carência de publicações e nesse sentido novos estudos devem ser realizados sobre o retorno aos multiprofissionais e psicólogos no pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

É fundamental para garantir o sucesso da cirurgia, monitorando a evolução dos pacientes em relação à perda de peso, aspectos alimentares e psicológicos, adaptação ao novo estilo de vida, no sentido de promover um benefício permanente e saudável pela cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

- ABREU Rodrigues, M., & SEIDL, E. M. F. **A importância do apoio social em pacientes coronarianos.** Paidéia Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400016. Acessado em: 15 de abril de 2020.
- ALMEIDA, G. A. N.; GIAMPIETRO, H. B.; BELARMINO, L. B.; MORETTI, L. A.; MARCHINI, J. S.; CENEVIVA, R. **Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a Associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal.** Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, v. 24, n. 03, p. 226-231, 2011.
- 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=3-1e0738b913cd85dfc472f285ab65feb0.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017. Acessado em 20 de abril de 2020.
- ANJOS La. **Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física.** In: Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde.
- ARAÚJO AA, BRITO AM, FERREIRA MNL, PETRIBÚ K, MARIANO MHA. **Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella.** Rev Col Bras Cir. 2009;36(1):42-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912014000600412&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: 16 de abril de 2020.
- APPOLINARIO Jc. **Transtornos alimentares.** Ed. Medsi. Rio de Janeiro, RJ 2000.
- BERNARDI F, CICHELERO C, VITLO MR. **Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade.** Rev. de Nutrição. V.18, n.1, p.85-93, 2002.
- BECK, Judith. **Terapia Cognitivo Comportamental - Teoria e Prática** – Trad: Sandra da Rosa. 2ª Ed. Editora: Artmed, Porto Alegre, 2013.
- CABALLO, V. E. **Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde.** São Paulo: Santos, 2012.
- CASTRO Mr, CARVALHO Rs, FERREIRA Vn, FERREIRA Mec. **Função e imagem corporal: uma análise a partir dos discursos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.** Rev Bras. Ciênc Esporte, 2010; 32 (2-4): 167-83.

CAPITÃO, C. G; TELLO, R. R. **Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas**. *Psicologia Hospitalar*, v. 2, n. 2, 2002.

COBB, S. **Social support as a moderator of life stress**. *Psychosomatic Medicine*, 38(5),300-314.1976 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400016. Acessado em 22 de maio 2020.

COHEN, S., UNDERWOOD, L. G., & GOTTLIEB, H. B. **Social support measurement and intervention**. New York: Oxford University Press.2000

CORDÁS, T.A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. **Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso**. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. v. 48, n. 4, p.564-571, ago., 2004.

CRUZ, M.R.R.; MORIMOTO, I.M.I. **Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultado de um protocolo diferenciado**. *Rev. de Nutrição*. V.17, n.2, p.263-272, 2004.

DÂMASO, A. **Obesidade**. Ed. Medsi. Rio de Janeiro, RJ,2003 Santa Catarina; 2001. p. 33-4.

DE SOUSA, Kelyane Oliveira; JOHANN, Rejane Lucia Veiga Oliveira. **Cirurgia bariátrica e qualidade de vida**. *Psicologia Argumento*, v. 32, n. 79, 2017.

DOBSON, D. e K. S. DOBSON. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Ed: Artmed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010.

DUCHESME, M., APPOLINÁRIO, J. C., RANGÉ, B. P., FREITAS, S., PAPELBAUM, M., & COUTINHO, W. (2007). **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1),80-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>. Acessado em 13 de maio de 2020.

FELIX, Lidiany Galdino, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da, SOARES, Maria Júlia Guimarães de Oliveira. **Protocolo de Assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Campina Grande, jan/fev 2012.

FERREIRA, FR. **A produção dos sentidos sobre a imagem do corpo**. *Interface Comum Saúde Educ*, 2008; 12 (26): 471-83.

FLORES, C. A. **Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais**. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, v. 27, n. 01, p. 59-62, 2014.

FRANÇA, Michele. **A obesidade é problema de saúde pública**. 1999, Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20466:a-obesidade-e-problema-de-saude-publica&catid=46>. Acesso em:13 de novembro de 2019.

GALVÃO-NETO, M. P.; GRECCO, E.; SOUZA, T. F.; QUADROS, L. G.; SILVA, L. B.; CAMPOS, J. M. **Gastroplastia vertical endoscópica: terapêutica minimamente invasiva para tratamento primário da obesidade**. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, v. 29, n. 01, p. 95-97, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4.Ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 42.

GRAVE, R. D., CUZZOLARO, M., CALUGI, S., TOMASI, F., TEMPERILLI, F., & MARCHESINI, G. **The effect of obesity management on body image in patients seeking treatments at Medical Centers.** *Obesity Research*, 15, 2320-2327. 2007.

GREENBERG, I. ET AL. **Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients.** *Obesity Research*, v. 12, n. 11, p. 244-249, 2005.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço, et al. **Qualidade de vida após gastroplastia.** *Ciência, Cuidado e Saúde* 2.1, 2003. 37-044.

JOSBENO DA, JAKICIC JM, HERGENROEDER A. **Physical activity and physical function changes in obese individuals after gastric bypass surgery.** *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6(4):361-6.

KOLOTKIN, R. L, METER, K, ET AL. **Quality of life end obesity.** *Obesity Reviews*, Ed. 2, P. 219-229, 2001.

LANGARO, F.; VIEIRA, A. P. K.; POGGERE, L. C.; TRENTINI, C. M. **Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica.** *Avaliação Psicológica*, v. 10, n. 01, p. 71-79, 2011.

LEAL, Cristiano. MELO, N. **O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida.** *Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, 29 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

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. 38, n. 1, dez. 2013. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1129>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

LUZ, F. Q., & OLIVEIRA, M. S. **Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão da literatura.** Ed: Aletheia, 40,159-173. 2013.

MAGDALENO Júnior, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. **Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 01, p. 73-78, 2009.

MENDONÇA, CP. ANJOS, L. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** *Cad Saude Publica*; 20(3):698-709.2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida.** *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* 2008; III (5). Disponível em: <http://200.214.130.94/rebrats/publicações/Brats05.pdf>. Acesso em 18 agos. 2019.

MOLINER J, RABUSKE MM. **Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica.** *Psicol Teor Prat.* 2008; 10 (2): 44-60.

NAHAS, M. **Atividade física saúde e qualidade de vida: conceitos e questões para um estilo de vida ativo.** Ed. 2. 2001.

NAKAMURA, E. (2004) **Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares**. In: Busse S. de R., (org). Anorexia, bulimia, obesidade. Barueri: Editora Manole; 2004. pp. 12-29.

NUNES, R. M. (2013). **Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC)**. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora - Instituto de Ciências Biológicas.

OLIVEIRA, J. H. A. de. (2006). **Aspectos psicológicos de obesos graus III antes e depois da cirurgia bariátrica**, Tese de doutorado, Campinas, SP.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O.; SILVA, M. C. M.; et al. **Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 03, p. 570-582, mar. 2009.

PATRÍCIO, ZM. **O processo ético e estético de pesquisar: um movimento qualitativo transformando conhecimentos e a qualidade de vida individual-coletiva**. Florianópolis: UFSC; 2004.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de e CORSO, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Rev. Nutr. [online]. 2004, vol.17, n.4 [citado 2020-06-21], pp.523-533. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1678-9865. Acessado em 01 de junho de 2020.

