



Regiany Paula Gonçalves de Oliveira  
Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho  
(Organizadores)

# Revisão da Teoria e da **Prática Médica 2**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Regiany Paula Gonçalves de Oliveira**  
**Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho**  
(Organizadores)

# **Revisão da Teoria e da Prática Médica**

## **2**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
R449	Revisão da teoria e da prática médica 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Regiany Paula Gonçalves de Oliveira, Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Revisão da Teoria e da Prática Médica; v. 2)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-607-2 DOI 10.22533/at.ed.072190309  1. Médicos – Prática. 2. Medicina – Pesquisa – Brasil. I. Oliveira, Regiany Paula Gonçalves de. II. Oliveira Filho, Reginaldo Gonçalves de. III. Série.  CDD 610.696
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

Parafraseando um dos médicos mais brilhantes de toda história, considerado por muitos como o pai da medicina moderna, Sir Clàude Bernard, a Medicina é a ciência das verdades efêmeras e a arte das incertezas; tal máxima expressa o cerne da Medicina Baseada em Evidências.

Com o advento das tecnologias, o volume de informações se multiplica exponencialmente e a competitividade imposta pelo mercado de trabalho nos propõe que sejamos profissionais cada vez mais atualizados.

Posto isso, para que fiquemos afastados do “*burn out*”, devemos nos valer de ferramentas que otimizem o nosso tempo e, ao mesmo tempo, nos ofereça o diferencial que precisamos para impulsionar nossa vida profissional.

Neste contexto, coletâneas como a proposta pela Atena Editora em “Revisão da Teoria e Prática Médica” apresentam-se como uma opção contemporânea, prática e multidisciplinar. Dividido em dois volumes, o primeiro enfatiza trabalhos em diversas áreas da cancerologia e cirurgia

Ao decorrer destes capítulos serão expostos trabalhos de diversos autores que contribuíram com o desenvolvimento da ciência em suas respectivas áreas, tornando assim, principalmente pela pluralidade, este material único e especial.

Desejamos-lhe uma boa leitura!

Regiany Paula G. de Oliveira  
Reginaldo G. de Oliveira Filho

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A IMPORTÂNCIA DO LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO	
<i>Rodrigo Siguenza Saquicela</i>	
<i>Pedro Hidekatsu Melo Esaki</i>	
<i>Wendel Silva Issi</i>	
<i>Vitor Brandão de Araújo</i>	
<i>Gabriel Freire do Nascimento</i>	
<i>Isadora Leonel de Paiva</i>	
<i>Gabriella Leonel de Paiva</i>	
<i>Francielly Marques Leite</i>	
<i>Thiago Linhares Deboni</i>	
<i>Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem</i>	
<i>Larissa Neves Cordeiro</i>	
<i>Jose Antero Do Nascimento Sobrinho</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0721903091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>6</b>
BIÓPSIA LÍQUIDA: DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DO CÂNCER	
<i>Rodrigo Siguenza Saquicela</i>	
<i>Pedro Hidekatsu Melo Esaki</i>	
<i>Wendel Silva Issi</i>	
<i>Vitor Brandão de Araújo</i>	
<i>Gabriel Freire do Nascimento</i>	
<i>Isadora Leonel de Paiva</i>	
<i>Gabriella Leonel de Paiva</i>	
<i>Francielly Marques Leite</i>	
<i>Thiago Linhares Deboni</i>	
<i>Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem</i>	
<i>Larissa Neves Cordeiro</i>	
<i>José Antero do Nascimento Sobrinho</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0721903092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>13</b>
MOLÉCULAS BIOATIVAS DERIVADAS DE LIPÍDIOS RELACIONADAS À RESPOSTA INFLAMATÓRIA	
<i>Giovanna Bruna De Almeida Carvalho</i>	
<i>João Victor Camargo Caldeira</i>	
<i>André Gustavo de Lima Godas</i>	
<i>Danielle Cristina Tonello Pequito</i>	
<i>Julie Massayo Maeda Oda</i>	
<i>Luzia Aparecida Pando</i>	
<i>Monica Mussolini Larroque</i>	
<i>Silvana Cristina Pando</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0721903093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>24</b>
CAPACIDADE FUNCIONAL E CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Raíssa Katherine Rodrigues</i>	
<i>Luciano Nazareth Feltre</i>	
<i>Lorena Mota Freitas Braga</i>	
<i>Leandro Augusto Rocha</i>	

*Galeno Hassen Sales*  
*Thomaz de Figueiredo Braga Colares*  
*Luciana Colares Maia*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903094**

**CAPÍTULO 5 ..... 27**

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO E CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA**

*Luciano Nazareth Feltre*  
*Lorena Mota Freitas Braga*  
*Raíssa Katherine Rodrigues*  
*Leandro Augusto Rocha*  
*Galeno Hassen Sales*  
*Thomaz de Figueiredo Braga Colares*  
*Luciana Colares Maia*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903095**

**CAPÍTULO 6 ..... 31**

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL EM PESSOAS JOVENS COM PAPILOMAVÍRUS HUMANO**

*Carolina Medeiros Vieira*  
*Emanuelly Botelho Rocha Mota*  
*Luís Antônio Nogueira dos Santos*  
*Michele Versiani e Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903096**

**CAPÍTULO 7 ..... 35**

**ANEURISMA INTRACRANIANO GIGANTE EM ADOLESCENTE**

*Isabele Ferreira da Silva*  
*Vitor Melo Rebelo*  
*Vitor de Deus da Rocha Ribeiro Gonçalves*  
*Beatriz Mendes de Araújo*  
*Matheus Rodrigues Corrêa*  
*Daniel França Mendes de Carvalho*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903097**

**CAPÍTULO 8 ..... 41**

**OSTEONECROSE DE MAXILARES ASSOCIADO AO USO DE BIFOSFONATOS: CONDIÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS UTILIZADAS**

*Josué Miguel de Oliveira*  
*Ana Luiza Rego Julio de Matos*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903098**

**CAPÍTULO 9 ..... 49**

**OSTEONECROSE DOS MAXILARES ASSOCIADO AO PROLIA E ALENDRONATO DE SÓDIO**

*Cássia Luana Silva Queiroz*  
*Lara Virgínia de Almeida Alencar*  
*Sheinaz Farias Hassam*  
*Ananda Camila de Souza Xavier*  
*Jener Gonçalves de Farias*  
*Juliana Andrade Cardoso*

**DOI 10.22533/at.ed.0721903099**

<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>58</b>
GASTOS PÚBLICOS COM PROCEDIMENTOS HOSPITALARES RELACIONADOS A NEOPLASIAS DE MEDULA ESPINHAL EM MONTES CLAROS, MG	
<i>André Samuel de Souza Santos</i>	
<i>João Vítor Cordeiro Rodrigues</i>	
<i>Enzo Pacelli Santos Fonseca</i>	
<i>Henrique Nunes Pereira Oliva</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030910</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>60</b>
UTILIZAÇÃO DA BIOIMPEDÂNCIA ELÉTRICA MULTIFREQUENCIAL PARA AVALIAR O ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM HEMODIALISE	
<i>Claudia Maria Costa de Oliveira</i>	
<i>Gabriel José de Souza Oliveira Pinheiro</i>	
<i>Stéfanie Dias Rodrigues</i>	
<i>Ana Beatriz da Costa Guerreiro</i>	
<i>Francisco Thiago Santos Salmito</i>	
<i>Marcos Kubrusly</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030911</b>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>74</b>
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA NO PÓS-PARTO	
<i>Giulia de Carvalho Firmino</i>	
<i>Gabriel Bezerra Castaldelli</i>	
<i>João Pedro Cavalcante Freitas</i>	
<i>Nicole Leopoldino Arrais</i>	
<i>Sarah Linhares de Aragão Rodrigues</i>	
<i>Francisco Régis de Aragão Rodrigues</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030912</b>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>77</b>
O ACOLHIMENTO NO CENTRO CIRÚRGICO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO SEGURA	
<i>Joyce Vilarins Santos Soares</i>	
<i>Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes</i>	
<i>Elencarlos Soares Silva</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030913</b>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>84</b>
CONSULTA DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	
<i>Charel de Matos Neves</i>	
<i>Carolina Caruccio Montanari</i>	
<i>Vilma Maria Silva Junges</i>	
<i>Tânia Margarete Theves</i>	
<i>Claudia Fam Carvalho</i>	
<i>Eliana Franzoi Fam</i>	
<i>Jarbas Marinho Branco Cavalheiro</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030914</b>	



