

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

SARA BARBOSA DA SILVA

**IMPACTOS EMOCIONAIS CAUSADOS POR CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Paracatu-MG

2021

SARA BARBOSA DA SILVA

IMPACTOS EMOCIONAIS CAUSADOS POR CIRURGIA BARIÁTRICA

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Robson Ferreira

Paracatu-MG

2021

SARA BARBOSA DA SILVA

IMPACTOS EMOCIONAIS CAUSADOS POR CIRURGIA BARIÁTRICA

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Msc. Robson Ferreira dos santos

Banca examinadora:

Paracatu – MG, 22 de Junho de 2021.

Prof^o.Msc. Robson Ferreira dos Santos
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Débora Delfino Caixeta
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Andressa C. de Souza Almeida
Centro Universitário Atenas

Dedico esse trabalho a Deus, autor da vida, que deixa meu fardo mais suave, e as minhas cargas mais leves, dedico a minha mãe que foi minha inspiração para execução deste trabalho, ao meu pai por todo seu apoio e aos meus irmãos e sobrinhos que sempre esteve ao meu lado. Sou eternamente grata a vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida que nos concedeu.

Agradeço em especial aos meus pais que não mediram esforços para me ajudar a concluir o curso, mesmo com as dificuldades nunca deixou de me motivar para alcançar meus objetivos.

Agradeço aos meus irmãos e sobrinhos pela compreensão de estar ausente nesta fase de conclusão de curso.

Agradeço aos meus tios e primos por estarem sempre presentes na minha vida.

Agradeço à minha prima Andressa pelo apoio e carinho.

Agradeço as minhas colegas de curso Patricia, Geysel, Carol e Roberta.

A todos que participaram direto ou indiretamente do meu processo de formação, meu muito obrigada!

RESUMO

Destaca-se que a obesidade teve aumento significativo nos últimos tempos, se tornando um problema de saúde pública, entre os tratamentos da obesidade uma boa alimentação e atividades físicas podem não ser tão eficientes em casos de obesidade grave, recorrendo à cirurgia bariátrica que por sua vez pode levar a prejuízos emocionais, visto através dos comportamentos apresentados por indivíduos que são sujeitos a cirurgia bariátrica, pretende-se revelar os diversos impactos emocionais causados pelo procedimento. Possivelmente as respostas negativas poderão aumentar em pessoas que são submetidas a esse tipo de procedimento cirúrgico, onde geralmente já sofriam com alterações emocionais mesmo antes da cirurgia, para tratamento pré e pós cirúrgico é necessário um trabalho multidisciplinar, para obter resultado de sucesso ao longo do tratamento a abordagem da terapia cognitiva comportamental é vista como ferramenta de grande auxílio. Para este trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica com intuito de mostrar as dificuldades que as pessoas obesas enfrentam ao serem submetidas à cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Terapia cognitiva comportamental.

ABSTRACT

It is noteworthy that obesity has increased significantly in recent times, becoming a public health problem, among obesity treatments, good nutrition and physical activities may not be as efficient in cases of severe obesity, resorting to bariatric surgery, which in turn can lead to emotional damage, seen through the behaviors presented by individuals who are subject to bariatric surgery, it is intended to reveal the various emotional impacts caused by the procedure. Possibly negative responses may increase in people who are subjected to this type of surgical procedure, where they usually already suffered from emotional changes even before surgery, for pre and post-surgery treatment, multidisciplinary work is necessary to obtain a successful result over the course of the procedure. treatment the cognitive behavioral therapy approach is seen as a very helpful tool, for this work a bibliographical research was carried out in order to show the difficulties that obese people face when undergoing bariatric surgery.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Cognitive behavioral therapy.

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 1.1 | PROBLEMA DE PESQUISA | 10 |
| 1.2 | HIPÓTESES | 10 |
| 1.3 | OBJETIVOS | 10 |
| 1.3.1 | OBJETIVO GERAL | 10 |
| 1.3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 10 |
| 1.4 | JUSTIFICATIVA | 10 |
| 1.5 | METODOLOGIA | 11 |
| 1.6 | ESTRUTURA DO TRABALHO | 11 |
| 2 | OBESIDADE | 12 |
| 2.1 | CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE | 14 |
| 2.2 | HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) | 15 |
| 2.3 | DIABETES MELLITUS | 15 |
| 2.4 | DOENÇAS CARDIOVASCULARES | 16 |
| 2.5 | INDÚSTRIA CULTURAL | 16 |
| 2.6 | DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE OBESIDADE | 17 |
| 2.7 | TRATAMENTOS | 18 |
| 3 | CIRURGIA BARIÁTRICA | 19 |
| 3.1 | CRITÉRIOS PARA CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA | 19 |
| 4 | TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL | 22 |
| 4.1 | ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIO | 22 |
| 4.2 | ASPECTOS PSICOLÓGICOS PÓS OPERATÓRIO | 23 |
| 5 | CONCLUSÃO | 25 |
| | REFERÊNCIAS | 26 |

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Pinheiro, Freitas e Corso (2004) a obesidade é uma doença crônica não transmissível, no qual o acúmulo de gordura corporal pode causar prejuízos à saúde dos indivíduos, dificuldades respiratórias, assim como enfermidades graves como doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer. Nahás (2001) expõe que a obesidade é um problema de abrangência mundial pela Organização Mundial de Saúde, evidenciado pela ocorrência de grande número de pessoas obesas. (Sidney et al. 1998) revela que o peso corporal aumenta progressivamente dos 20 aos 50 anos. O fenômeno se agrava quando há uma redução da prática de atividades físicas.

Hauner (1990), diz a respeito de pessoas com excesso de gordura, que na maioria das vezes apresentam altos níveis de pressão sanguínea e lipídeos séricos. A distribuição de gordura em excesso pelo corpo representa fator de risco. A concentração de gordura no abdômen pode elevar o risco de diversas doenças, sendo a principal delas o risco de doenças cardiovasculares. (Barroso et al., 2017). Segundo Nieman (1999) existem vários problemas importantes associados à obesidade, entre eles estão: dificuldade emocional, câncer, colesterol alto, aumento da osteoartrite, hipertensão e aumento de outras gorduras no sangue.