PRUZINSKY, T., E CASH, T. F. **Integrative themes, body images development, deviance, and change**. Nova York, 1990; The Guilford Press, 337-349.

RAMOS, Almino Cardoso. **Cirurgia Bariátrica: a situação atual do Brasil**. 2016. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil> >. Acesso em :13 de novembro de 2019.

RIBEIRO VLP. **Obesidade e função sexual**.2013 [Internet]. Acesso em: 20 fev 2020. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>

SANTANA, Janilson Teixeira de et al. **A importância do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. 2017.

SEBASTIANI, Ricardo; MAIA, Eulália. **Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502005000700010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2020.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). [acessado 2019 set 1]. Disponível em: <http://www.sbc.org.br>. Acesso 1 set. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA (SBCB). **Psicologia na cirurgia bariátrica**. 2016. Disponível em: < <http://www.sbc.org.br/wordpress/multidisciplinar-coesas/equipemultidisciplinar/psicologia/>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SCHTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

THOMPSON, J. K., & SITCE, E. **Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology**. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181-183, 2001.

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós cirúrgico

Paracatu MG

2020

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós cirúrgico

Monografia apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Paracatu

2020

ANNE CAROLINE LOPES SOUZA

CIRURGIA BARIÁTRICA: intervenções psicológicas no processo emocional de pacientes no pré e pós cirúrgico

Monografia apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, _____ de _____ de 2020.

Prof.(a) Msc. Ana Cecília Faria
Centro Universitário Uniatenas

Prof.(a) Msc. Viviam de Oliveira Silva
Centro Universitário Uniatenas

Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos
Centro Universitário Uniatenas

Dedico este trabalho a Deus, pois
somente ele é digno de todo louvor, honra e glória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido concluir este sonho.

Agradeço também à minha mãe e meu pai, para que eles possam se orgulhar de ver sua filha, concluir o curso de psicologia, e se tornar uma psicóloga

Agradeço ao meu namorado, pelo apoio, força, amor, carinho, e muita paciência nesses anos de faculdade, por ter acreditado em mim, e por ter despertado o melhor de mim, agradeço, por ter me apoiado quando mais precisei. Obrigada pelos seus conselhos sábios, no qual eu tenho aprendido muito.

Agradeço também aos meus professores pela contribuição e ensinamentos para realização desse curso; ensinamentos repassados nesse período de cinco anos acadêmicos de psicologia, no qual, aprendi, mudei e me tornei uma nova mulher.

“Quem olha para fora, sonha. Quem
olha para dentro, acorda.”

— Carl G. Jung

RESUMO

A cirurgia bariátrica (CB) é um procedimento cada vez mais indicado como forma de tratamento para a obesidade mórbida, sendo um procedimento que exige alto nível de comprometimento do paciente, tanto no pré, quanto no pós-operatório, gerando impactos na vida de quem se submete ao procedimento. Realizada a cirurgia, é necessário adequar-se a um novo estilo de vida e à realização de acompanhamento com equipe multidisciplinar. Dentro desse contexto, desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objetivo geral compreender os motivos que geram impactos emocionais no pré e pós da cirurgia bariátrica. Os objetivos específicos foram: conhecer os fatores que contribuem para a decisão da pessoa de realizar a cirurgia bariátrica; apresentar os benefícios do acompanhamento psicológico no pré e pós cirúrgico, apresentar avanços na qualidade de vida de pessoas que passaram na realização da cirurgia bariátrica. Dentro dessa revisão de literatura abordada acontece, a decisão para chegar à cirurgia bariátrica após inúmeras tentativas não invasivas de emagrecimento, que não proporcionaram os resultados esperados. Em virtude da obesidade, os pacientes sofriam de inúmeros problemas, envolvendo questões de saúde, problemas relacionados à autoestima e disposição para as atividades da vida diária; além de problemas relacionados ao dia a dia. Passada a cirurgia, os pacientes demonstraram satisfação com a realização do procedimento por terem suas expectativas alcançadas, como redução do peso, controle das morbidades e melhora da autoestima. Mesmo com a satisfação, essas pessoas que foram submetidas a cirurgia bariátrica reconhecem que houve dificuldades no processo, relacionadas ao pós-cirúrgico imediato, e à necessidade de permanecer em estado de alerta contínuo. Por fim, as pessoas que submeteram a esse processo destacaram a importância do papel do psicólogo no processo de cirurgia bariátrica. Apontaram que o acompanhamento é importante, e que, com a evolução do processo, percebendo-se o quanto o acompanhamento psicológico é positivo para a compreensão da cirurgia, as dificuldades que serão enfrentadas e a necessidade de vigilância permanente para que as mudanças sejam definitivas.

Palavras-chave: Obesidade. Comportamento. Cirurgia bariátrica. Psicologia. Emagrecimento.

ABSTRACT

Bariatric surgery (CB) is a procedure increasingly indicated as a form of treatment for morbid obesity, being a procedure that requires a high level of patient involvement, both before and after surgery, generating impacts on the life of those who undergo the procedure. After surgery, it is necessary to adapt to a new lifestyle and to follow-up with a multidisciplinary team. Within this context, this research was developed, which had as general objective to understand the reasons that generate emotional impacts in the pre and post of bariatric surgery. The specific objectives were: to know the factors that contribute to the decision of the person to perform bariatric surgery; to present the benefits of psychological follow-up in the pre and post-surgical period, to present advances in the quality of life of people who have undergone bariatric surgery. Within this literature review, the decision to reach bariatric surgery after numerous noninvasive attempts at weight loss, which did not provide the expected results, was decided. Due to obesity, patients suffered from numerous problems, involving health issues, problems related to self-esteem and willingness to activities of daily living; In addition to problems related to daily life, after surgery, patients showed satisfaction with performing the procedure because they had their expectations achieved, such as weight reduction, morbidity control and improved self-esteem. Even with satisfaction, these people who underwent bariatric surgery recognize that there were difficulties in the process, related to immediate post-surgery, and the need to remain in a state of continuous alertness. Finally, the people who submitted to this process highlighted the importance of the psychologist's role in the bariatric surgery process. They pointed out that follow-up is important, and that, with the evolution of the process, realizing how positive psychological follow-up is for understanding the surgery, the difficulties that will be faced and the need for permanent vigilance so that the changes are definitive.

Palavras-chave: Obesity. Behavior. Bariatric surgery. Psychology. Slimming.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CB	Cirurgia Bariátrica
CFM	Conselho Federal de Medicina
DM	Diabetes Melittus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	10
1.2 HIPÓTESE	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	11
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	12
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 OBESIDADE	13
2.1 CIRURGIA BARIÁTRICA	14
2.2 PROBLEMAS QUE LEVARAM A PESSOA PARA A DECISÃO CIRÚRGICA	15
3 BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS PELO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	19
4 AVANÇOS NA QUALIDADE DAS PESSOAS NA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Segundo França (1999), a obesidade é considerada uma doença de domínio crescente e representa, atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública mundial em razão dos riscos associados, retratando causas de ameaça para algumas patologias, consideradas complexas, como trombose, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, entre outras. Ela apresenta enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e sendo assim estudada uma das graves questões de saúde populacional da contemporaneidade.