<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>92</b>
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DA EQUIPE EMAD	
<i>Karla Garcez Cusmanich</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030915</b>	
<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>100</b>
ATUAÇÃO PSICOLÓGICA NOS CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA DA OBESIDADE	
<i>Patrícia Queiroz Ferreira de Brito</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030916</b>	
<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>119</b>
DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D E ALTERAÇÃO GLICÊMICA EM PACIENTES PRÉ E PÓS TRATAMENTO CIRURGICO DA OBESIDADE	
<i>Aryadina Ribeiro de Sousa</i>	
<i>Herique Jorge Macambira de Albuquerque</i>	
<i>Elaine Catunda Rocha</i>	
<i>Davi Rocha Macambira Albuquerque</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030917</b>	
<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>130</b>
PREVALÊNCIA E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE SUPER OBESOS QUE REALIZARAM A CIRURGIA BARIÁTRICA EM FORTALEZA, CEARÁ - BRASIL	
<i>Raquel Pessoa de Araújo</i>	
<i>Maria Vanessa de Lima Santos</i>	
<i>Anna Carolina Torres Evangelista</i>	
<i>Germana Medeiros Rodrigues</i>	
<i>Carolina Severo Marinho Vieira</i>	
<i>Vanessa Duarte de Moraes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030918</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>138</b>
NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL E CIRURGIA BARIÁTRICA: CONTEXTOS E DESAFIOS	
<i>Aryadina Ribeiro de Sousa</i>	
<i>Angela Cardoso Andrade</i>	
<i>Henrique Jorge Macambira de Albuquerque</i>	
<i>Elaine Catunda Rocha</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030919</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>150</b>
RELATO DE CASO: CIRURGIA BARIÁTRICA EM PACIENTE COM ACONDROPLASIA	
<i>Charel de Matos Neves</i>	
<i>Carolina Caruccio Montanari</i>	
<i>Vilma Maria Silva Junges</i>	
<i>Tânia Margarete Theves</i>	
<i>Claudia Fam Carvalho</i>	
<i>Eliana Franzoi Fam</i>	
<i>Jéferson Diel</i>	
<i>Jarbas Marinho Branco Cavaleiro</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.07219030920</b>	

**CAPÍTULO 21 ..... 157**

**PERSPECTIVA E ATUAÇÃO DA MULHER NA MEDICINA EM PESQUISA COM  
EGRESSAS DO PERÍODO ENTRE 1981 E 2015**

*Yasmin de Rezende Beiriz*

*Isabel Zago Vieira*

*Jéssica Martins Torres*

*Gabriela Santos Silva*

*Henrique Soares Pulchera*

*Lara Santos Machado*

*Américo Carnelli Bonatto*

*Maria Carlota de Rezende Coelho*

**DOI 10.22533/at.ed.07219030921**

**SOBRE OS ORGANIZADORES..... 167**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 168**

## ATUAÇÃO PSICOLÓGICA NOS CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA DA OBESIDADE

### **Patrícia Queiroz Ferreira de Brito**

Psicóloga Clínica e Bariátrica -Atendimento especializado para obesidade e transtornos alimentares.

Acompanhamento pré e pós-bariátrico e Avaliação psicológica (laudo) para Gastroplastia em Brasília/DF

Realiza seus atendimentos a indivíduos, casais e famílias dentro do referencial teórico sistêmico.

Especialista em Obesidade, Transtornos Alimentares e Cirurgia Bariátrica. Especialista em Avaliação Psicológica.

Membro Especialista Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM

Membro International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders - IFSO

Membro Associação Brasileira de Estudos sobre Obesidade - ABESO

**RESUMO:** A obesidade atinge grande parte da população mundial e o paciente ao recorrer à cirurgia bariátrica como tratamento, este é encaminhado para o acompanhamento psicológico no pré-operatório. A realização de uma avaliação psicológica criteriosa é fundamental para posterior atendimento clínico? O psicólogo tem a responsabilidade de fazer uma rigorosa seleção das técnicas e escalas que atendam à demanda da obesidade e do paciente investigado, bem como compreender as causas genéticas, ambientais e psicológicas da obesidade, avaliando a presença e a gravidade

da psicopatologia, identificando os preditores de insucesso. Seguiu nesse trabalho como método a pesquisa bibliográfica qualitativa, de cunho exploratório, tendo como objetivo expor de maneira clara e bem detalhada, para que analise as formas de avaliação psicológica pré-operatório para gastroplastia utilizadas pelas equipes, com o intuito de contribuir para a sistematização de modelos e o crescimento da especialidade. Conclui-se então que é de suma importância ressaltar a necessidade de informar das transformações no corpo, mudanças de comportamento alimentar, hábitos e relacionamentos sociais. Este conhecimento e comprometimento é imprescindível para que o paciente adquira e amplie o seu olhar sobre a necessidade da mudança de hábito e a reflexão sobre o equilíbrio emocional, característica imprescindível como pré-requisitos para o sucesso da cirurgia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Avaliação Psicológica Pré Gastroplastia.

### 1 | INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo ou excesso de adiposidade, proporcionando riscos para a saúde devido a sua relação com várias

complicações metabólicas. Acontece quando o balanço energético do organismo é positivo, ou seja, a energia ingerida é maior que a consumida (NUNES, et al., 1998). Neste mesmo pensamento, Nunes et al (1998) ainda afirma que a obesidade é uma doença multifatorial, sua expressão fenotípica resulta da interação entre fatores genéticos, psicológicos socioeconômicos, culturais e ambientais, sendo os aspectos genéticos e ambientais os fatores determinantes para a sua ocorrência.

Anteriormente entendida como decorrente da gula, da falta de força de vontade ou de uma fraqueza de caráter, ou ainda como conseqüente a um distúrbio psicológico, a obesidade agora tem suas bases esclarecidas. Dentre os vários problemas aos quais a obesidade está associada, encontra-se a diabetes tipo 2, caracterizada pela resistência à insulina, provocando hiperinsulinemia, hipertensão arterial, deterioração da função cardíaca, dislipidemia, hiperuricemia, aumento do fibrinogênio plasmático, doenças cerebrovasculares, disfunções respiratórias, doenças da vesícula biliar, esteatose hepática, artrose, alterações musculares, distúrbios circulatórios, câncer cervicouterino, disfunções endócrino-metabólicas, infertilidade, disfunção sexual, baixa auto-estima, disfunção das capacidades funcionais, aceleração do processo de envelhecimento e diminuição da qualidade de vida (FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006). Essas doenças levam a um aumento da morbidade e redução da longevidade.

Em nível mundial, a prevalência da obesidade tem alarmado as autoridades, fazendo com que médicos e profissionais da área de saúde procurem encontrar alternativas para o manejo adequado dessa doença. Fandiño (et al, 2004) ainda confirma que os obesos mórbidos em geral são candidatos à cirurgia, porque tendem a apresentar várias doenças associadas à obesidade. Eles têm uma expectativa de vida menos longa, do que a da população em geral. Essa situação é grave e de difícil solução por qualquer método conservador (no sentido de não-cirúrgico), assim o problema deste tipo de tratamento ou abordagem é a incapacidade de muitos doentes obesos perderem peso ou manterem o peso anteriormente perdido.