Nahás (2001) descreve que os agentes promotores da obesidade são fatores hormonais e hereditários, consumo excessivo de alimentos ricos em sódio, açúcar e gorduras além do baixo nível de atividade física. Já os aspectos psicológicos que influenciam a obesidade são: baixa autoestima, isolamento social e depressão. De fato, o aumento de peso pode ocorrer devido às alterações endócrinas, metabólicas, genéticas e psicológicas. O excesso de calorias ingeridas e pouco gasto calórico é uma das principais causas do aumento de peso, assim como a falta de vitaminas e nutrientes nos alimentos, e o sedentarismo, são fortes fatores que influenciam no ganho de peso (RAVELLI, 2007).

Tendo em consideração a ansiedade como um estado emocional transitório ou condição do organismo definida por sentimentos desagradáveis tensão e preocupação conscientemente notados e pelo aumento de atividade pelo sistema nervoso. Levando em considerações diferentes problemas emocionais que podem estar relacionados à obesidade influenciando para o desenvolvimento de problemas psicológicos e dificuldade comportamental, entende-se a importância de compreender os fatores da obesidade e as consequências que tem ao longo da vida (CATANEO et al., 2005).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são os impactos emocionais causados pela cirurgia bariátrica na perspectiva da psicologia cognitiva?

1.2 HIPÓTESES

Através dos comportamentos apresentados por indivíduos que são sujeitos a cirurgia bariátrica, pretende-se revelar os diversos impactos emocionais causados pelo procedimento. Possivelmente as respostas negativas poderão aumentar em pessoas que serão submetidas a esse tipo de procedimento cirúrgico, onde geralmente já sofriam com alterações emocionais mesmo antes da cirurgia.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Pesquisar os impactos emocionais causados pela cirurgia bariátrica na perspectiva da psicologia cognitiva.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar os principais dados sobre a obesidade.
- b) Descrever fatores que levam a cirurgia bariátrica e indicações psíquicas.
- c) Discutir as intervenções e contribuições da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) nos processos pré e pós-operatório.

1.4 JUSTIFICATIVA

O problema da obesidade envolve não somente o estado físico do paciente, mas também o emocional. Por vezes, o enfrentamento desse procedimento pode acarretar sérios problemas psicológicos como sintomas depressivos e ansiedade por exemplo. É importante falar sobre os impactos emocionais causados pela cirurgia bariátrica. Todos sabem dos

benefícios que o emagrecimento pode trazer ao paciente, mas pouco se fala que este procedimento também pode se tornar um complicador e gerador de ansiedade no indivíduo. Assim, vê-se a necessidade de suprir uma lacuna de conhecimento sobre os impactos emocionais que este procedimento pode causar aos que a ele se submetem.

1.5 METODOLOGIA

A elaboração deste trabalho foi feita através de pesquisa bibliográfica, e foram usados artigos científicos, Google Acadêmico, Biblioteca Digital e Livros relacionados ao tema. Toda pesquisa tem seus objetivos, que são diferentes em cada proposta de projeto, porém em qualquer pesquisa, nos seus objetivos gerais ou propósitos, as pesquisas são distribuídas como exploratórias, descritivas e explicativas (GIL, 2010). Este trabalho é de caráter exploratório, ou seja, tem como objetivo central propiciar com que o pesquisador se familiarize com o tema, para que assim seja possível buscar respostas (GIL,2007,p.41).

A pesquisa bibliográfica é feita com propósito de buscar informações fundamentadas em livros, artigos e trabalhos acadêmicos de tese e monografias. No presente projeto foi feita uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de agregar o máximo de informações fundamentadas em livros, artigos, revistas eletrônicas, teses, monografias, entre outros. Para Koche (2009) esse tipo de pesquisa é necessário para qualquer tipo de estudo, já que é nela que o pesquisador conhece e analisa as principais teorias e contribuições existentes acerca do assunto explorado. As palavras-chaves utilizadas nas pesquisas serão: cirurgia bariátrica, impactos emocionais, psicologia e obesidade.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho em questão apresenta quatro capítulos, o primeiro deles contendo a introdução ao tema, problema de pesquisa, hipóteses, objetivos geral e específicos e a justificativa para o estudo; O segundo pretende descrever os principais dados sobre a obesidade e os problemas associados a ela. O terceiro capítulo tem como objetivo descrever os fatores que levam a fazer cirurgia bariátrica e indicações psíquicas, o quarto capítulo pretende relatar as intervenções e contribuições da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) nos processos pré e pós-operatório.

2 OBESIDADE

A obesidade contém os símbolos e valores acumulados ao longo de muitos anos de história. O significado deriva da origem da própria palavra, que etimologicamente provém do latim “obedere”, formada pelas raízes “-ob” (sobre, o que engloba) e “-edere” (comer). Portanto, “aquele que come em excesso”, era visto como pessoas que possuíam atitudes inaceitáveis e dito como anormal pela comunidade (FRANCISCO et al., 2015).

Mantzoros relata alguns marcos da obesidade ao longo do tempo, a primeira descrição da obesidade foi dada na época da era paleolítica, vários artefatos foram expostos ao longo da história de toda Europa, esses artefatos variam de forma e tamanho, o que eles tinham em comum era os seios grandes, era grande importância a “Vênus de Willendorf”, mostrando não somente a descoberta da obesidade e também o símbolo de virilidade e saúde, durante o período neolítico foram encontrados vários outros artefatos com seios, quadril e barriga grandes representando as ‘Deusas-Mães (FRANCISCO et al., 2015).