A obesidade é estabelecida por explicações diversas e complexas que se relaciona ao transtorno alimentício. A obesidade mórbida, é identificada quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) ultrapassa 40 kg/m. Essa alteração envolve aspectos resistente à vida, pois está relacionada à baixa da expectativa de vida e diminuição do bem-estar. De forma geral, a obesidade mórbida, pode gerar dificuldades emocionais, como depressão, ansiedade, transtorno de compulsão alimentar, bulimia, associasse ao preconceito e estigma sociais. (FRANÇA, 1999).

Na demanda de resultado bem-sucedidos, o paciente realiza diversos tratamentos: dietas nutricionais, reeducação alimentar, aumento das atividades físicas, além da modificação de comportamento e o bem-estar. Mas, quando esses projetos não alcançam o sucesso desejado, o método cirúrgico representa um meio mais eficaz e rápido para o resultado sendo considerado o único resultado. (RAMOS, 2016).

Os principais propósito da gastroplastia é a redução de doenças no geral e o restabelecimento do bem-estar para o paciente, podendo, também, com esse método cirúrgico, resgatar outros pontos que foram agravados devido a alteração, como, a reabilitação da autoestima, inclusão social entre outros (HADDAD, 2003).

As restrições corporais causadas pela obesidade mórbida reduzirão com a nova adaptação de vida e essa nova experiência, através dessa nova situação, modificações ativas quanto à imagem corporal e hábitos, visto que o paciente passa por alguns ajustamentos relacionados a nova ingestão alimentícia e questionamentos acerca da cirurgia. A redução sucessiva da perda corporal gera uma nova identificação física, o que estimula alguns processos psicológicos, como aumento da autoestima, proporcionando uma importante melhoria nos seus pontos sociais e psicológicos (ANJOS, 2006).

1.1 PROBLEMA

Qual a importância da intervenção psicológica no pré e pós cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica?

1.2 HIPÓTESE

A intervenção psicológica nos processos pré e pós cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica é essencial para o equilíbrio emocional e consequente melhoria da qualidade de vida. Seu comprometimento é essencial com o procedimento pós-operatório e com a equipe é fundamental; a importância de uma rede de apoio familiar para o grau de satisfação final e expor uma percepção das melhorias na saúde em diferentes aspectos gerais da obesidade, físicos, sociais, familiares e interacionais, assim como aspectos relacionado com a autonomia/independência psicológicas, afetivos e autoestima em pacientes obesos sujeitados ao procedimento bariátrico frente às situações pré e pós cirúrgico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir os motivos que geram impactos emocionais no pré e pós da cirurgia bariátrica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- d) Conhecer os fatores que contribuem para a decisão da pessoa de realizar a cirurgia bariátrica;
- e) Apresentar os benefícios do acompanhamento psicológico no pré e pós cirúrgico;
- f) Apresentar avanços na qualidade de vida de pessoas que passaram na realização da cirurgia bariátrica.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O exposto trabalho apresenta a frequência dos obstáculos enfrentados em pacientes obesos. Pacientes, após passar por um processo cirúrgico desenvolve-se fases da reconstrução emocional.

Uma das primeiras fases é a alimentação, pelo o fato que os pacientes não conseguirem lidar com novos hábitos alimentares e o comportamento de frustração. A segunda fase a estrutura descentralizada, na qual, por faltar uma capacidade estimativa, o paciente não consegue dominar-se frente ao desafio de permanecer com peso controlado; e, finalmente, a influência da qualidade de vida com pacientes que se identifica em processo de adaptação (DOBSON, 2010).

Estabelece-se o benefício da intervenção psicológica pode ser essencial para que se proponham manejos de condutas psicoterápicos no pré e pós-operatório. Avaliando e estimulando paciente a compreensão do processo cirúrgico e as mudanças de estilo de vida exigidas tanto no pré e pós cirúrgico (SEBASTIANI E MAIA, 2005).

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Esse projeto foi desenvolvido como base em uma pesquisa descritiva explicativa, favorecendo ao leitor uma ampla compreensão sobre o tema abordado, com o intuito de tornar o texto o mais claro e explicativo possível. Segundo Gil (2002), a metodologia explicativa se justifica por trazer ao seu favor uma abordagem dedutiva, bem aprofundada no tema, com um procedimento simples, objetivo e direto.

Por fim, foi utilizada uma pesquisa bibliográfica baseado em diversos tipos de referências como: dissertação, artigos, pesquisas bibliográficas, revistas, onde foi utilizado o método qualitativo para realização do mesmo.

As pesquisas descritivas de acordo com Gil (2002) têm como objetivo principal a descrição das características de determinado tema. Então, o estabelecimento de relações entre variáveis, usufruindo de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo explana acerca da introdução com a contextualização do estudo; formulação do problema de pesquisa; as proposições do estudo; os objetivos geral e específico; as justificativas, relevância e contribuições da proposta de estudo; a metodologia do estudo, bem como definição estrutural da monografia.

No segundo capítulo, trata-se de uma abordagem geral do que leva a pessoa a tomar a decisão para realizarem o procedimento da cirurgia bariátrica.

No terceiro capítulo, visa o acompanhamento psicológico no percurso da cirurgia bariátrica, beneficiamento.

No quarto capítulo, será abordado os principais avanços na qualidade de vida de pessoas que realizaram o processo da cirurgia bariátrica.

2 OBESIDADE

A obesidade pode ser definida, de forma simplificada, como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta danos à saúde com perda importante não só na qualidade como na quantidade de vida (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A obesidade é um problema contemporâneo, visto com grande preocupação, mas também com muito preconceito, exclusão e rejeição. Evidências crescentes sugerem que a obesidade não é um problema simples, isolado, mas uma desordem complexa que envolve controle de apetite e do metabolismo energético, e está associada a várias condições de morbidades (DÂMASO, 2003).

Segundo Varella (2009) existe um crescimento de obesidade no Brasil e no mundo, já que do ponto de vista técnico os índices de obesidade na população enquadram-se no conceito de doença epidêmica.

De fato, segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, o excesso de peso e a obesidade aumentaram ultimamente. De acordo com a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2011), o número de pessoas com sobrepeso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2015 existam no mundo 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos (MARTINI, et al., 2009).

O indicador mais utilizado para o diagnóstico de obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), o IMC é considerado os 14 métodos antropométrico mais simples para classificar sobrepeso e obesidade em adultos e tem sido amplamente utilizado como ferramenta útil em comparações internacionais, em saúde pública e clínica, que levaram em consideração a associação entre o IMC e as taxas de morbidade e de mortalidade.

O IMC é o valor obtido pela divisão do peso (kg) pela altura (m) ao quadrado. Indivíduos com IMC acima de 30kg/m² são considerados obesos e quanto maior for este valor, maior será seu risco para outras complicações, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, distúrbios osteomusculares, entre outras (HADDAD, MARCON, 2011). Dessa forma, a importância epidemiológica da obesidade é sinalizada não somente enquanto doença por si só, mas também por causa dos riscos para surgimento de outras doenças, que aumenta diretamente com o grau do sobrepeso, como mostra a seguir no quadro 1 (PINHEIRO ET AL., 2009).