Por isso é que entrou para a esfera da cirurgia, há mais de 40 anos, nos Estados Unidos, onde o problema da obesidade é maior do que em outras partes do mundo, além do mais:

A cirurgia bariátrica vem sendo considerada a única alternativa efetiva no manejo da obesidade, visto que oferece perda de peso significativa e prolongada, incluindo a redução das comorbidades associadas, remissão dos sintomas de depressão e ansiedade, melhora no funcionamento sexual, aumento do nível de atividade e melhora geral da qualidade de vida associada a saúde (FLORES, 2014:59)

As indicações formais para operações bariátricas são: idade de 18 a 65 anos, IMC maior a 40 kg/m<sup>2</sup> ou 35 kg/m<sup>2</sup> com uma ou mais comorbidades graves relacionadas com a obesidade (nas quais a perda de peso induzida em que cirurgicamente é capaz de melhorar a condição) e documentação de que os pacientes não conseguiram perder peso ou manter a perda de peso apesar de cuidados médicos apropriados

realizados regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física). Com mais de 65 anos, uma avaliação específica, considerando o risco cirúrgico e anestésico, a presença de comorbidades a expectativa de vida, os benefícios da perda de peso e as limitações da idade, como por exemplo, dismotilidade esofágica, sarcopenia, risco de queda, e osteoporose. Nos idosos, o objetivo da operação é principalmente melhorar a qualidade de vida e o risco de mortalidade é maior pelo procedimento. Adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitadas as condições acima, além das exigências legais, de ter a concordância dos pais ou responsáveis legais, a presença de pediatra na equipe multiprofissional, a consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos e outras precauções especiais, com o risco-benefício devendo ser muito bem analisado. Em menores de 16 anos é considerada experimental e somente pode ser realizada sob as normas do CEP/CONEP (ABESO, 2016:163)

Se olharmos para trás na história, vemos na literatura Kremen e cols. (1954, apud FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006) relatou pela primeira vez a experiência de tratamento cirúrgico da cólicas tendo bons resultados iniciais nos EUA. Apesar das severas alterações nutricionais, buscou-se outras técnicas operatórias. Abre-se então três caminhos diferentes: As restritivas que impedem a ingestão de grandes volumes de alimentos; as disabsortivas que impedem a absorção de nutrientes e a mista que é a associação das restritivas e disabsortivas a luz do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, praticadas no mundo e que estão resistindo ao tempo. (FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006). Mas por que tantas operações diferentes? Cada uma se enquadra em um determinado perfil de cirurgião e também em cada perfil do paciente (GARRIDO Jr. et al, 2001 apud XIMENES, 2009).

Na técnica da gastroplastia restritiva, Mason teve como idéia inicial a divisão do estômago em dois setores, um de pequeno volume que recebe inicialmente os alimentos levando ao fenômeno da saciedade, e o outro que recebe gradualmente a comida para continuar seu percurso no tubo digestivo. Franques e Arenales-Loli (2006) ainda explicita que, baseado neste princípio, muitos cirurgiões propuseram variações técnicas a essa idéia inicial, essas modificações trouxeram melhores resultados imediatos e são mais praticadas nos EUA e no Brasil. A banda laparoscópica, ou seja, o anel inflável circular colocado na parte mais alta do estômago e controlável por fora do paciente, não é nada mais do que uma operação restritiva com base nos princípios de Mason, mas somente em 1990 foi publicado a primeira vez sobre o uso desta técnica. A técnica do balão intragástrico é introduzido por endoscopia dentro da cavidade gástrica e deixado por 6 meses, dando sensação de saciedade e conseqüentemente a perda de peso. Há também as técnicas mistas ou combinadas, divididas em mais restritivas e mais disabsortivas. As restritivas são as que diminuem o tamanho do estômago e acrescentam um pequeno desvio intestinal, devendo a Mason os primeiros estudos. As mais disabsortivas, diminuem um pouco o estômago,

mas deviam mais o intestino, são as que proporcionam maior perda de peso por tempo mais longo.

As cirurgias aceitas pelo CFM, consideradas não experimentais (além do balão intragástrico, como procedimento endoscópico), foram divididas em não derivativas (banda gástrica laparoscópica ajustável e gastrectomia vertical) e derivativas (derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux – ou bypass gástrico – e derivações biliopancreáticas à Scopinaro e à duodenal switch). A derivação jejunoileal exclusiva (término-lateral ou látero-lateral ou parcial) está proscrita em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais em longo prazo (ABESO, 2016).

A análise da qualidade de vida trouxe a tona a importância das repercussões psicológicas da cirurgia bariátrica. Garrido Jr et al (2001 apud XIMENES, 2009) deu importância à equipe multidisciplinar, sendo que os psicólogos e nutricionistas eram indispensáveis no grupo de trabalho. A partir daí, outros serviços cirúrgico foram aos poucos adotando o tratamento cirúrgico com o espírito multidisciplinar. O Ministério da Saúde em 26 de abril 2001, através da portaria 628/GM, regulamenta a composição das equipes para a realização do tratamento da obesidade, incluindo o profissional psicólogo. A presença obrigatória dos psicólogos em equipes de cirurgia bariátrica foi instituída oficialmente através da Resolução do Conselho Federal de Medicina sob o nº 1766/05, publicada no DOU de 11/07/2005, sessão I, p. 114. Neste documento, estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.

A equipe interdisciplinar é composta por especialistas com experiência em obesidade e cirurgia bariátrica, a saber: endocrinologista, cirurgião bariátrico, nutricionista ou nutrólogo, psiquiatra ou psicólogo, anestesista, enfermeiro, assistente social e eventualmente outros (cardiologista, pneumologista, fisioterapeuta, odontologista, etc.). Os procedimentos bariátricos devem ser realizados em centros devidamente qualificados com equipamentos adequados. Além disso, a habilidade do cirurgião bariátrico é uma questão crucial. (FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006; GARRIDO Jr, 2001 apud XIMENES, 2009; FLORES, 2014; ABESO, 2016).

É essencial que os integrantes dessa equipe compartilhem alguns conceitos filosóficos acerca de saúde e ética, para que em sua comunicação com o paciente consigam transmitir a idéia de coerência interna, propiciando-lhes conforto e confiança. (SEGAL e FRANQUES, 2012:140).

Todo profissional envolvido no tratamento cirúrgico da obesidade tem que ter consciência de que a obesidade é uma doença multifatorial e ter conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, filosofia de trabalho do cirurgião e da sua equipe, conhecer regras do hospital com o qual trabalha. Assim, a confiança entre a equipe e a crença de que cada um investe no seu melhor do seu profissionalismo, sustentando-se na interdisciplinaridade, respeitando as necessidades e diferenças entre as áreas de

atuação. A equipe deve trabalhar com o coração e a alma da cirurgia da obesidade, avaliando, orientando, apoiando e guiando os pacientes em todo o processo pré e pós cirúrgico, proporcionando ao paciente “maior vínculo com o médico e toda a equipe, melhora nas condições físicas e emocionais pré cirúrgica e uma adaptação pós operatória menos traumática” (FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006:258)

Esse procedimento, em muitos casos, representa o último recurso para os obesos mórbidos. Alguns estudiosos defendem que a cirurgia bariátrica seria capaz de recuperá-los física, psicológica e socialmente, controlando a obesidade a longo prazo (GARRIDO Jr., 2000; MENSORIO, 2013).

Será indispensável nesse processo de preparo para a cirurgia, entender o processo do adoecer, o processo de ganho de peso num grau mórbido, para que se possa proporcionar ao nosso cliente a abertura de novos vértices de percepção dos significados pessoais impregnados de sentidos decorrentes dos acontecimentos e de sua própria biografia (ARENALIS-LOLI, 2007:65)

Em decorrência de o procedimento cirúrgico bariátrico caracterizar-se por um processo de repercussão a curto, médio e longo prazo, com a necessidade de consideráveis alterações no dia a dia dos pacientes em questão, a cooperação de uma equipe interdisciplinar na avaliação dos candidatos à cirurgia bariátrica torna-se imprescindível (MENSORIO, 2013; SPRENGEL, 2015).

O paciente portador de obesidade mórbida, que decide se submeter a tratamento cirúrgico é submetido a uma série de avaliações clínicas. Em outras palavras, o preparo pré cirúrgico é a junção das avaliações e encaminhamentos de toda a equipe, e depende principalmente da relação de confiança que se estabelece com o paciente, da sua adesão ao tratamento e conseqüente manutenção do resultado ao longo do tempo, então:

Ressalta-se que a cirurgia bariátrica é uma opção terapêutica; todavia, requer adesão do paciente aos seus requisitos pré e pós-cirúrgicos, como modificações alimentares, psicológicas, comportamentais e de estilo de vida para favorecer a eficácia da cirurgia. Assim, ao longo do tratamento cirúrgico, o profissional de Psicologia possui o papel de identificar e tratar alterações psicológicas e ou questões emocionais que possam comprometer o tratamento; fornecer orientações e informações sobre a cirurgia bariátrica (técnica cirúrgica, riscos e complicações, benefícios esperados, conseqüências emocionais, sociais e físicas, responsabilidades esperadas); assim como facilitar o manejo de demandas relacionadas ao emagrecimento e a adesão às orientações da equipe multiprofissional (COESAS/SBCBM, 2013).