A cultura egípcia (2.500 a.c) algumas múmias obesas tinham lugar de evidência no meio dos afortunados, na China antiga usavam se agulha no corpo como tratamento da obesidade hoje em dia usa se a acupuntura com intenção de reduzir a fome, contudo reduzindo as medidas e a gordura corporal, Os tibetanos seguiam a crenças dos chineses acreditavam que a obesidade era excesso de gordura corporal, e a única forma de tratamento é a redução de calorias e já relataram em seus textos que o excesso de peso desencadeia outras doenças e uma vida não prolongada (FRANCISCO et al., 2015).

Nos tempos da eras clássicas (500 a.c a 100 d.c) a medicina grega romana decidiu estudar e pesquisar sobre obesidade evidenciando que boa alimentação e atividade física são orientações de longo tempo na história da obesidade, Galen grande médico daquela época fez grande descoberta caracterizando obesidade como moderada e excessiva, Na era científica por volta de 1614 dando continuação a estudar e classificar a obesidade, motivado pelos conceitos de Galileu sobre a mensuração da obesidade, Santorino estabeleceu uma escala, que deu oportunidade de mensurar e avaliar obesidade, com medida corporal pelo ganho ou perda de peso, essa mobilidade deu força a classificação e rótulos em obesos de acordo com seu peso em faixas numéricas (FRANCISCO et al., 2015).

Adolphe Quelet concentrado em definir e buscar o homem dito normal, em 1835 publicou seu livro revendo seus estudos sobre obesidade, mudanças de altura e peso pela idade e também a relação entre altura e peso para medir índices de obesidade, criando assim o

índice Quetelet. Em 1972, esse índice passou a ser chamado como conhecemos hoje, de índice de massa corporal (IMC) (FRANCISCO et al., 2015).

Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, tem chamado atenção da saúde pública pelo aumento de morbidade e mortalidade, principalmente em obesos graves ou mórbidos (SANTOS et al., 2006). Na tabela 1 classifica-se os graus de obesidade e a correlação com as comorbidades com base no IMC.

Tabela 1 - Classificação da obesidade com base no (IMC) e o risco de doenças

| IMC (kg/m²) | Classificação | Obesidade grau/classe | Risco de doenças |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <18,5 | Magro ou baixo peso | 0 | Normal ou elevado |
| 18,5-24,9 | Normal ou eutrófico | 0 | Normal |
| 25-29,9 | Sobrepeso ou pré-obeso | 0 | Pouco elevado |
| 30-34,9 | Obesidade | I | Elevado |
| 35-39,9 | Obesidade | II | Muito elevado |
| ≥40,0 | Obesidade | III | Muitíssimo elevado |

Fonte: (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2016)

O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma das técnicas mais usadas atualmente para diagnosticar e classificar a obesidade. Para medir o IMC utiliza-se a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso atual (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. O IMC é indicado para adultos e seu uso é simples e prático. O IMC não é aconselhado em crianças e adolescentes pelo fato de que eles passam por constantes mudanças e alterações hormonais, resultantes de seus crescimentos nessas fases. Quanto mais alto o valor do IMC de um sujeito, menor a perspectiva de vida desses indivíduos, podendo vir a óbito precocemente e de desencadear doenças como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares. O ideal é manter o IMC entre as faixas de 20 a 25 kg/m². Segundo dados do Ministério da Saúde, o IMC por si só não indica a gravidade dos

problemas pelo excesso de peso, pois ele não distingue gordura de músculo, é importante também avaliar a distribuição da gordura pelo corpo, quanto a essa distribuição existem vários tipos de obesidade (CAROLINA; LIMA, 2016).

Existe a obesidade central (androide), onde o tecido adiposo está localizado principalmente na parte superior do corpo, enquanto o tecido periférico (ginecoide) está localizado principalmente na parte inferior do corpo, nádegas, nádegas e coxas (SANTOS; et al., 2006). A prevalência de obesidade vem aumentando facilmente, atingindo homens e mulheres de todas as faixas etárias, já sendo caracterizada como uma epidemia mundial. (BARBIERI, 2012). Já a obesidade psicogênica é desenvolvida durante ou após episódios traumáticos e estressantes como perda de ente familiar, depressão e doenças (RAVELLI et al. 2007).

2.1 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE

A obesidade tem muitas causas que são o resultado da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. Na maioria dos casos, obesidade está relacionada a ingestão calórica em excesso e falta de atividade física. O excesso de calorias é armazenado como gordura do tecido e produz um balanço energético positivo. (BARBIERI, 2012). A obesidade atribui grande importância a fatores genéticos. Alguns autores referem-se ao problema genético da obesidade como "herança familiar". Estudos têm mostrado que existe uma grande correlação entre pais e filhos estarem acima do peso, o que é resultado do compartilhamento genético e ambiental. Além dos fatores genéticos que afetam o desenvolvimento da obesidade, sabe-se também que os hormônios e fatores neurológicos que afetam a obesidade estão relacionados a sinais de saciedade de curto e longo prazo e a regulação do peso corporal normal é determinada por genes (BARBIERI, 2012).

De acordo com Cavalcanti, Dias e Costa, uma das causas da obesidade está ligada diretamente à abundância dos alimentos, visto que as empresas têm lucrado bastante com produtos industrializados ricos em sal, gordura e açúcar, os produtores tentam encontrar pontos onde as pessoas consomem um determinado produto e sentem vontade de consumir com mais frequência. Contudo, lanches, doces e alimentos prontos para consumo têm os mesmos efeitos sobre o cérebro que o tabaco. Dentre as causas temos fatores psicológicos relacionados ao desenvolvimento da obesidade, podemos citar a baixa autoestima, estresse, ansiedade e depressão. (BARBIERI, 2012). A síndrome metabólica (SM) representa um

conjunto de fatores de risco cardiovascular que inclui obesidade abdominal associada a hipertensão arterial, diabetes, elevação do triglicerídeos e redução do colesterol (HDL) a (SM) está relacionada ao aumento de ocorrências cardiovasculares e risco de mortalidade (EDNA, 2011).