Quadro 1 - Classificação do IMC para indivíduos >18 anos

Valores de IMC	Classificação
< 16 kg/m ²	Magreza grau III
16 – 16,9 kg/m ²	Magreza grau II
17 – 18,4 kg/m ²	Magreza grau I
18,5 - 24,9 Kg/m ²	Eutrofia
25 – 29,9 kg/m ²	Sobrepeso ou Pré obesidade
30 – 34,9 kg/m ²	Obesidade grau I
35 – 39,9 kg/m ²	Obesidade grau II
≥40 kg/m ²	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1998).

2.1 CIRURGIA BARIATRICA

A cirurgia bariátrica (CB) tem sido uma opção bastante difundida na luta contra à obesidade grau III, por ser considerado método bastante eficiente (ALMEIDA ET AL., 2011). Contudo, é um recurso usado após outros métodos mais conservadores não terem proporcionado os efeitos desejados (LANGARO ET AL., 2011).

A CB corresponde a uma cirurgia para redução do tamanho do estômago, cuja finalidade é proporcionar a diminuição do peso. É considerada muito invasiva, pois os riscos cirúrgicos são elevados, podendo chegar à morte (AMORIM ET AL., 2016). A recomendação a esse procedimento aconteceu em 1991, durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health. Deveria ser aplicada a pacientes bem informados, com obesidade grau III, motivado, com riscos operatórios em níveis aceitáveis ou para indivíduo com obesidade grau II associada a morbidades (MAGDALENO ET AL., 2009).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), existem cinco tipos de CB, sendo elas: (1) banda gástrica ajustável; (2) gastrectomia vertical; (3) bypass gástrico; (4) derivação biliopancreática ou cirurgia de Scopinaro; (5) derivação biliopancreática com Duodenal Swtch (GALVÃO NETO ET AL., 2016).

Flores (2014) aponta que a CB tem sido considerada meio efetivo para o combate à obesidade mórbida em longo prazo, promovendo benefícios que são mais amplos do que a redução de peso significativa e prolongada, mas também combatendo as morbidades associadas à obesidade, remissão de transtornos psiquiátricos e melhoria da qualidade de vida geral.

Dados apontam que o número de CB no Brasil aumentou significativamente, passando de 16 mil em 2003, para 60 mil em 2010. Em 2016, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB, 2016) apontou que foram realizados 100 mil procedimentos desses no país. Ainda Segundo a SBCB, o Brasil é o segundo país no mundo em número de CB. As mulheres representam 76% do total de pacientes submetidas a esse procedimento.

Candidatos à CB devem atender a uma série de requisitos. É necessário que seu IMC seja superior a 40 kg/m², ou acima de 35 kg/m² para casos em que há morbidades associadas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), apneia, doença cardíaca e osteoartrite (FLORES, 2014).

Ainda segundo Flores (2014) e Langaro et al. (2011), esses candidatos devem ser submetidos a uma avaliação psicológica no período pré-operatório, realizada por psiquiatra ou psicólogo da equipe multidisciplinar que atenda o paciente. Além da aptidão psicológica para o procedimento, o paciente não pode sofrer de psicopatias graves, usar drogas ou álcool, pois essas são condições preditoras de mau prognóstico.

Mesmo estando apto ao processo cirúrgico, Galvão Neto et al. (2016) destacam que somente 1% dos pacientes candidatas à CB realmente realizam a cirurgia. As principais razões para a não ocorrência da cirurgia são: os altos custos, acesso limitado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); escolha do paciente ao final da preparação e riscos associados.

2.2 PROBLEMAS QUE LEVARAM A PESSOA PARA A DECISÃO CIRÚRGICA

Pessoas obesas vivenciam inúmeros problemas práticos do dia-a-dia. Em uma sociedade voltada para o corpo magro e medidas consideradas normais, pessoas que sofrem com a obesidade enfrentam constrangimentos e dificuldades como encontrar roupas e sapatos adequados, sentem insegurança para se sentar, já que as mobílias costumam ser projetadas para um peso corporal menor (OLIVEIRA ET AL., 2009). Essas dificuldades influenciam na piora da percepção corporal e redução da autoestima dessas pessoas.

A decisão da pessoa pela cirurgia bariátrica é permeada por expectativas relacionadas à mudança de vida que busca a partir da submissão a este procedimento. Neste contexto, a cirurgia tem como principal objetivo conferir à pessoa obesa uma melhor condição de saúde e, conseqüentemente, melhoria na sua qualidade de vida (CASTRO ET AL., 2010).

A aparência física exerce forte influência na vida de um ser humano, referindo-se as percepções, aos pensamentos e sentimentos sobre o corpo e suas experiências que passa através de sentimentos individuais (PRUZINSKY E CASH, 1990).

Esse padrão de beleza impostos como ideal, pode afetar negativamente a visão corporal de um indivíduo, em especial, aquelas que apresentam obesidade (APOLINÁRIO, 2000).

Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo. Dessa forma, acredita-se ainda, de uma maneira geral, que não se sentir fisicamente atraente possa ser um fator de risco para doenças psíquicas de um modo geral, entretanto, apresentar uma boa aparência pode não significar ter uma imagem corporal positiva, pois a imagem corporal é, na verdade, uma experiência subjetiva, resultante das interações do indivíduo com o seu meio (LARGARO, ET AL., 2011).

Greenberg, et al (2005), relatam as características desses pacientes obesos que levam a tomada de decisão, a alta incidência de depressão, autoimagem negativa, transtornos alimentares e baixa qualidade de vida entre pacientes com obesidade severa. Além disso, os dados apontam a presença de transtornos de personalidade e os pacientes experimentam altos índices de stress no trabalho e nas relações sociais e íntimas.

O comer compulsivo pode estar ligado a outros transtornos psiquiátricos que possuem uma maior incidência na população obesa (BERNARDI, ET AL., 2002), sendo os mais frequentes a ansiedade e a depressão. No caso da ansiedade, o ato de comer é justificado pelos obesos como um modo de diminuir essa ansiedade, levando a um ganho de peso proporcional à frequência de ocorrência de episódios de ansiedade (CAPITÃO E TELLO, 2002).

Os comportamentos direcionados para o objetivo de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza impostos como ideal podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal, especialmente nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade (APPOLINÁRIO, 2000).

A comparação realizada entre o IMC real e o peso corporal idealizado pode gerar ou intensificar sintomas de depressão (LOPES, ET AL., 2013). A insatisfação corporal afeta negativamente o tratamento clínico da obesidade influenciando o comportamento, o bem-estar mental e a qualidade de vida. Além disso, a insatisfação corporal é um importante fator motivador para se engajar em comportamentos que levem a uma redução do peso corporal (GRAVE, ET AL., 2007).

Segundo Thompson, et.al (1999), a padronização do termo imagem corporal integra diferentes componentes, tais como: satisfação com o peso, satisfação com o corpo, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal.

A maioria das pessoas obesas busca o emagrecimento a partir de tratamentos convencionais como dietas, atividade física e medicamentos. No entanto, quando não respondem

a essas manobras, decidem-se pela cirurgia bariátrica. Ao avaliar a sua convivência com a obesidade, a pessoa considera valer a pena correr o risco eminente de um procedimento cirúrgico, transcendendo o medo e decidindo-se pela gastroplastia (CASTRO ET AL., 2010).