Assim o psicólogo é convidado a atender um encaminhamento – pacientes são encaminhados por médicos para uma avaliação. Dentro de um contexto hospitalar, o emprego de técnicas psicométricas vem ocorrendo com freqüência, sendo o psicólogo convidado e empregar tais técnicas, tanto na clínica como nas pesquisas. Dentre elas, está a avaliação psicológica, que tem funcionado como o passaporte para a cirurgia e assim tem sido entendida.

Marchesini ([s.d.]) relata em seu trabalho que para custear o tratamento cirúrgico da obesidade, a avaliação psicológica vem sendo exigência de convênios médicos. O profissional da saúde mental deverá confirmar a aptidão do paciente para se submeter à cirurgia apesar das afirmações de neurocientistas de que o comportamento humano não é previsível, bem como afirmar que nenhum quadro psicopatológico está presente ou em caso de sua existência, não se agravará após a operação.

As literaturas concordam que dentre os fatores psicossociais, os mais citados nas publicações foram: compensação do paciente quanto ao procedimento e as mudanças de hábito necessárias expectativas quanto aos resultados; habilidade de aderir às recomendações, comportamento alimentar, qualidade de vida; uso de substâncias, funcionamento cognitivo; autoestima; razões para fazer a cirurgia; comorbidades psiquiátricas (MARCHESINI, [s.d.]; FLORES, 2014; FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006; SPRENGEL, 2015; XIMENES, 2009; SILVA, 2006)

O preparo psicológico para cirurgia bariátrica inclui a avaliação diagnóstica propriamente dita, com encaminhamentos necessários, associada a informações sobre o tratamento como um todo e orientações quanto a possíveis complicações de natureza emocional a curto e em longo prazo. O acompanhamento pós-operatório, essencial para a reorganização psíquica após a cirurgia, depende de um bom preparo pré-operatório (SEGAL e FRANQUES, 2012:140)

Cunha (2000) corrobora que este profissional escolherá as ferramentas que irão gerar o laudo que constate a aptidão do paciente ao procedimento cirúrgico.

Este utiliza, para atingir seus objetivos, de certas técnicas como: entrevista inicial anamnese, aplicação de testes e técnicas projetivas, entrevista devolutiva ... promovendo as adaptações necessárias para melhor circunscrever a avaliação no contexto desde trabalho (FRANQUES e ARENALES-LOLI, 2006:85)

É possível dar conta dessa demanda no trabalho do psicólogo não apenas como alguém que aplica testes e instrumentos, mas que mantém uma identidade considerando a pessoa do paciente. Cunha (2000) destaca a relação entre psicólogo e paciente; a instrumentalização dos aspectos transferenciais e contratransferenciais é fundamental no entendimento dos pacientes na atuação do psicólogo neste contexto, e, nesse caso específico, com indicação à cirurgia bariátrica. O psicólogo tem como foco os aspectos referentes à relação e ao sofrimento humano, que estão presentes nessa relação. A meta é efetuar mudanças em cognições, afetos e comportamentos. Sabe-se que neste momento inicia-se uma grande jornada, tendo como foco o conhecimento do paciente sobre a cirurgia e os aspectos psicológicos que a envolve. Porém em sua grande maioria, os pacientes não têm conhecimento do papel do psicólogo no processo, nem de sua complexidade. Para alguns deles, a função do profissional é emitir parecer favorável ao procedimento cirúrgico.

Além do mais, o paciente traz consigo, além de sua história de vida, da sobrecarga de peso, sofrimento proveniente das frustrações, do preconceito, da dificuldade



de transitar na vida. Algumas barreiras tornam-se intransponíveis. Em geral, vem para o atendimento, carente de informações sobre o assunto e leigo no trato das conseqüências futuras, decorrentes da cirurgia. Apesar da variedade de informações disponíveis na literatura na condução da avaliação psicológica pré operatória, a duração do processo de avaliação indica variabilidade, inclusive conforme o “bom senso” de cada profissional. De acordo com a prática, o ideal é que o processo se inicie num primeiro encontro e se encerra quando o paciente sente-se apto a lidar com a nova identidade, isso gira em torno de 4 a 16 sessões .

A avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica tem dois objetivos básicos: primeiro fazer uma anamnese do paciente para conhecer como se deu o ganho de peso, em quais etapas da vida isso ocorreu (infância, adolescência, gravidez, períodos de ansiedade, depressão, etc) e quais recursos foram utilizados pelo paciente para voltar ao seu peso ideal (dietas, usos de medicamentos, atividades físicas, terapias, dentre outros).

O psicólogo avalia então, juntamente com o paciente, porque estas medidas não funcionaram e porque tomou a decisão em fazer a cirurgia de redução de estômago. Se for avaliado que as dificuldades em perder peso decorreram principalmente devido a fatores emocionais (compulsão alimentar, transtorno de ansiedade e/ou depressão, etc), sugere-se um acompanhamento psicológico (MENSORIO, 2013).

O comportamento, a presença de sintomas psiquiátricos, a compreensão quanto ao procedimento cirúrgico, o comportamento alimentar, o nível de estresse, a presença de ambiente estável e apoiador, as expectativas e os motivos que levaram à decisão quanto à operação são aspectos geralmente investigados durante a entrevista psicológica, conferindo caráter único à avaliação psicológica pré-cirúrgica, diferenciando-a das avaliações psicológicas tradicionais (FLORES, 2014:2)

É importante que o paciente esteja bem esclarecido e informado sobre todo o processo a que irá se submeter, tanto físico como emocionalmente, e como será sua nova realidade pós cirurgia. Portanto, de acordo com Sprengel (2015) o outro objetivo da avaliação psicológica é esclarecer e informar ao paciente sobre todas as etapas do processo de redução de estômago, desde o dia da cirurgia até o período de retorno as atividades normais (cerca de três meses pós cirurgia). Conhecendo este novo processo a que irá se submeter, muitas vezes há uma diminuição sensível da ansiedade e uma melhor evolução clínica do paciente.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, o psicólogo e/ou o psiquiatra que integram a equipe responsável pela avaliação multidisciplinar pré-operatória, devem estar atentos para a ausência de uso de substâncias, bem como de quadros psicóticos ou demenciais. Também são esses profissionais os responsáveis em certificar de que o paciente possui nível intelectual e cognitivo de compreensão acerca dos riscos da operação e cuidados inerentes a esse procedimento no período do pós-operatório imediato e em longo prazo.

Sprengel (2015) afirma que a avaliação psicológica não tem como objetivo impedir ninguém de passar pela cirurgia bariátrica. O papel do psicólogo é avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia e auxiliá-lo quanto a compreensão de todos os aspectos decorrentes dos períodos pré e pós operatórios. Dessa forma, a autora também enfatiza que não existe contra indicação absoluta do ponto de vista psicológico e psiquiátrico. Todos os candidatos passarão por avaliações individuais e tratamento prévio quando necessário.

As contra indicações podem ser absolutas ou relativas, normalmente as causas endócrinas tratáveis de obesidade (por exemplo, síndrome de Cushing, mas não a obesidade hipotalâmica intratável); dependência atual de álcool ou drogas ilícitas; as doenças psiquiátricas graves sem controle; risco anestésico e cirúrgico inaceitável classificado como ASA-IV; a dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas após o procedimento (ABESO, 2016).

No entanto, há algumas contra indicações relativas ou transitórias que ocorrem quando o paciente apresenta uma psicopatologia ativa e descompensada no momento da avaliação. Por exemplo, estar em surto psicótico impossibilita a cirurgia porque a pessoa não está em condições de seguir corretamente as orientações do pré e pós-operatório, o que é de fundamental importância para o sucesso do tratamento para o paciente não se colocar em riscos desnecessários neste período. Um paciente esquizofrênico, por exemplo, precisa ser acompanhado por psiquiatra e estar com a doença estabilizada para poder submeter-se à cirurgia bariátrica. Igualmente ocorre para quadros de depressão aguda, abuso de álcool e drogas e bulimia nervosa. Em todos esses casos, o tratamento psiquiátrico prévio faz-se necessário para que se estabilize a doença e o paciente vá para a cirurgia com segurança. Em casos de deficiência intelectual, o paciente deverá passar por rigorosa avaliação multidisciplinar, além de ter um familiar responsável acompanhando todo o tratamento inclusive monitorando 100% da alimentação e suplementação durante todo o período pós operatório (SPRENGEL, 2015:31).