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Mahan descreve que a hipertensão é uma doença multifatorial caracterizada pelos níveis tensionais elevados (aumento da força na parede arterial) associados à alteração metabólica e hormonal, considerando hipertrofia cardíaca e vascular. A pressão arterial com valores menores que 140/90 mmHg é considerada normal, contudo os valores maiores que 140/90mmHg já são classificados como hipertensão. O surgimento do aumento da pressão arterial se deve a vários fatores como obesidade, consumo exagerado de sódio consumido na alimentação, falta de atividade física e a resistência à insulina está entre os principais fatores para o seu desencadeamento, a hipertensão é mais suscetível aos jovens e adultos entre 20 a 45 anos de idade predomina seis vezes mais em obesos do que não obesos, o aumento de 10% de gordura já eleva consideravelmente a pressão arterial (BRANDÃO, 2018).

2.3 DIABETES MELLITUS

O diabetes é causado por vários fatores decorrentes da não produção de insulina ou da dificuldade que insulina tem de reproduzir sua função, caracterizada como hipoglicemia com distúrbios metabólicos dos carboidratos proteínas e lipídios, insulina em quantidade normal e adequada no organismo causa funcionamento do metabolismo glicêmico normal (DOMINGUES e LEMOS, 2010). Diabetes Mellitus são casos de indivíduos que não são dependentes de insulina, diabetes tipo 1 são dependentes de insulina (GOMES et al. 2009). A obesidade e o excesso de peso é um dos maiores fatores causadores da diabetes tipo II, as consequências da desordem da glicemia em diabéticos pode acarretar no surgimento de micro e macros vasos sanguíneos podendo resultar na amputação de algum membro, visão diminuída e até a cegueira (MENDONÇA, 2010). É uma doença presente antes mesmo de ser diagnosticada, considera uma doença silenciosa, seus sintomas são comuns como formigamento, dormência, dores ou peso nas pernas, é tratada com restrição de alguns alimentos, agentes hipoglicemiantes e redução de peso (BRANDÃO,2018).

2.4 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Doenças cardiovasculares causam distúrbio no coração e atingem vasos sanguíneos, como doenças coronárias, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca entre outras, Além disso, é desencadeada pelos efeitos adversos do metabolismo nos níveis de pressão arterial, lipídicos e insulina, responsável pelo maior número de mortalidade no mundo, os riscos cardiovasculares podem ser divididos em dois grupos modificáveis e não modificáveis, os fatores modificáveis inclui uso de tabaco, altos níveis de colesterol, diabetes, sedentarismo e obesidade. Já os fatores não modificáveis são idade, sexo, história familiar (OLIVEIRA et al. 2014). Em consequência da inatividade física existe um aumento do consumo de gordura saturada, gordura trans, sódio, alimento industrializado tem favorecido o aumento de patologia consequentemente aumenta a taxa de mortalidade (MENDONÇA, 2010).

2.5 INDÚSTRIA CULTURAL

De acordo com Baptista (2001), podemos citar a indústria cultural em duas divisões, de um lado é a indústria da beleza, com suas exposições de cremes antirrugas, tinta para cabelo, cremes clareadores, para acne, medicamentos emagrecedores, para influência de corpos perfeitas, do outro lado está a indústria de emagrecimento, que visa influenciar para o corpo magro, estratégias de emagrecimento, essa cultura busca mostrar que ter o corpo magro é o correto (BAPTISTA 2013).

É por esses motivos que a população de pessoas obesas representa o alvo principal para os meios de comunicação em massa, que promovem a imagem da esbelteza e de como a gordura é indesejável. As indústrias de cosméticos e de vestuário também perpetuam essa imagem. A sociedade frequentemente classifica os indivíduos obesos como sem controle e indulgentes ao extremo. A obesidade é vista como uma doença auto-infligida (MENDONÇA, 2005, p. 25).

Portanto, a indústria de emagrecimento usa algumas estratégias para persuadir as pessoas a perder peso. Um deles, e talvez um dos métodos mais eficazes, é apresentar a obesidade como uma doença auto infligida, portanto passa rotulada como excesso de consumo de calorias e a falta de esforço para praticar atividade física, vindo da própria pessoa, não tendo força de vontade. Como forma de atender a essas necessidades sociais, as pessoas

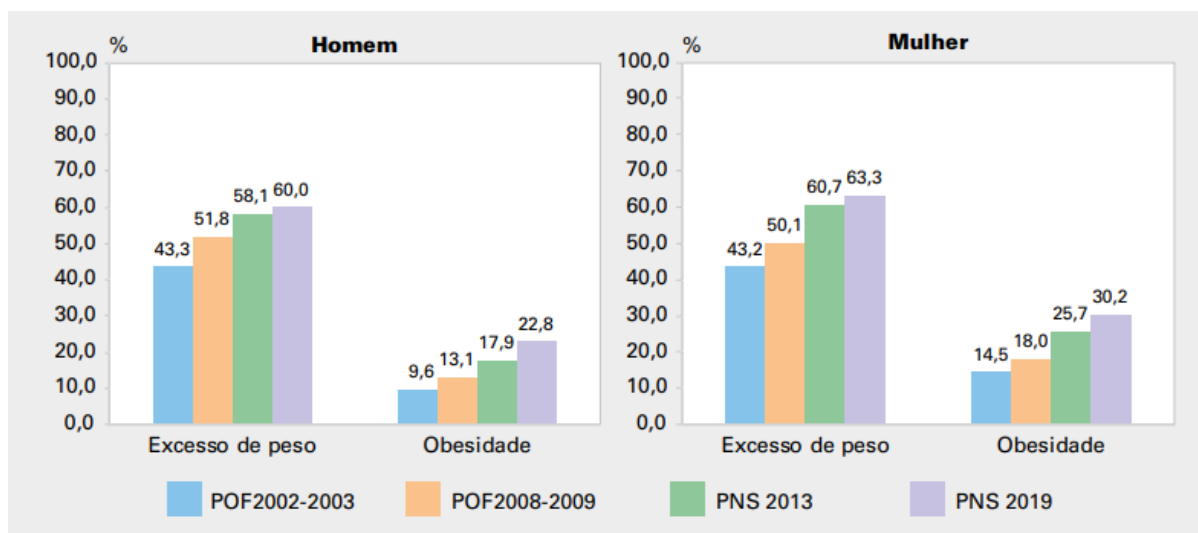
obesas usam uma série de procedimentos para perder peso recomendados pela indústria de emagrecimento para atender às necessidades e ao bem-estar. Portanto, essas pessoas praticam atividades físicas, dietas, alimentação leve e se exercitar incluindo a academia, e usar a cirurgia para perder peso em casos extremos (BAPTISTA, 2013).