Para as mulheres existe uma forte tendência cultural em acreditar que o corpo magro é o passaporte para a aceitação social, enquanto que para os homens a tendência é demonstrar um corpo forte e volumoso que se associa à força e poder (ARAUJO, 2009).

A aflição relacionada ao peso geralmente acarreta em uma imagem corporal negativa e advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. Além da questão estética, algumas mulheres já apresentavam problemas de ordem conjugal e já não se interessavam em dar continuidade ao relacionamento. Assim, a obesidade deve ser vista como uma situação complexa que envolve o estado físico e emocional das pessoas, e sua resolução, por meio do tratamento operatório, deve levar em conta outras dimensões do viver, incluindo as dificuldades e as limitações psíquicas de cada paciente. (NAHAS, 2001).

Os estigmas e preconceitos atribuídos à aparência física da pessoa obesa são revelados por meio de olhares, insultos e agressões que constroem. Em uma sociedade que valoriza extremamente a aparência corporal, é natural que determinado aspecto físico, que fomenta a discriminação e causa sofrimento, seja algo que motive o indivíduo a buscar uma solução (MAGDALENO 2008).

Embora algumas pessoas possam ser motivadas a perder peso para melhorar sua saúde, a maioria das pessoas buscam fazê-la para melhorar a aparência física. Mesmo entre pessoas extremamente obesas procuram a Cirurgia Bariátrica, o principal motivador para perda de peso é a melhora da aparência. Para muitos adultos com sobrepesos e obesidade, a redução do peso pode ser a melhor terapia para a melhora da autoestima e imagem corporal. (MARCHINI, ET AL., 2011).

O sofrimento psicológico vivenciado com o preconceito e a exclusão, presente entre os obesos, prejudica a saúde mental dessas pessoas, estimulando o interesse pela cirurgia bariátrica (OLIVEIRA 2009).

De acordo com Oliveira (2009), indivíduos obesos que buscam o tratamento cirúrgico para perda de peso geralmente são mais preocupados com a imagem corporal do que obesos que estão em tratamento. Nesse sentido, quanto mais próximo de uma realidade existencial, mais a imagem corporal se torna estruturada e alicerçada na vivência concreta do corpo (TAVARES, 2003).

A pessoa fundamenta a decisão pela cirurgia na inadequação dos seus hábitos alimentares, na aparência física incompatível com a padronizada pela sociedade, no preconceito social vivenciado, nas limitações impostas pela obesidade e no insucesso das tentativas prévias de

emagrecimento. Diante da decisão pela cirurgia tem como expectativas resgatar sua saúde, incluir-se socialmente e inserir-se no mercado de trabalho (CASTRO ET AL 2010).

Segundo Moliner (2008), a decisão pela gastroplastia remete a uma conduta projetada pela pessoa, a qual está alinhavada à realidade social em que vive, em especial sobre o seu corpo circunscrito nesta realidade. A submissão ao ato cirúrgico configura-se como uma possibilidade do emagrecimento desejado e do abandono do corpo obeso, vivenciado no momento presente. (SCHUTZ 2008) analisa que o sujeito, ao projetar a ação, antecipa o ato como se tivesse sido cumprido, sendo que as possibilidades de realizá-lo estão diretamente ligadas aos elementos do tempo presente.

Desse modo, a cirurgia bariátrica é vista por aqueles que serão submetidos como um caminho de diversas possibilidades. A partir do alcance do peso desejado, as pessoas vislumbram reinserir-se socialmente, obter um emprego, recuperar a liberdade e a independência perdidas devido à obesidade (MAGDALENO 2008).

A compreensão do processo de tomada de decisão da pessoa obesa pela cirurgia bariátrica aponta para aspectos importantes. Estes aspectos se situam inicialmente na trajetória de vida do indivíduo com o corpo obeso, configurando-se como a motivação existencial para a ação de decidir-se pela cirurgia (FERREIRA 2008).

3 BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS PELO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICOS NO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica representa o início de uma etapa de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

A realização da CB exige uma mudança comportamental no indivíduo, que proporcione os efeitos desejados. Entretanto, alcançar essas mudanças não é tarefa fácil, já que envolve alterações no curto, médio e longo prazo, relacionadas ao acompanhamento médico, nutricional e psicológico, além de alteração no estilo alimentar (LEAL; BALDIN, 2007).

Sebastini e Maia (2005) concordam que, a atuação do psicólogo é essencial na percepção de reorganizar a compreensão do paciente com o mundo, ou seja, a adaptação à nova imagem corporal, construída pela intervenção cirúrgica, visto que essa imagem corporal representa a consciência de si próprio. A reestruturação positiva desta nova imagem é necessária para a reconstrução do autoconceito.

É necessário que o psicólogo avalie as crenças que o paciente tem a respeito da cirurgia bariátrica, os motivos e expectativas que apresenta. A compreensão de objetivos realistas de perda de peso e de mudanças na rotina é fundamental nesse processo (LUZ, 2013).

Com relação aos aspectos comportamentais, é preciso que seja trabalhada no pré-operatório a readaptação de rotinas. O paciente deve estar preparado para que sua rotina diária se modifique, eternamente (NUNES, 2013).

Assim, o desempenho de um bom acompanhamento psicológico no pré-operatório influencia enormemente nas reações do paciente no pré, durante a cirurgia e pós-operatório. Existindo relações entre o estado emocional da paciente nessas três fases da cirurgia (SEBASTIANI E MAIA, 2005).

O acompanhamento psicológico faz-se importante, uma vez que a cirurgia bariátrica não será solução, se as causas que desenvolvem a obesidade não forem tratadas, podendo o problema migrar para outras opções. Dentro desse ponto, o laudo psicológico pode deter a cirurgia e apresentar um trabalho psicoterápico (CABALLO, 2012).

De acordo com Flores (2014), a avaliação psicológica pré-CB é diferente de uma avaliação psicológica tradicional. Ela envolve diagnosticar o comportamento, sintomas psiquiátricos, compreensão sobre o procedimento, comportamento alimentar, estresse, presença de ambiente estável e apoiador, além de expectativas e razões que levaram à decisão pela CB. Essa investigação tem caráter único e objetiva conhecer a capacidade de ajustamento ao paciente à realidade pós-CB.

O sucesso da CB é atribuído não apenas à cirurgia em si, mas a condições relacionadas como a aderência do paciente à dieta pós-cirúrgica e suas características psicológicas, diagnosticadas na avaliação pré-cirúrgica (OLIVEIRA et al., 2012).

O tratamento psicoterápico após a cirurgia bariátrica objetiva dar suporte ao paciente na reestruturação de sua vida e prevenir que comportamentos inapropriados reapareçam novamente (DUCHESNE ET AL., 2007).

Atualmente, a imagem corporal é estudada por uma equipe multidisciplinar (médico, psiquiatra, educador físico e etc.), destacando-se a importância do papel do psicólogo e nutricionista na abordagem do tema. A psicologia trabalha sob enfoque cognitivo-comportamental, contribuindo para melhoria da imagem corporal positiva em pacientes obesos à medida que promove a reestruturação de distorções cognitivas a respeito da imagem corporal, já que esta é formada a partir das experiências dos indivíduos as quais contribuíram para a construção de sua maneira de pensar, sentir e agir (TAVARES, 2003).