A autora ainda completa que a contra indicação absoluta é quando o próprio paciente não quer operar, sendo uma posição pessoal e intransferível e ninguém deve submeter-se à cirurgia bariátrica porque outra pessoa disse que aquilo seria bom para ele.

Com o objetivo de reduzir a variação de intervenções psicológicas inapropriadas no tratamento cirúrgico da obesidade, bem como estabelecer diretrizes a fim de garantir a participação efetiva de profissionais de psicologia, de forma a alinhar as intervenções e serviços já existentes no cotidiano das equipes de cirurgia bariátrica; assim como viabilizar a utilização de dados para o desenvolvimento de pesquisas na área, treze psicólogas associadas que atuam em obesidade e cirurgia bariátrica criaram “Protocolo clínico de COESAS (Comissão das Especialidades Associadas) da SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica) sobre a assistência psicológica no tratamento cirúrgico da obesidade” (2013). O termo ‘protocolo’, nesse documento, é definido como um conjunto de recomendações norteadoras para a

atuação do psicólogo no contexto da cirurgia bariátrica e está estruturado em fases: (1) pré-operatória, (2) trans-operatória e internação, (3) pós-operatória e follow-up. Devido seu caráter descritivo, optou-se por apresentar os objetivos e intervenções de cada fase em tabela (Anexo/ Tabela 1).

De acordo com este protocolo, na fase pré-operatória, recomenda-se um mínimo de três encontros (consultas). Todavia, destaca-se que a tarefa de avaliar depende de planejamento prévio com escolha dos métodos e técnicas adequados para a coleta de dados, análise do material, entrevista devolutiva e elaboração do relatório. Assim, o número de encontros deve contemplar a habilidade e a experiência do profissional, a acessibilidade e as condições emocionais do paciente, bem como as condições do serviço. Enfatiza-se que a execução de intervenções psicológicas eficazes, em cada fase, favorece o estabelecimento de condições oportunas para o compromisso pessoal do indivíduo com a sua escolha e com as repercussões do emagrecimento em sua vida. Para isso, deve-se privilegiar intervenções que o motivem a aderir ao tratamento multidisciplinar em longo prazo (SBCBM, 2013).

Em outras palavras, no acompanhamento pré operatório, o paciente deve ser esclarecido ao iniciar a avaliação, que o processo de escuta não se configura num tratamento, mas que ao final de algumas entrevistas semi dirigidas será indicado seguimento necessário (XIMENES, 2009).

O comportamento, a presença de sintomas psiquiátricos, a compreensão quanto ao procedimento cirúrgico, o comportamento alimentar, o nível de estresse, a presença de ambiente estável e apoiador, as expectativas e os motivos que levaram a decisão quanto à operação são aspectos geralmente investigados durante a entrevista psicológica, conferindo caráter único à avaliação pré cirúrgica, diferenciando-a das avaliações psicológicas tradicionais (FLORES, 2014:60)

Na primeira entrevista conversa-se a respeito da historia resumida dos problemas relacionados à obesidade, doenças associadas, dificuldades de locomoção e de realizar tarefas rotineiras e sobre o sofrimento psicológico. A partir da segunda, é informado ao profissional idade, sexo, profissão, estado civil, peso e IMC. Se o paciente tem uma relação afetiva estável, é importante abordar o grau de satisfação no relacionamento. Caso não tenha, investigar as razões atribuídas pelo paciente à solidão, principalmente se esta relacionado à obesidade. Grande parte dos pacientes atribuem os problemas conjugais à obesidade. Após o vínculo formado, é importante perguntar sobre os por quês da sua condição de obeso, ajudando-o a rever na sua historia de vida e esclarecer outros sintomas passados e presentes, com suas conseqüências no decorrer de sua vida.

Investiga-se ainda o histórico familiar de obesidade, doenças associadas, alcoolismo, drogadição, tabagismo, depressão e outros transtornos psiquiátricos. Também deve-se investigar a questão do alcoolismo na família e sondar no paciente sobre a quantidade, qualidade e freqüência do consumo de álcool. No Brasil, o

Conselho Federal de Medicina (Resolução 1766/ 2005) inclui o abuso de substâncias como contra-indicação.

Com cautela, investiga-se o relacionamento com os pais, cônjuge e filhos, mostrando como essa relação mais significativa retrata o modo particular de ser, relatos sobre sua infância, lembranças marcantes, e uso do alimento como punição ou prêmio dentro da família. Em relação à adolescência, investigar a respeito da facilidade ou dificuldade de dialogar com os pais, os limites que lhe foram dados (se foram dados de certa forma) e aos poucos o conduz a falar de sua vida atual, avaliando a atuação e participação dos pais no seu desenvolvimento (formação de uma personalidade dependente ou autônoma). Em relação ao próprio corpo, procurar saber como o paciente sente-se mediante o espelho ou serem fotografados, identificando distúrbios de imagem corporal que podem incidir no pós-operatório devido ao emagrecimento súbito.

Trabalhando com avaliação psicológica comportamental, Benedetto (2009 *apud* SEGAL e FRANCIS, 2012) refere ser fundamental estudar o repertório emocional do paciente para lidar com a cirurgia em si e com as mudanças pós-cirúrgicas, traçando um perfil atualizado de suas defesas.

O padrão alimentar também deve ser investigado, incluindo perguntas sobre Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Síndrome do Comer Noturno (TCN) (FREITAS e APOLINARIO, 2001). Pergunta-se sobre os tratamentos para obesidade que se submeteu, como dietas restritivas, sobre o tempo que conseguia se manter sob tratamento e sobre o uso de medicações para sinalizar sobre sua adesão ao tratamento, bem como entender o que leva o alimenta são adquiriram ao longo da sua vida. Fazê-lo refletir sobre sua relação com a comida (maneira como escolhe os alimentos, sensações e sentimentos atribuídos ao ato de comer, motivos que o levam ao descontrole) nos possibilitando pensar sobre a maneira particular de ser obeso e o que uma intervenção cirúrgica poderá produzir diante disso.

É interessante investigar como o paciente resolve seus problemas no dia a dia e como lida com perdas e frustração, dificuldade financeira, doenças na família, dando-lhe a oportunidade de refletir sobre o equilíbrio emocional como requisito básico para uma vida saudável. Observar questões relacionadas a agressividade como comer, morder com força e engolir sem mastigar, bem como componentes depressivos, rebaixamento de auto estima, auto agressão.

As intervenções psicológicas na avaliação têm papel fundamental para minimizar a idealização presente nos pacientes em ter a fantasia de que a cirurgia é um “milagre”, já saindo do centro cirúrgico magros ou pensar que a mesma vai solucionar todos os problemas de sua vida, em todos os níveis (afetivo, profissional e social). O psicólogo tem que informar ao paciente sobre os ganhos reais e decodificar os ganhos imaginários dos pacientes, tentando transformar seus sonhos em expectativas reais (SPRENGEL, 2015).

No fechamento deste processo, é necessário o paciente ter refletido sobre a

necessidade de uma nova postura diante da alimentação e da própria vida, no sentido de auto cuidado, indispensável à manutenção do peso e qualidade de vida adquirida após a gastroplastia. Deve-se realçar a necessidade do pensar sobre seus processos psicológicos e atentar para que a cirurgia não seja um ato impulsivo, já que ocorre mudanças para toda a vida, reforçando a importância do acompanhamento pós operatório para tratamento ou para prevenção de complicações psíquicas em longo prazo (SEGAL e FRANCIS, 2012:144)

É importante ressaltar que, é através da visão e compreensão da sua dinâmica psíquica que o psicólogo irá encontrar um sentido nas informações colhidas, compreender o que é significativo naquela personalidade, entrar em contato com os motivos profundos de sua vida emocional. O psicólogo é um profissional habilitado para captar esses vieses e fornecer diagnóstico, fazendo sua contribuição na equipe multidisciplinar na busca por um panorama mais amplo de cada paciente (PASQUALI, 2001).

Para a avaliação objetiva da personalidade, usa-se testes para identificar problemas de ordem psiquiátrica ou que requerem intervenções psicoterápicas, possibilitando uma verdadeira compreensão ou identificação das características pessoais, é melhor que ela seja obtida com informações do sujeito e não de avaliações subjetivas.

Neste caso, dentre vários outros testes, poderá ser usada a Escala de Personalidade de Comrey (Comrey Personality Scale), que é um inventário de personalidade baseado no método da autodescrição para identificação dos principais fatores de constituição do indivíduo. No Brasil o CPS foi introduzido pela primeira vez em 1973 por Aroldo Rodrigues, que esboçou os primeiros estudos de uma padronização nacional (Manual CPS – Escala de Personalidade de Comrey).