2.6 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE OBESIDADE

A obesidade é uma epidemia mundial nos países emergentes, tendo a mesma proporção em ambos os sexos, mesmo as faixas etárias menos privilegiadas, existe a obesidade junto a desnutrição. Os EUA hoje em dia é o campo de mais concentração de pessoas com excesso de peso dois terços da população americana apresentam obesidade, estima-se que em 2030 quase 100% da população americana estará acima do peso ideal, na Europa nos últimos anos a obesidade cresceu de 10 a 40% (FERREIRA, 2006).

Nota-se que o excesso de peso aumenta com a idade em ambos os sexos ultrapassando 50% na faixa de 25 a 39 anos, em mulheres o excesso de peso sempre prevalece alcançando 38,0% entre mulheres de 40 a 59 anos, e os homens entre 30% nessa mesma idade. No gráfico demonstrado no gráfico 1 mostra se o aumento da obesidade em faixas etárias e sexos (IBGE, 2019).

Gráfico 1 - Prevalência de excesso de peso e de obesidade de 20 anos de idade ou mais, por sexo, Brasil-2002-2003/2019



Fonte: (IBGE, 2019).

2.7 TRATAMENTOS

Há diversos tratamentos para obesidade, os tratamentos não são imediatos para a redução de peso então é necessário analisar a realidade, são usadas refeições com déficit calórico, reeducação alimentar, escolhas de alimentos mais naturais e saudáveis, além disso atividade física é fundamental para perda de peso e para benefícios sociais, psicológicos promovendo saúde, prevenção de doenças como hipertensão, diabetes, riscos cardiovasculares e a obesidade (MICHELE et al., 2007). Segundo Matsudo e Matsudo é recomendável para uma vida longitudo é necessário que faça atividade física 30 minutos por dia, durante 5 dias da semana e para manutenção e perda de peso é necessário de 60 a 90 minutos por dia pelo menos 5 dias da semana.

O tratamento com medicamentos pode ser muitas vezes frustrante, pois a maioria das pessoas com passar de alguns anos recuperam parcialmente ou totalmente o peso eliminado, existem dois fármacos aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) a sibutramina é um inibidor de apetite também age como termogênico, o orlistat é um inibidor de lipases, pancreáticas e gástricas não possui influência no sistema nervoso, as duas drogas são eficientes, porém possuem efeitos colaterais que devem ser levados em consideração, o tratamento de dietas, atividades físicas e medicamentos em obesos mórbidos não se vê resultados suficientes ao longo do tratamento, por isso para esse tipo de obesidade o mais indicado é a cirurgia bariátrica. (MICHELE et al., 2007).

3 CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia é um procedimento para que se tenha a redução da ingestão de alimentos e melhor absorção dos alimentos no organismo (BRILMANN et al., 2007). Pode haver redução de peso de 15 a 30% dependendo do tipo de cirurgia que foi utilizado, a maior perda de peso pode ocorrer nos três meses após a cirurgia, geralmente é no primeiro semestre que há perda de peso significativa, onde se tem maior porcentagem perda de peso, podendo se prolongar por anos, quando ocorre a estagnação do peso são usadas algumas técnicas de intervenção cirúrgica. Como o processo para a realização da cirurgia é longo e demorado, pois busca examinar toda a história que acometeu a evolução da obesidade (COURCOULAS ET AL., 2013). A principal cirurgia usada atualmente é *bypass* gástrico Y-de-Roux (BGYR), essa cirurgia é uma técnica para diminuir o tamanho da cavidade gástrica fazendo assim que tenha menor ingestão de alimentos, pela diminuição da superfície intestinal pode ter má absorção de alguns nutrientes, 25% de proteína e 72% de gordura passa a não ser absorvidos (BORDALO et al., 2011). A cirurgia tem como finalidade saúde física e clínica, tem como resultado saúde emocional não é o objetivo, mas é um dos resultados, é necessário explicar sobre a cirurgia, a importância do acompanhamento para que haja sucesso na perda de peso e na manutenção do tratamento (CARMO et al. 2008).

3.1 CRITÉRIOS PARA CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Os critérios para utilizar a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade foram indicados pela Conferência de Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos em 1991. São indicados para pacientes com IMC > 40, pacientes IMC > 35 que possuem comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, doenças resultantes da obesidade devem ser avaliadas e levadas em consideração, como hipertensão, diabetes tipo I, apneia do sono, doença coronariana entre outras. (ZILBERSTEIN, 2002).

Existem outras contra indicações para procedimento cirúrgico: pessoas que possui dependência química, a não colaboração do paciente e algumas doenças psiquiátricas que podem vir a comprometer como esquizofrenia, depressão não controlada, desordens psiquiátricas, pacientes com obesidade grave diabetes e hipertensão descontrolada devem ser tratadas por uma equipe multidisciplinar, como nutricionista, endocrinologista, psicólogo,

psiquiatra e o cirurgião para ser tratado primeiramente essas doenças devido a delicada condição de saúde, todavia para diminuir o risco cirúrgico, deve ser feita uma abordagem inicial de educação, aconselhando sobre mudança dos hábitos alimentares, estilo de vida e a importância da atividade física, contudo acompanhamento de longo prazo, intensivo durante e anos após cirurgia.(ZILBERSTEIN, 2002).

Os candidatos pré-selecionados para a cirurgia bariátrica participam de um protocolo que consiste em uma avaliação psicológica (A.P.), são divididas em cinco sessões, aplica-se uma entrevista semiestruturada, testes psicométricos e projetivos como mostra a figura do quadro 1.