A TCC (terapia cognitivo comportamental) foca a essencial relação existente entre pensamentos, comportamentos e emoções. A cognição atua como mediadora da relação do sujeito

com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão de comportamentos e emoções (CABALLO, 2012).

É uma abordagem diretiva, orientada para uma determinada situação-problema. No manejo da obesidade fundamenta-se em três pontos principais: o tratamento necessita auxiliar o paciente a aceitar e avaliar a perda de peso; deve-se ensinar o paciente estratégias cognitivo-comportamentais para o controle adequado de seu peso; deve-se incentivar o paciente a adotar como meta a estabilidade do peso. Além disso, pressupõe sessões de manutenção, em que diferentes técnicas são aplicadas (NUNES, 2013).

As intervenções cognitivo-comportamentais incluem as seguintes técnicas: auto monitoração; reestruturação cognitiva; controle de estímulos; técnicas de reforço; programas de suporte social; resolução de problemas; prevenção de recaídas (DOBSON, 2010).

A abordagem cognitivo-comportamental considera que, “a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade, influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam” (BECK, 2013). Tem-se que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da sua vida, e com base nessas atribuições, constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade (BECK, 2013).

Sob a ótica da teoria cognitivo-comportamental, as alterações de pensamento em relação ao peso influenciam as emoções e os comportamentos. Eles dominam diretamente na autoimagem da paciente, instalando-se positivo ou negativamente. Trabalhar com a valorização pessoal e social, a alimentação e questões acerca do peso é a meta da teoria cognitivo-comportamental voltada ao tratamento da obesidade (CABALLO, 2012).

O pós-operatório é a fase mais crítica de todo o processo envolvendo a cirurgia bariátrica. A terapia auxilia o paciente em seu auto reconhecimento e na construção de sua imagem, de seu próprio corpo. Após a perda de peso, é frequente o aparecimento de pele excessiva, o que tem grande impacto na imagem corporal e no autoconceito do paciente, comprometendo, em grande medida, a qualidade de vida e o funcionamento psicológico, podendo estar associado a sentimentos de vergonha e isolamento (CABALLO, 2012).

Para isso, o psicólogo deve possibilitar o paciente um envolvimento com a construção de sua identidade, conhecendo-a e compreendendo-a durante todo o processo de emagrecimento (NUNES, 2013).

Nesse momento pós-cirúrgico, a determinação e a construção das novas crenças do paciente são importantes. Quando a perda de peso começa a se estabilizar, o paciente deixa de receber elogios para o aumento da autoestima, devendo ser motivada a ter equilíbrio no peso, podendo ocorrer novo ganho de massa corpórea. O trabalho do psicólogo, nesse processo, vem como forma de auxiliar o paciente a não transferir sua compulsão alimentar para outra área (álcool,

drogas, compras, sexo, etc.), bem como não se tornar outro transtorno alimentar pelo receio de engordar (anorexia nervosa ou bulimia nervosa) (NUNES, 2013).

O trabalho multidisciplinar, associado à TCC, alcança a reorganização interna do paciente para adaptar às mudanças em sua vida de forma eficaz. Em sessões que podem ser trabalhadas em grupo de obesos ou com um único paciente de forma interdisciplinar. Busca-se promover a "psicoeducação" por intermédio da TCC. Assim, é direcionado o paciente um entendimento quanto às condutas adequadas para a sua qualidade de vida (NUNE, 2013).

A TCC explora os obstáculos encontrados pela pessoa obesa no processo de emagrecimento (história de vida, conflitos, etc.), fornecendo o paciente a identificação e criação de pilares de apoio para a prevenção de recaídas. A construção produzida pelo o paciente no pós-operatório o norteia quanto ao papel que o alimento exerce em sua vida e suas expectativas. É importante que o psicólogo, em seu trabalho, além de auxiliar o paciente em sua construção, lhe dê o respectivo feedback (CABALLO, 2012).

4 AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS NA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Kolotkin et al. (2001) relatam que pessoas com obesidade apresentam diminuição na QV relacionada à saúde devido à mesma, resultando num impacto negativo tanto no funcionamento físico, quanto psicossocial, que estão diretamente relacionados ao grau da obesidade. Assim, segundo estes autores, com a perda de peso há uma melhora na QV relacionada à saúde, podendo esta perda ser pouca ou moderada, e, mais ainda, se a perda é de grande porte pode trazer benefícios por muitos anos a este indivíduo.

A Qualidade de Vida é uma construção multidimensional e subjetivo, o que traz complexidade na sua definição. A percepção da pessoa sobre a sua posição no contexto sociocultural, incluindo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, é importante aspecto na sua avaliação. Diretamente ligada ao bem-estar pessoal, abrange aspectos como estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida (LOPES ET AL., 2013). Portanto, a cirurgia bariátrica pode evoluir na qualidade de vida, pois facilita o movimento corporal, diminui os prejuízos psicossociais e de autoestima, evitando doenças crônicas e metabólicas (MELO, LEAL, 2007,2009).

A cirurgia bariátrica consegue diminuir a mortalidade, melhorar a expectativa de vida, melhora as patologias associadas à doença, diminuindo o risco de saúde e aumentando a qualidade de vida dos pacientes (CRUZ, ET AL., 2004).

Fatores ou condições que potencializam a melhor percepção de QV têm sido denominados mediadores de QV (HADDAD, ET AL., 2003). Entre estes, podem ser destacados o suporte social, vida saudável e o enfrentamento.

Segundo Cobb (1976), suporte social pode ser definido como a "*informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas*" (p. 300). Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) descreveram o apoio social como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do estresse e outros estímulos aversivos.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), mostraram que há evidências da relação positiva entre a disponibilidade de apoio social e melhora da saúde do paciente. A presença de suporte social prevê uma melhor adesão a comportamentos de saúde (prática de atividade física, alimentação saudável, redução de estresse), promovendo, assim, a melhora da saúde e da qualidade de vida desses pacientes.

Ramos (2016) destacaram que é habitual pacientes pós CB apresentarem entusiasmo em atributo das alterações que decorrem da cirurgia, como mudança no quadro emocional, aumento na qualidade de vida geral, e redução das morbidades apresentadas que levaram à indicação cirúrgica.

A cirurgia bariátrica mostra-se efetiva na redução das barreiras, principalmente, nas físicas e comportamentais, demonstrando que a redução da massa corporal possibilita redução também do cansaço, dores e limitações físicas relacionadas a condição de obesidade. Além do mais, parece auxiliar na melhora da imagem corporal e reduzir a falta de interesse na prática de atividades físicas. Porém, a adesão a prática de alguma atividade ainda é baixa (NAHAS, 2001).

Lopes, et al. (2013) afirmam que a capacidade aeróbica se apresenta diminuída no pré-operatório devido menor tolerância ao exercício que é influenciada pela obesidade. Antes da operação, os pacientes apresentam cansaço precoce, refletindo pobre desempenho cardiopulmonar devido ao peso excessivo e estilo de vida sedentário. Após ela, apresentam melhor desempenho quando submetidos ao teste ergométrico ao se analisar sua capacidade física em relação à distância percorrida, consumo de oxigênio e coeficiente metabólico. Há uma melhora significativa para todos os parâmetros analisados após a perda de peso.