Este inventário é usado para medir as principais características da personalidade, no qual a sua estrutura reflete os principais fatores que supõem subjacentes ao comportamento cotidiano de tais sujeitos, avalia em oito dimensões da personalidade, dentre elas: Confiança e Atitude Defensiva (Escala T), Ordem e Falta de Compulsão (Escala O), Conformidade Social e Rebeldia (Escala C), Atividade e Passividade (Escala A) Estabilidade Emocional e Neuroticismo (Escala S), Extroversão e Introversão (Escala E), Masculinidade e Feminilidade (Escala M) e Empatia e Egocentrismo (Escala P).

É um teste que exige escolaridade de ensino médio a superior, sem restrição de faixa etária, podendo ser aplicado de forma individual ou coletiva, com tempo livre. O material comercializado compõe do manual, Exercício reutilizável e descartável, bloco de folha de respostas e bloco de perfil. Também é disponibilizado pela editora Vetor a correção e aplicação informatizada. O CPS está disponível em nosso meio como um instrumento favorável para uso entre os psicólogos, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), tendo em vista as propriedades psicométricas que dispõe.

A obesidade é um dos fatores que possui maior impacto em um auto conceito

negativo global da imagem corporal, pois o bem estar psíquico e social hoje, no contexto sociocultural que vivemos, afeta negativamente a percepção da própria imagem, em especial, em indivíduos que apresentam obesidade (MENSORIO, 2013).

Isso acarreta em uma imagem corporal negativa e advêm de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. Como consequência desse fato pode surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem estar e aumento do sentimento de inadequação social (REZENDE, 2011) Para Mensório (2013) obesos severos, inclusive mulheres, com imagem corporal frágil, apresentam riscos elevados de desenvolverem depressão, apontando ainda que possa haver melhora do humor depressivo após perda de peso e que a obesidade severa pode causar ou aumentar a depressão.

O Inventário de Depressão de Beck – BDI (Cunha, 2001) trata-se de um instrumento que permite ao avaliador identificar se há tendência à depressão, servindo para a construção de um diagnóstico, dessa forma, este inventário foi desenvolvido para avaliar a intensidade de sintomas depressivos na população em geral. Foi desenvolvido como uma escala somática de depressão para populações psiquiátricas e depois ampliado para clínica e pesquisas, sendo útil na população em geral. É um instrumento de autorelato, que consta de 21 itens respondidos de modo autoaplicável em uma escala que varia de 0 a 3, sendo as pontuações mais altas as mais prevalentes de intensidade dos sintomas de depressão. É indicado para pessoas de 17 a 80 anos, embora tenham sido realizados estudos com populações de outras faixas etárias (CUNHA, 2001). Trata-se de um instrumento com parecer favorável para uso em nosso meio e que dispõe de normas brasileiras. As classificações obedecem aos seguintes níveis: mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

Esse inventário avalia comportamentos associados à depressão. Auxilia o psicólogo na avaliação de uma possível severidade do caso, assim como fornece dados sobre os padrões de pensamentos negativistas. O instrumento parte dos mesmos pressupostos teóricos da BDI-I e fornece informações semelhantes em seu manual, de modo que as informações não serão repetidas aqui para evitar duplicidade.

O Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (CUNHA, 2001): este inventário foi desenvolvido para avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade na população em geral. Ele consta de 21 itens respondidos de modo autoaplicável em uma escala que varia de 0 (absolutamente não) a 3 (gravemente: dificilmente pode suportar), sendo as pontuações mais altas as mais prevalentes de intensidade dos sintomas. Trata-se de um instrumento com parecer favorável para uso em nosso meio e que dispõe de normas brasileiras. As classificações podem ser definidas a partir dos seguintes níveis: mínimo (0 a 10 pontos), leve (11 a 19 pontos), moderado (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos).

Os 21 itens referem-se a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, auto-aversão, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento

social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite e peso, preocupações somáticas e perda de libido (ALMEIDA, FERREIRA, 2005).

A percepção do corpo e sua relação com o mundo deve ser sondado através de análise do teste projetivo e da comunicação verbal e não verbal do paciente, sinaliza quanto a possíveis transtornos de imagem corporal. Existem vários métodos para avaliação da imagem corporal, de acordo com o componente do constructo a ser focado, dentre eles, questionários, escalas, desenhos de figuras humanas e figuras de siluetas que permitem avaliar a percepção do estado atual e do estado desejado (estimulação e satisfação em relação à imagem corporal, respectivamente) através de uma série de figuras de corpos de ambos os gêneros que variam do mais magro ao mais obeso. O paciente é solicitado a escolher a figura que melhor o representa no momento e a que gostaria de ter. Esta escala pode ser aplicada principalmente em populações que apresentam sobrepeso e obesidade, dificuldades no controle do peso e no comportamento alimentar. O cálculo das diferenças entre as figuras selecionadas é avaliada a inaccuracy da percepção corporal e a satisfação com a própria imagem (REZENDE, 2011). Os efeitos psicológicos causados pela rápida perda de peso na imagem corporal faz com que o profissional deva conhecer os fatores psicodinâmicos envolvidos no desenvolvimento da obesidade e trabalhar a reorganização psíquica perante o emagrecimento.

O comportamento alimentar pode ser avaliado através de instrumentos auto aplicáveis e entrevistas clínicas, sendo que a escolha do método a ser utilizado depende do que o instrumento se propõe a analisar e se o mesmo condiz com a necessidade da investigação (FREITAS et al, 2002). Para a avaliação dos estilos alimentares que se refere aos padrões de comportamento face à alimentação, é mais comumente utilizado a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) que permite observar a magnitude das mudanças do comportamento alimentar em cada paciente, especialmente no que concerne o transtorno da compulsão alimentar periódica e a síndrome do comer noturno em diferentes momentos, durante o tratamento para perda do peso. Esta escala Likert é constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item Segundo estudos, a ECAP é uma boa medida para investigar as cognições relacionadas à alimentação e ao peso e para avaliar o sofrimento a elas associado. Altos escores na ECAP poderiam ser mais um marcador da psicopatologia associada ao transtorno do que do próprio transtorno em si. (FREITAS et al, 2002)

Enfim, a testagem psicológica visa obter a medida objetiva do ajustamento psicológico do sujeito e seu preparo para o procedimento cirúrgico, sendo indispensável de coleta de informações para completar os dados subjetivos colhidos

durante a anamnese. Estes testes deverão ser simples, gráficos, para atender inclusive aos pacientes com pouca escolaridade. Para a testagem são usados testes de personalidade, Escalas de Ansiedade e Depressão e Escala de Compulsão Alimentar e Periódica para averiguar o comportamento alimentar, especialmente no que concerne o transtorno da compulsão alimentar periódica e a síndrome do comer noturno ((BOTEGA, 1998; FREITAS et al, 2001; SEGAL e FRANCIS, 2012; FLORES, 2014). Estes devem ser arquivados para o acompanhamento pós operatório e também para respaldo jurídico proporcionando segurança ao profissional. Os resultados dos testes incrementam o conhecimento sobre o paciente e gera firmeza nas colocações do relatório final (XIMENES, 2009).

Na sessão familiar e entrevista devolutiva, o paciente é convidado a trazer membros de sua família de procedimento que será realizado e entregar-lhe o relatório psicológico Neste momento deve-se observar o verdadeiro suporte familiar ao explicar cada item do laudo correlacionando o documento com a visão do profissional, se é necessário fazer tratamentos complementares, pois “alguns problemas pós cirúrgicos são comuns em decorrência da família que não se adapta as mudanças causadas pelo emagrecimento” (SEGAL e FRANCIS, 2012:144).

Infere-se que as motivações que levam os indivíduos a procurar a cirurgia bariátrica são calcadas nos retornos sociais, nos padrões estéticos e no desejo psicológico de mudança de vida. Uma vez concretizada a mudança de vida, a motivação se acaba, mas não garante a satisfação existencial. Também é possível inferir que o preparo para o atendimento de cônjuges e familiares reclama um espaço na formação de profissionais de área do tratamento cirúrgico da obesidade, a fim de que a prevenção às recaídas possa ser foco terapêutico (MARCHESINI, 2010).