Quadro 1- Instrumentos utilizados na avaliação psicológica

| Instrumento | Tipo | Medida | Aplicação | Indicação |
|-----------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------------|--|
| Entrevista semi-estruturada | | Anamnese Diagnóstico Diferencial | Psicólogo | Todos os candidatos |
| EDI ¹⁵ | Psicométrico | Comport.Alimentar | Auto- preenchimento | Todos os candidatos excepto* |
| SCL-90 R ^{16,17} | | Psicopatologia Geral | | |
| Mini-Mult ¹⁸ | | Personalidade | | |
| COPE ¹⁹ | | Estratégias de coping | | |
| Rorschach ^{20,21} | Projectivo | Funcionamento intra-psíquico | Psicólogo | *Iletrados *Deficit Cognitivo **Pert. Personalidade **Necessidade de análise mais "fina" |

Fonte: (CARMO, 2008)

Existem critérios para avaliar e constatar, modificações psíquicas do indivíduo, como tolerância a frustrações, descontrole dos impulsos, sinais de depressão e ansiedade, esses são indícios que liga diretamente ao aumento de peso, dando força e agravando a obesidade (Rezende 2011). Todavia o cuidado pós-cirurgia bariátrica é de fundamental importância, pois após o indivíduo se acostumar com o novo modo de vida, pode haver uma propensão ao aumento de peso, decorrido, entre cinco a nove anos pós-cirurgia, onde alguns têm uma predisposição de voltar a obesidade grave.

Porém esse aumento de peso, normalmente é para adaptação do processo, não causando nenhum fator de risco físico ao indivíduo. Existindo ou não esse ganho de peso, a pessoa submetida a cirurgia bariátrica tem efeitos psicológicos positivos e negativos, a melhora na qualidade e estilo de vida, acompanhado de hábitos alimentares e elevação da autoestima, são características positivas, mas também pode haver uma luta para aceitar um novo corpo, precisando adotar uma nova postura alimentar, pode desencadear crise de identidade. Indicando uma necessidade de monitoramento psicológico e alimentar contínuo. A quadros que se desenvolvem no após cirurgia como a depressão, é importante ressaltar que não significa que seja resultante da obesidade, mas deve-se investigar, suas primícias para que não haja ganho de peso e prejuízos psicológicos(MELO et al., 2016).

A cirurgia bariátrica não pode ser vista como cura para seus problemas, há sim uma melhora psicológica considerável, quando se chega à segunda etapa que ocorre próximo ao terceiro mês de cirurgia começam as interrogações da nova realidade de vida. É necessário ressaltar que há uma mudança de vida em todas as áreas como social, afetiva, sexual, entre outros, tendo que ter uma adequação a esse novo estilo de vida, A notabilidade é uma outra fase caracterizada pela euforia, outra fase difícil é adequação do peso que surge por volta de um ano após cirurgia. O acompanhamento é de suma importância ao longo do tratamento, acontece em alguns casos de pacientes que esperavam perder mais peso e se sentem insatisfeitos(MELO et al., 2016).

Pacientes que serão submetidos a cirurgia são acompanhados pela equipe multidisciplinar, como psicólogo, nutricionista, endocrinologista, médico, psiquiatra por um tempo consideravelmente longo. Por aproximadamente seis meses ou mais, pois deve ser uma avaliação criteriosa, exames completos, consciência dos riscos, benefícios e limitações da cirurgia, fazendo com que o paciente se conscientize da mudança que fará, e esteja apto para tal procedimento. Após cirurgia é feito acompanhamento que consistem em 6 consultas, no dia da alta 2,4,12,24, e 52 semanas após cirurgia, e com 6 e 12 semanas desde a última, o processo é feito com entrevista semiestruturada para investigar comportamentos alimentares, modificação do humor, sono libido e apetite, a escuta é uma ferramenta especial e muito importante, a perda de peso muito grande pode causar uma desordem psíquica (CARMO et al., 2008).

4 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitiva Comportamental fundamenta-se nas condições estressantes de pensamentos como raiva, depressão e ansiedade frequentemente são mantidos pelo modo de intensivo e exagerado de pensar, o importante papel do psicólogo é fazê-lo identificar suas condições e comportamentos assim modificá-los utilizando lógica e coerência, o modelo cognitivo destaca o papel da cognição na emoção pelo processo de esquemas como fator importante para informações, os terapeutas buscam enfatizar nos pacientes pensamentos lógicos e coerentes, buscam identificar presunções que levaram a pensamentos disfuncionais como depressão e ansiedade, a terapia cognitiva busca mostrar o poder de pensamentos realistas, O paciente pode precisa enfrentar a realidade, novos pensamentos e comportamentos a fim de vivenciar emocionalmente respostas racionais objetivas, ou simplesmente, a existência de novas formas de pensar.(ROBERT L. LEAHY, 2006)

A estrutura da TCC é a concepção psicológica, biológica e social englobando todos os aspectos da vida do indivíduo. A terapia possibilita o indivíduo a definir significados a suas experiências, possibilitando a construção de sua própria identidade, mudança de comportamento e visão do futuro, O efeito dessa construção pessoal se deve a cada indivíduo, é um processo pessoal, a TCC permite que indivíduo enfrente a si mesmo com seus medos e suas crenças, indivíduos com obesidade são mais suscetíveis a desencadear ansiedade, depressão e transtorno da compulsão alimentar, o processo de ajuste de peso é conduzida desde o início do processo para a realização da cirurgia da perspectiva do agora e do objetivo para o futuro, portanto é indispensável que o terapeuta e o indivíduo tenha uma boa troca de interação para que haja eficaz apuração cognitiva(MELO et al., 2016).