Com a perda de peso melhora conseqüentemente a flexibilidade das articulações porque retira a sobrecarga articular que compromete os movimentos. Com isso, as pessoas passam a desenvolver as atividades físicas do cotidiano com mais praticidade (PATRÍCIO, 2004).

Apesar do aumento considerável da prática de atividade física após a cirurgia, observa-se que muitos pacientes não aderem a esse benefício, o qual estudos comprovam ser importantíssimo para a perda e a manutenção do peso. Além de atuar diretamente na melhora da

capacidade física, também opera na capacidade funcional e está relacionada a benefícios psicossociais. Por conseguinte, se ela não for bem direcionada e aplicada, verifica-se uma tendência a promover piora e até mesmo desencadear problemas futuros (JOBENO 2012).

A melhora na vivência da sexualidade é outro ponto destacado por Patrício (2011). Segundo os autores a obesidade gera a perda da libido e disfunção hormonal, além de causar transtornos na mente da pessoa. Muitas vezes os indivíduos obesos têm auto preconceito contribuindo para o desenvolvimento dos problemas relacionados à afetividade e intimidade nos relacionamentos.

A cirurgia bariátrica proporciona modificações positivas na função sexual de pessoas obesas, com aumento do desejo sexual, domínios da função erétil e orgasmo, refletindo na melhora da qualidade de vida sexual nos seis meses após o procedimento cirúrgico (ARAUJO, 2009).

A sexualidade é parte integrante da vida e do corpo, e sua imagem em especial ocupa um lugar central na vida do homem contemporâneo, na relação com o mundo e com seus pares. Para uma vida sexual saudável e satisfatória é importante que haja o aumento da autoestima por meio da auto aceitação, facilitando um ser aceito pelo outro. A reconstrução da imagem corporal, o bem-estar físico e psicológico acarretou para estas pessoas mais disposição física e emocional, além do resgate do convívio social, aumento do desejo, sensualidade e segurança frente ao parceiro (a) na vivência da sua sexualidade (CASTRO ET AL., 2010).

Além disso, com a perda de peso ocorre aumento da autoestima e influência positiva nas relações sociais. O motivo da obesidade pode fazer os indivíduos se isolar do convívio de outras pessoas por comentários não agradáveis que são feitos com relação ao corpo ou até pelo auto preconceito. Com a autoestima o indivíduo busca ter um melhor desempenho no trabalho, mais forças para vencer os desafios da vida e recuperar a saúde (MOLINER & RABUSKE, 2008).

Segundo Dâmaso (2001) revelaram que, após a cirurgia bariátrica, os pacientes estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar atividades básicas relacionadas ao sono, à locomoção, relações interpessoais e outras.

CORDÁS ET AL (2004) abordam a relação na melhora da qualidade de vida após a gastroplastia: que há uma melhora significativa tanto na saúde física quanto na psíquica e emocional, contribuindo para que o indivíduo volte ao convívio social e tenha um acesso melhor ao trabalho. Isto representa para muitos a chance de um recomeço de vida, em que possam ir a festas e passear, o que antes não faziam pelo constrangimento de serem obesos.

O fato também foi confirmado em um estudo feito por Ribeiro, (2003). Ao analisar as falas, os autores consideram aquelas como um processo de elaboração dinâmico, composto de contradições e imperfeições, e não como um processo acabado. Através delas foi possível captar as concepções e expectativas que os pacientes desenvolvem através de seus contextos e

significados. Elas foram apreendidas como entrelaçadas às experiências pessoais de cada sujeito nas suas vivências pessoais, sociais, profissionais e sexuais, o que significa a construção das características próprias de cada um.

Lopes et al. defendem a ideia de que o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar é o padrão-ouro para o tratamento eficaz de pessoas obesas e sucesso da bariátrica e na qualidade de vida. Segundo Felix (2009), afirmam que as informações obtidas no pré e pós-operatórias são fundamentais e têm como finalidade melhorar a qualidade de vida deste paciente, proporcionando-lhe um ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecendo dúvidas e receios, fornecendo informações e, incentivando-os a procurar a equipe multidisciplinar sempre que necessário para manter um estilo de vida saudável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mudança corresponde a uma reação social e a uma resposta emitida em forma de comportamento. Desta feita, a pessoa que perde peso, aumenta seu senso de valor próprio, se traça com maior propriedade, sente-se mais adequado, é percebido como objeto de desejo. O eixo obesidade – cirurgia – comportamento – psicologia, aspectos sociais, profissionais, sexuais e autoestima são processos interligados propiciando outro “eu” depois da cirurgia e o conseqüente emagrecimento; um “eu” mais verdadeiro que se enquadra ou deixa de ser refém dos ditames sociais, culturais e dependência emocional e/ou psicológica proporcionando uma melhor qualidade de vida.

A conscientização maior em tratar esses indivíduos de forma multidisciplinar, levando em conta as variáveis ambientais, psicológicas e fisiológicas, a fim de que se busque uma alternativa mais eficaz no seu combate. A família também é um dos agentes fundamentais no tratamento da obesidade, podendo colaborar ou dificultar o processo, porque é a partir dela que a criança terá o referencial de uma vida alimentar saudável ou não. Então se faz necessário alterar padrões do estilo de vida familiar como um todo, cuja contribuição dos pais passará a ser modelos a serem imitados.

A mudança de hábito alimentar é um processo contínuo; os esclarecimentos sobre alimentação e adaptação devem anteceder a cirurgia e ser construído de modo a alicerçar uma educação alimentar duradoura. É de suma importância à construção do processo emocional desse grupo, orientando e prevenindo as possíveis recaídas.

O sucesso da cirurgia decorre em “tratar a cabeça” antes do procedimento operatório no que diz respeito ao acompanhamento psicológico observando uma relação direta com o ganho

de peso. Há uma carência de publicações e nesse sentido novos estudos devem ser realizados sobre o retorno aos multiprofissionais e psicólogos no pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

É fundamental para garantir o sucesso da cirurgia, monitorando a evolução dos pacientes em relação à perda de peso, aspectos alimentares e psicológicos, adaptação ao novo estilo de vida, no sentido de promover um benefício permanente e saudável pela cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

- ABREU Rodrigues, M., & SEIDL, E. M. F. **A importância do apoio social em pacientes coronarianos.** Paidéia Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400016. Acessado em: 15 de abril de 2020.
- ALMEIDA, G. A. N.; GIAMPIETRO, H. B.; BELARMINO, L. B.; MORETTI, L. A.; MARCHINI, J. S.; CENEVIVA, R. **Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal.** Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, v. 24, n. 03, p. 226-231, 2011.
- 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=3-1e0738b913cd85dfc472f285ab65feb0.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017. Acessado em 20 de abril de 2020.
- ANJOS La. **Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física.** In: Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde.
- ARAÚJO AA, BRITO AM, FERREIRA MNL, PETRIBÚ K, MARIANO MHA. **Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella.** Rev Col Bras Cir. 2009;36(1):42-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912014000600412&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: 16 de abril de 2020.
- APPOLINARIO Jc. **Transtornos alimentares.** Ed. Medsi. Rio de Janeiro, RJ 2000.
- BERNARDI F, CICHELERO C, VITLO MR. **Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade.** Rev. de Nutrição. V.18, n.1, p.85-93, 2002.
- BECK, Judith. **Terapia Cognitivo Comportamental - Teoria e Prática** – Trad: Sandra da Rosa. 2ª Ed. Editora: Artmed, Porto Alegre, 2013.
- CABALLO, V. E. **Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde.** São Paulo: Santos, 2012.
- CASTRO Mr, CARVALHO Rs, FERREIRA Vn, FERREIRA Mec. **Função e imagem corporal: uma análise a partir dos discursos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.** Rev Bras. Ciênc Esporte, 2010; 32 (2-4): 167-83.