De acordo com Koholokula et al (2011, apud RODRIGUES, 2014), estudos alegam que intervenções que tem base na participação familiar, bem como na presença de uma pessoa que fornece suporte social, dentre outras variáveis, facilitam a redução do peso e a manutenção do peso perdido. A sessão com a família visa mobilizar as pessoas que integram a rede social do paciente, é propiciar o desenvolvimento de habilidades a esses sujeitos para fornecer apoio compatível com as necessidades do mesmo. Também é um excelente momento para desmistificar a idéia de mágica e fantasia do paciente quanto ao procedimento e seus resultados.

Tais habilidades objetivam, principalmente, o engajamento do paciente em comportamentos de saúde e autocuidado. Esse tipo de intervenção pode ser extremamente importante quando faltam, aos membros da rede, experiência com uma condição ou doença particular, ou quando estão desinformados ou possuem crenças disfuncionais a respeito do quadro de saúde do paciente e de sua recuperação. (COHEN et al. 2000, *apud* RODRIGUES, 2014:14)

Assim, são passadas a eles orientações pertinentes para o bem estar do paciente no pós cirúrgico, recebendo as recomendações de fornecer o amparo e o conforto no pós cirúrgico, primeiro momento de estresse para o paciente devido à impossibilidade



de alimentar-se como desejado, pois os pacientes de modo geral ficam carentes, com emoções profundas de sensação de poder ou desamparo, que podem restaurar ou por em foco relações conflituosas e pensamentos fantasiosos acerca do futuro (XIMENES, 2009).

Ao final da avaliação, o profissional deve fazer um resumo do perfil psicológico traçado a partir das entrevistas e ler o parecer técnico, pormenorizando cada item do laudo e esclarecendo os detalhes das entrevistas e testes psicológicos que produziram aquelas recomendações. Sendo este o relatório psicológico, que é um resumo de todo trabalho executado no processo avaliativo pré operatório, sendo entregue ao paciente na ultima sessão (PASQUALI, 2001).

Como se vê, na opinião de vários profissionais que atuam na área, afirmam que caso tenha detectado algum transtorno psicótico este paciente é encaminhado para avaliação psiquiátrica a qual é indispensável para evitar crises no pós operatório devido às restrições alimentares no pós operatório, no qual o relatório deste profissional deverá constar a autorização ou não para o procedimento e a orientação do tratamento farmacológico e passada a fase depressiva, e sendo autorizado o procedimento sob o compromisso do paciente em dar seguimento ao tratamento no pós cirúrgico. As contra indicações formais do ponto de vista psicológico para a gastroplastia são: transtornos psiquiátricos descompensados, alcoolismo e uso de drogas ilícitas (XIMENES, 2009; SEGAL E FRANQUES, 2012)

Para trabalhar, conta-se muito com a honestidade, colaboração e sinceridade do paciente para elaborar um psicodiagnóstico que dará ao profissional uma sustentação ou não da sua decisão. Observando com muita clareza, situando o paciente no seu próprio caminho, possibilita ao profissional atuar preventivamente no pós operatório do mesmo. O conteúdo do mesmo devera ser lido e discutido, reafirmando o compromisso do paciente e algumas atenções que ele deve ter para obter sucesso na cirurgia, sanando as duvidas.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que apesar dos testes psicológicos, é de suma importância o olhar criterioso do psicólogo bariátrico, que reúne dados obtidos nas entrevistas e testes, fazendo as intervenções de forma que venham ajudar o paciente durante o preparo psicológico pré operatório.

A realização de uma avaliação psicológica criteriosa é fundamental para posterior atendimento clínico. É da responsabilidade do psicólogo a criteriosa seleção das técnicas e recursos específicos próprios, com o devido cuidado de escolher técnicas, testes e escalas que atendam à demanda da patologia investigada e também do paciente, bem como compreender as causas genéticas, ambientais e psicológicas da obesidade, avaliando a presença e a gravidade da psicopatologia, identificando os preditores de insucesso, providenciando os encaminhamentos e terapêutica

no sentido de possibilitar o tratamento concomitante dos transtornos psicológicos causados pela obesidade.

Por mais que se possa sugerir a utilização de alguns instrumentos para a avaliação do paciente obeso, o olhar criterioso do profissional que realiza a avaliação é imprescindível para que se construam hipóteses pertinentes. Nada substitui o adequado conhecimento das repercussões/aspectos envolvidos na obesidade e de suas implicações físicas, pois, embora os psicólogos possam atender a uma demanda psíquica, não se pode perder de vista a etiologia física, que muitas vezes é indevidamente interpretada. O estudo de intervenções mais eficazes para a promoção de saúde e bem-estar psicológico também está recomendado,

Segundo as literaturas pesquisadas esse conhecimento e comprometimento é imprescindível para que o paciente adquira e amplie o seu olhar sobre a necessidade da mudança de comportamento em relação à comida e ao controle alimentar pós cirúrgico, abandonando o sedentarismo, muitas vezes imposto pela própria obesidade e a reflexão sobre o equilíbrio emocional, característica que podem ser consideradas como alguns dos pré-requisitos para o sucesso da cirurgia.

A certeza e a clareza de que o paciente está pronto, consciente de todo o procedimento que será submetido e de todas as implicações da sua decisão, como por exemplo, os riscos que a cirurgia oferece e que o sucesso nesse contexto depende muito do seu engajamento na adesão ao tratamento deve ser claramente percebido pelo psicólogo.

As literaturas ainda reforçam que é nesse momento que o trabalho psicológico é de extrema importância, pois pode auxiliar o paciente no processo do auto conhecimento e a se compreender melhor, proporcionando uma maior adesão ao tratamento, se responsabilizando pela sua própria vida e na vivência de elaboração de uma nova identidade, participando ativamente do processo de emagrecimento.

Ao conduzir nossas ponderações para outras linhas de pensamento podemos avaliar que o acompanhamento psicológico neste momento oferece a possibilidade de cada paciente refletir sobre essa experiência em sua vida, levando em conta sua maneira de se satisfazer e de lidar com sofrimento. Além disso, contribui para compreensão sobre a perda de peso como consequência da responsabilização sobre si mesmo, levando em conta a possibilidade de eleger outros objetos de satisfação além da comida.

Outro resultado importante da pesquisa foi a abordagem psicológica sendo uma vertente imprescindível no tratamento desta patologia, numa concepção biopsicossocial de saúde que contribui para assegurar o êxito do mesmo.

Portanto, no pré operatório, o paciente é encaminhado pelo médico ao psicólogo para realizar uma avaliação psicológica, com o objetivo de detectar e tratar os pacientes portadores de distúrbios emocionais, segue-se com orientações, informações, apoio para o paciente em sua preparação para a cirurgia. Os pacientes que necessitam de um acompanhamento psicoterápico mais efetivo, com técnicas mais diretas

como apoio, educação e orientação familiar (quanto à alimentação) continuam em terapia até estarem aptos, do ponto de vista emocional, para a realização da cirurgia bariátrica.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA B, Ferreira S. Epidemiologia. In: Claudino AM, Zanella MT(organizador). **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo(SP): Manole; 2005.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Obesidade**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006 (Cadernos de Atenção Básica nº12). Brasília, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 628/GM Brasília**: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, 2001. Disponível em: <http://www.gm/01/gm-628.htm> Acesso em 04/11/2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.766/05** - Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, alterada pela Resolução CFM nº 1942/2010.
- CUNHA JA. **Manual da versão em português das escalas Beck**: ansiedade e depressão. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.
- CUNHA, J.A. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (4.ed. rev). Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FANDIÑO, J. et al. **Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos**. Rev. Psiquiatr RS 2004, 26 (1): 47-51.
- FLORES, C.A. **Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais**. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014, 27 (suplemento 1), 59-62.
- FRANQUES, A. R. M; ARENALES-LOLI, M. S (org). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.
- FREITAS, S., APPOLINÁRIO, J. C, **Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 215-220. 2001.
- FREITAS, S., GORENSTEIN, C., APPOLINÁRIO, J. C. **Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,24, 34-38, 2002.
- MAGDALENO JR, R; CHAIM, E.A.; TURATO, ER. **Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Rev. Psiquiatr RS 2009, 31 (1): 73-78.
- MARCHESINI, S.D. **A Psicologia no Tratamento Cirúrgico da Obesidade**. <http://docslide.com.br/documents/a-psicologia-no-tratamento-cirurgico-da-obesidade.html>. Acesso em 12/10/2016.
- MARCHESINI, S.D. **Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.23 no.2 São Paulo June 2010. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202010000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000200010)

MENSÓRIO, M. S.. **Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico.** Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

NUNES, M A A; et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade** Porto Alegre: Artemed, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.** Relatório da Consultadoria da OMS, Genebra, 2004.