4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIO

Geralmente, pessoas com obesidade apresentam quadros de depressão, ansiedade, transtorno da personalidade e alimentação, obesidade causa sofrimentos psicopatológicos. São observados quadros críticos de depressão de 25% a 30% de pessoas obesas, mais elevadas do que a população em geral (MOTTA et AL, 2011). Depressão causa mudança de humor, distúrbio do sono, mudança de peso e apetite, se sente sem ânimos, dificuldade de concentração entre outras. O transtorno da ansiedade está diretamente ligado a distúrbios alimentares, pacientes que são submetidos a operação tem uma melhora significativa da

ansiedade e outros problemas psicológicos causada por transtorno alimentar (MELO et al., 2016).

Quadros de depressão e ansiedade preexistentes e não relativos à disfunção alimentar poderão vir à tona, e a cirurgia não é uma cura para as disfunções de humor. Problemas originados pela inabilidade social não serão “curados”, uma vez que a cirurgia se dá na esfera física, não psicológica. (MELO et al., 2016, p. 88)

É importante que seja trabalhado no pré-operatório organização da rotina, o paciente deve estar preparado para o que virá pós cirurgia, estar ciente de que essa modificação na rotina de vida será eterna, além de mudança alimentar e frequente atividade física serão necessários o uso de vitaminas e suplementação medicamentosa (NUNES, 2013; REZENDE, 2011). A ansiedade pode atrasar e atrapalhar a adaptação pós cirurgia, nessa fase as mudanças ocorrem subitamente (MOTTA et al., 2011; NUNES, 2013; REZENDE, 2011), essa adaptação pode resultar em danos psicológicos nessa nova realidade, deve ser trabalhada a compulsão alimentar, sua cavidade gástrica está diminuída tendo que comer em menores quantidades e ingestão lenta modificando seus hábitos de forma radical.(BRILMANN et al., 2007; FRANÇA et al., 2012).

O uso da TCC para modificar crenças do paciente como pensamentos disfuncionais e sentimentos definitivos, pode haver melhora no quadro do paciente tanto psicológico como psiquiátrico (LUZ & OLIVEIRA, 2013). A formação de novas crenças relacionadas à nova realidade do indivíduo e sua afirmação diária, faz com que amenizam sintomas de depressão e ansiedade, permitindo que o paciente participe conscientemente do tratamento (MELO et al., 2014).

4.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS PÓS OPERATÓRIO

O tratamento terapêutico pós cirúrgicos é de suma importância para dar assistência ao indivíduo para reorganizar sua vida e evitar que pensamentos disfuncionais e desajustados reapareçam ao longo do tratamento (DUCHESNE et al., 2007). A cirurgia causa mudanças significativas em sua vida, o indivíduo deve estar comprometido com as mudanças que o tratamento exige, para que tenha resultados eficientes (MELO et al., 2014).

A TCC ajuda na reorganização da rotina, pensamentos e crenças de acordo com a nova realidade (MOTTA et al., 2011). O período pós cirurgia é o momento mais difícil de todo processo, a terapia tem como objetivo auxiliar para que se reconheça na construção da imagem do seu corpo, com a grande perda de peso é normal o excesso de pele e isso afeta

diretamente no impacto na imagem corporal e na concepção do paciente, acarretando no indivíduo problemas psicológicos, má qualidade de vida, sentimento de vergonha e preferindo isolar-se (KITZINGER et al., 2012). A ansiedade pode estar presente com mais intensidade no primeiro mês após cirurgia onde a dieta é a base de líquido (BRILMANN et al., 2007; DUCHESNE et al., 2007). Após de um a dois anos a perda de peso desacelera, uma fase importante para que não volte aos comportamentos de maus hábitos alimentares, esse comportamento pode vir a se manifestar quando há reganho insucesso terapêutico ao longo do tratamento (MELO et al., 2014).

O sucesso do tratamento é dependente do comprometimento do paciente, a TCC dá suporte para reconstrução psíquica e é de responsabilidade do paciente praticar e transformar seus novos hábitos (MOTTA et al., 2011; NUNES, 2013; REZENDE, 2011). Quando a perda de peso desacelera o indivíduo começa a se desmotivar, o terapeuta é importante para auxiliar o indivíduo a não depositar sua compulsão alimentar em outras esferas como drogas, sexo, álcool entre outros. Evitando para que não se torne outro transtorno alimentar pelo medo incessante de engordar como bulimia e anorexia nervosa (NUNES, 2013; REZENDE, 2011). Drásticas mudanças de hábitos, necessidade de suplementação medicamentosa e acompanhamento psicológico em pessoas com transtorno já existente podem desencadear uma crise depressiva (MELO et al., 2014).

O trabalho multidisciplinar junto a TCC tem grande importância para reconstrução interior para mudanças eficazes e determinadas em sua vida, podendo trabalhar em sessões de grupos de obesos ou individual de forma transdisciplinar, busca então promover a psicoeducação por meio da TCC, possibilitando ao paciente compreensão dos comportamentos adequados para sua qualidade de vida (NUNES, 2013; REZENDE, 2011). Essa é a oportunidade que o indivíduo tem para estabelecer suas relações sociais, sua autoimagem e sua autoestima. A TCC encontra dificuldade de emagrecimento nos obesos pela sua história de vida e seus conflitos, permitindo que o paciente visualize fundamentos e sustentação para que não haja recaída, a concepção construída pelo indivíduo nos pós-operatório determina a importância que o papel da comida representa em sua vida e suas expectativas, além do importante papel do terapeuta em auxiliar o sujeito na sua construção e dê retornos e feedbacks. (CASSIN et al., 2013).

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, a obesidade já é vista como uma epidemia mundial pelo aumento drástico nos últimos tempos, em consequência do aumento de peso desencadeia algumas doenças consideradas graves como doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes entre outros. Para o tratamento existem medidas medicamentosas, cirúrgicas, dietas e atividade física, em casos de obesidade mórbida se recorre à cirurgia bariátrica para melhorar a qualidade de vida, em alguns casos pode desencadear problemas psicológicos como depressão e ansiedade. Contudo, o acompanhamento pré e pós cirúrgico é indispensável para o sucesso do tratamento, todavia a abordagem da terapia cognitiva comportamental em todas as fases do tratamento traz auxílio e êxito para o tratamento.