CAPITÃO, C. G; TELLO, R. R. **Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas**. Psicologia Hospitalar, v. 2, n. 2, 2002.

COBB, S. **Social support as a moderator of life stress**. Psychosomatic Medicine, 38(5),300-314.1976 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400016. Acessado em 22 de maio 2020.

COHEN, S., UNDERWOOD, L. G., & GOTTLIEB, H. B. **Social support measurement and intervention**. New York: Oxford University Press.2000

CORDÁS, T.A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. **Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. v. 48, n. 4, p.564-571, ago., 2004.

CRUZ, M.R.R.; MORIMOTO, I.M.I. **Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultado de um protocolo diferenciado**. Rev. de Nutrição. V.17, n.2, p.263-272, 2004.

DÂMASO, A. **Obesidade**. Ed. Medsi. Rio de Janeiro, RJ,2003 Santa Catarina; 2001. p. 33-4.

DE SOUSA, Kelyane Oliveira; JOHANN, Rejane Lucia Veiga Oliveira. **Cirurgia bariátrica e qualidade de vida**. Psicologia Argumento, v. 32, n. 79, 2017.

DOBSON, D. e K. S. DOBSON. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Ed: Artmed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010.

DUCHESME, M., APPOLINÁRIO, J. C., RANGÉ, B. P., FREITAS, S., PAPELBAUM, M., & COUTINHO, W. (2007). **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29(1),80-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>. Acessado em 13 de maio de 2020.

FELIX, Lidiany Galdino, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da, SOARES, Maria Júlia Guimarães de Oliveira. **Protocolo de Assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem, Campina Grande, jan/fev 2012.

FERREIRA, FR. **A produção dos sentidos sobre a imagem do corpo**. Interface Comum Saúde Educ, 2008; 12 (26): 471-83.

FLORES, C. A. **Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais**. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, v. 27, n. 01, p. 59-62, 2014.

FRANÇA, Michele. **A obesidade é problema de saúde pública**. 1999, Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20466:a-obesidade-e-problema-de-saude-publica&catid=46>. Acesso em:13 de novembro de 2019.

GALVÃO-NETO, M. P.; GRECCO, E.; SOUZA, T. F.; QUADROS, L. G.; SILVA, L. B; CAMPOS, J. M. **Gastroplastia vertical endoscópica: terapêutica minimamente invasiva para tratamento primário da obesidade**. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, v. 29, n. 01, p. 95-97, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4.Ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 42.

GRAVE, R. D., CUZZOLARO, M., CALUGI, S., TOMASI, F., TEMPERILLI, F., & MARCHESINI, G. **The effect of obesity management on body image in patients seeking treatments at Medical Centers.** *Obesity Research*, 15, 2320-2327. 2007.

GREENBERG, I. ET AL. **Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients.** *Obesity Research*, v. 12, n. 11, p. 244-249, 2005.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço, et al. **Qualidade de vida após gastroplastia.** *Ciência, Cuidado e Saúde* 2.1, 2003. 37-044.

JOSBENO DA, JAKICIC JM, HERGENROEDER A. **Physical activity and physical function changes in obese individuals after gastric bypass surgery.** *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6(4):361-6.

KOLOTKIN, R. L, METER, K, ET AL. **Quality of life end obesity.** *Obesity Reviews*, Ed. 2, P. 219-229, 2001.

LANGARO, F.; VIEIRA, A. P. K.; POGGERE, L. C.; TRENTINI, C. M. **Características de personalidade de mulheres que se submetem à cirurgia bariátrica.** *Avaliação Psicológica*, v. 10, n. 01, p. 71-79, 2011.

LEAL, Cristiano. MELO, N. **O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida.** *Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, 29 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

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. 38, n. 1, dez. 2013. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1129>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

LUZ, F. Q., & OLIVEIRA, M. S. **Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão da literatura.** Ed: Aletheia, 40,159-173. 2013.

MAGDALENO Júnior, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. **Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 01, p. 73-78, 2009.

MENDONÇA, CP. ANJOS, L. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** *Cad Saude Publica*; 20(3):698-709.2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida.** *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* 2008; III (5). Disponível em: <http://200.214.130.94/rebrats/publicações/Brats05.pdf>. Acesso em 18 agos. 2019.

MOLINER J, RABUSKE MM. **Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica.** *Psicol Teor Prat.* 2008; 10 (2): 44-60.

NAHAS, M. **Atividade física saúde e qualidade de vida: conceitos e questões para um estilo de vida ativo.** Ed. 2. 2001.

NAKAMURA, E. (2004) **Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares.** In: Busse S. de R., (org). *Anorexia, bulimia, obesidade.* Barueri: Editora Manole; 2004. pp. 12-29.

NUNES, R. M. (2013). **Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC)**. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora - Instituto de Ciências Biológicas.

OLIVEIRA, J. H. A. de. (2006). **Aspectos psicológicos de obesos graus III antes e depois da cirurgia bariátrica**, Tese de doutorado, Campinas, SP.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O.; SILVA, M. C. M.; et al. **Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 03, p. 570-582, mar. 2009.

PATRÍCIO, ZM. **O processo ético e estético de pesquisar: um movimento qualitativo transformando conhecimentos e a qualidade de vida individual-coletiva**. Florianópolis: UFSC; 2004.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de e CORSO, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Rev. Nutr. [online]. 2004, vol.17, n.4 [citado 2020-06-21], pp.523-533. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1678-9865. Acessado em 01 de junho de 2020.

PRUZINSKY, T., E CASH, T. F. **Integrative themes, body images development, deviance, and change**. Nova York, 1990; The Guilford Press, 337-349.

RAMOS, Almino Cardoso. **Cirurgia Bariátrica: a situação atual do Brasil**. 2016. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil> >. Acesso em :13 de novembro de 2019.

RIBEIRO VLP. **Obesidade e função sexual**.2013 [Internet]. Acesso em: 20 fev 2020. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>

SANTANA, Janilson Teixeira de et al. **A importância do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica**. 2017.

SEBASTIANI, Ricardo; MAIA, Eulália. **Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502005000700010&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2020.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). [acessado 2019 set 1]. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br>. Acesso 1 set. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA (SBCB). **Psicologia na cirurgia bariátrica**. 2016. Disponível em: < <http://www.sbcbr.org.br/wordpress/multidisciplinar-coesas/equipemultidisciplinar/psicologia/>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SCHTZ, A. **El problema de la realidade social**. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

THOMPSON, J. K., & SITCE, E. **Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology.** *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181-183, 2001.