PAIM, M. C. C.; STREY, M. N. **Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade.** *EFDeportes. com, Revista Digital.* Buenos Aires, ano 10, n. 74, 2004.

PASQUALI, L. (org). **Técnicas de exame psicológico –TEP: fundamentos das técnicas psicológicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo/ Conselho Federal de Psicologia, 2001.

REZENDE, F.F. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Dissertação (mestrado). São Paulo: USP, 2011.

RODRIGUES, M.A. **Apoio social e ganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores.** Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

SEGAL, A., & FRANQUES, A. R. M. (Coords.). **Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica.** São Paulo, SP: Miró Editorial, 2012

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). **Protocolo clínico de COESAS (comissão das especialidades associadas) da SBCBM (sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica) sobre a assistência psicológica no tratamento cirúrgico da obesidade.** Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), 2014.

XIMENES, E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico.** São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009.

Fases	Principais objetivos	Metodologias e intervenções
Avaliação pré-operatória e preparo psicoeducacional	<p><u>Identificar o paciente</u>: histórico da obesidade e tratamentos; história de vida e familiar (doenças, hábitos, crenças, regras); histórico psiquiátrico e de variáveis que possam prejudicar o sucesso do tratamento (uso de álcool e outras drogas, tabagismo, transtornos psiquiátricos); impacto da cirurgia, principalmente em casos de psicopatologias;</p> <p><u>Levantar fatores psicossociais</u>: hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis (adaptativos, e não adaptativos); motivação para mudanças; características de personalidade, expectativas com o tratamento; função do alimento e da obesidade; condições emocionais e estratégias de enfrentamento para lidar com as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia; comportamentos protetores e de risco;</p> <p><u>Promover autoconhecimento</u> ao paciente sobre sua relação com a alimentação (função, ideias, fantasias, crenças, hábitos) e facilitar adaptação ao tratamento;</p> <p><u>Investigar a rede de apoio social</u> do paciente e propor intervenções para obter apoio compatível com as necessidades do paciente e do tratamento;</p> <p><u>Oferecer informações e orientações</u> aos pacientes e familiares a fim de promover: participação ativa e adesão ao tratamento (pré e pós-operatório), expectativas realistas e reflexões sobre as transformações que ocorrerão após a cirurgia bariátrica a curto, médio e longo prazo.</p>	<p>Avaliação psicológica individual: observação clínica, entrevista semiestruturada<sup>i</sup>, aplicação de testes e/ outros instrumentos e técnicas de psicodiagnóstico<sup>ii</sup>; observância das contra-indicações<sup>iii</sup>;</p> <p>Psicoeducação: orientações e informações gerais sobre a Cirurgia Bariátrica</p> <p>Atuação em Equipe Multiprofissional: Reuniões de Orientação<sup>iv</sup>, Discussão de casos, Encaminhamentos e Pareceres;</p> <p>Entrevista com familiares;</p> <p>Elaboração de relatório conforme Resolução CFP nº 007/2003;</p> <p>Entrevista devolutiva e entrega de relatório.</p>
Trans-operatória (fase facultativa ou opcional, pois depende da organização do serviço)	<p>Favorecer a expressão de emoções e sentimentos;</p> <p>Minimizar a ansiedade e o estresse desencadeados;</p> <p>Auxiliar na compreensão do ato cirúrgico, proporcionar um clima de segurança;</p> <p>Facilitar a comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde.</p>	<p>Acompanhamento hospitalar (Centro cirúrgico e Internação);</p> <p>Orientação familiar;</p> <p>Orientação à equipe de saúde.</p>
Pós-operatória e follow-up	<p>Ampliar o autoconhecimento do paciente e familiares para facilitar a compreensão e adaptação ante as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia (hábitos, imagem corporal);</p> <p>Estimular autocuidado, motivação e adesão ao tratamento e às orientações da equipe;</p> <p>Avaliar a evolução da adaptação ao novo estilo de vida (prevenção de deficiências nutricionais e reganho de peso);</p> <p>Auxiliar o paciente na retomada ou desenvolvimento de projetos de vida após a cirurgia;</p> <p>Facilitar no manejo de estressores cotidianos e na busca de qualidade de vida.</p>	<p>Acompanhamento psicológico individual ou em grupo;</p> <p>Psicoeducação: orientações e informações gerais sobre o pós-operatório;</p> <p>Orientação familiar;</p> <p>Psicoterapia.</p>

**Tabela 1** - Protocolo da assistência psicológica no tratamento cirúrgico da obesidade: fases, principais objetivos e metodologias e intervenções

## **SOBRE OS ORGANIZADORES**

**Dra Regiany Paula Gonçalves de Oliveira** - Graduada em Medicina realizou residência médica em Pediatria pela Universidade Estadual de Londrina (2003); título de especialização em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria; especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto Sírio Libanês (2017). Atua como médica pediatra no Município de São José dos Pinhais - PR sendo Coordenadora da Pediatria do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais e do Programa de Residência Médica de Pediatria da Secretária Municipal de Saúde de São José dos Pinhais - MEC. Médica responsável Técnica da maternidade e do Banco de Leite Humano do município.

**Dr Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho** - Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Região de Joinville (2013). Pós-Graduado em Medicina de Urgência e Emergência pelo Hospital Israelita Albert Einstein(2015). Mestrando em Bioética com ênfase em Cuidados Paliativos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Atualmente atua como médico Hospitalista do Serviço de Cuidados Paliativos em Oncologia do Hospital São Vicente - Curitiba/PR.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acolhimento 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 146  
Acompanhante 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 146  
Acondroplasia 150, 151, 152, 153, 154, 155  
Adolescente 35, 148  
Aneurisma gigante 35, 37, 38  
Avaliação psicológica 100, 104, 105, 106, 107, 109, 114, 115, 116, 118

### B

Bifosfonatos 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 55, 56, 57  
Bioimpedância 60, 62, 65, 66, 69, 70, 154  
Biomarcadores 6, 8, 9  
Biópsia 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12  
Biópsia líquida 6, 7, 8, 9, 10, 12

### C

Câncer 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 41, 43, 58, 59, 101, 132, 133  
Câncer de mama 1, 2, 3, 5, 9, 12, 26, 41, 43  
Capacidade funcional 24, 25, 26  
Centro cirúrgico 77, 78, 81, 82, 83, 109, 118  
Cirurgia bariátrica 8, 84, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 144, 148, 150, 151, 152, 153, 155, 156  
Comprometimento cognitivo 27, 28, 29  
Cuidados pré operatórios 85, 88

### D

Desnutrição 29, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 132  
Detecção precoce 9, 10  
Diagnóstico de enfermagem 85, 86  
Dispneia 74

### E

Eicosanóides 13, 14, 15, 18, 19, 21

### F

Fisioterapia 92, 94, 95, 97, 98, 99

### G

Glicemia 84, 88, 90, 119, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 153  
Gravidez 74, 106, 164

## H

Hemodiálise 60, 61, 62, 63, 66, 68, 69, 70, 71

Hemorragia subaracnóidea 35, 36, 37, 38

Hérnia diafragmática 74, 75

## I

Idosos 19, 27, 28, 29, 45, 68, 98, 102

Inflamação 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 44, 69, 121

## J

Jovens 31, 38, 69, 159, 165

## L

Linfonodo sentinela 1, 2, 3, 4, 5

## M

Maxilares 41, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56

Medula espinhal 8, 58, 59

## N

Necrose avascular do osso 50

Neoplasias 8, 7, 24, 25, 27, 28, 58, 59

Nutrição comportamental 138, 143, 147, 149

## O

Obesidade 9, 19, 20, 23, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 155

Ômega-3 13, 14, 16, 19, 20, 21

Osteonecrose 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57

## P

Papilomavírus humano 31

## Q

Qualidade de vida 2, 24, 25, 26, 41, 61, 85, 99, 101, 102, 103, 105, 110, 118, 127, 128, 136, 142, 144, 147, 148, 152, 155

## S

Sistema nervoso central 58, 59

## V

Vitamina D 119, 125, 126, 128, 129



Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-607-2