Conforme referencia bibliográfica levantada, foi possível compreender que existem vários danos psicológicos e emocionais em pessoas submetidas a cirurgia bariátrica e assim confirmar minha hipótese de que possivelmente as respostas negativas poderão aumentar em pessoas que serão submetidas a esse tipo de procedimento cirúrgico, onde geralmente já sofriam com alterações emocionais mesmo antes da cirurgia.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, T. J. R. "**Procurando o lado escuro da Lua: implicações sociais da prática de atividades corporais realizadas por adultos em academias de ginástica de Goiânia**". Dissertação (mestrado em educação). UFG, Goiânia, 2001.
- BARBIERI, Aline Fabiane; MELLO, Rosângela Aparecida. **As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica**. *Conexões*, v. 10, n. 1, p. 121-141, 2012.
- BARROSO, Taianah Almeida et al. Association of central obesity with the incidence of cardiovascular diseases and risk factors. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 5, p. 416-424, 2017.
- BORDALO, Livia Azevedo et al. **Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 1, p. 113-120, 2011.
- BRILMANN, Mirna; SILVA OLIVEIRA, Margareth; OLIVEIRA THIERS, Valéria. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade**. *Cad. Saúde colet.*, (Rio J.), 2007.
- CARLUCCHI, Edilaine Monique de Souza et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comun. ciênc. saúde**, p. 375-384, 2013.
- CASSIN, Stephanie E. et al. **Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness**. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 20, n. 4, p. 529-543, 2013.
- CATANEO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, Elizângela Moreira Careta. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.
- CAVALCANTI, Ana Paula Rodrigues; DIAS, Mardonio Rique; COSTA, Maria José de Carvalho. **Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda**. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 10, n. 1, p. 121-129, 2005.
- CONCEIÇÃO, Eva M. et al. What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 10, n. 5, p. 973-982, 2014.

COURCOULAS, Anita P. et al. **Mudança de peso e resultados de saúde em 3 anos após a cirurgia bariátrica entre indivíduos com obesidade grave.** *Jama*, v. 310, n. 22, pág. 2416-2425, 2013.

DA LUZ, Felipe Quinto; DA SILVA OLIVEIRA, Margareth. **Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura.** *Aletheia*, n. 40, 2013.

DE LIMA, Ana Carolina Rimoldi; OLIVEIRA, Angélica Borges. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2016.

DE OBESIDADE, Diretrizes Brasileiras. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**, 2016.

DO CARMO, Isabel; FAGUNDES, Maria João; CAMOLAS, José. **Cirurgia bariátrica.** *Revista Portuguesa de Cirurgia*, n. 4, p. 43-50, 2008.

DOMINGUES, Marisa Accioly et al. Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção. In: **Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção.** 2010. p. 584-584.

DUCHESNE, Mônica et al. **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.

EKNOYAN, Garabed. Adolphe Quetelet (1796–1874)—**the average man and indices of obesity.** 2008.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. A obesidade como epidemia: **o que pode ser feito em termos de saúde pública.** *Rev Einstein*. [periódico na Internet], 2006.

FRANCISCO, Lucas Vieira; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.

GOMES, M. de B. & Cobas, R. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus.** Em S. A. A Grossi & P. M. Pascali (Orgs). *Diabetes mellitus*, (pp.6-17). São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

HAUNER, Hans et al. Body fat distribution in men with angiographically confirmed coronary artery disease. **Atherosclerosis**, v. 85, n. 2-3, p. 203-210, 1990.

Kitzinger, H. B., Abayev, S., Pittermann, A., Karle, B., Bohdjalian, A., Langer, FB., ... Frey, M. (2012). **After massive weight loss: Patients' expectations of body contouring surgery.** *Obesity Surgery*, 22(4), 544-548. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/s11695-011-0551-6>

LEAHY, Robert L. **Técnicas de Terapia Cognitiva:- Manual do Terapeuta.** Artmed Editora, 2006.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, v. 11, 2005.

MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Atividade física no tratamento da obesidade**. Einstein (São Paulo), p. S29-S43, 2006.

MELO, M. E. **Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica-ABESO.[online].[citado 2017 Out 10]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/3/5521afaf13cb9.pdf>, 2011.

MEANY, Gavin; CONCEIÇÃO, Eva; MITCHELL, James E. **Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery**. European Eating Disorders Review, v. 22, n. 2, p. 87-91, 2014.

MELO, M. E. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade**: Conhecer as comorbidades mais frequentes permite o diagnóstico precoce. Retirado de <http://www.abeso.org.br>, 2011.

MELO, Wilson Vieira et al. **A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 10, n. 1 2014.

MENDONÇA, Rejane Teixeira. Nutrição: um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas e gestão. In: Nutrição: **um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas e gestão**. 2010. p. 448-448.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). IBGE. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**, Rio de Janeiro, ed. 2019, 2020.

MOTTA, A. K. F. et al. **Programa de cirurgia bariátrica: Grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar**. Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas, v. 10, n. 2, p. 31-34, 2011.

NIEMAN, D. **Exercício e saúde**. São Paulo : Manole, 1999.

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

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004. NAHAS, Markus Vinicius et al. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2001.

PRECOPE, John et al. **Hippocrates on diet and hygiene**. Zeno, 1952.

RAVELLI, Michele Novaes et al. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 259-266, 2007.

REZENDE, Fabiana Faria. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SIDNEY, STEPHEN et al. Seven-year change in graded exercise treadmill test performance in young adults in the CARDIA study. *Cardiovascular Risk Factors in Young Adults. Medicine and science in sports and exercise*, v. 30, n. 3, p. 427-433, 1998.

TAVARES, Telma Braga et al. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-66, 2010.

ZILBERSTEIN, Bruno; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, Almino Cardoso. **O papel da cirurgia no tratamento da obesidade.** *Rev Bras Med*, v. 59, n. 4, p. 258-64, 2002.